



dal Contratto, ancora...

elemosina!

sommario:

attualità

- 4 - Nuovo CCNL 08-09: nessuno si aspettava l'America, ma almeno l'adeguamento delle indennità!
- 7 - Il taglio al fondo della produttività
- 9 - Aziché adeguarla all'indice ISTAT: abolita l'indennità TBC!
- 10 - Dal medico, solo se vi è urgenza
- 10 - Buono l'andamento dei fondi ENPAPI

dal territorio

- 11 - Professionalità e clima di lavoro demotivante: la denuncia di Nursind Gorizia all'ass. regionale
- 11 - Palermo: primo incontro proficuo con il D.G.
- 12 - Chieti: tra gli infermieri addetti alla preparazione degli antiblastici: urine al platino!
- 13 - Sassari: gli infermieri del Nursind per i terremotati dell'abruzzo
- 13 - Napoli: 1° "raduno" cittadino degli infermieri da un'iniziativa su facebook
- 15 - Catania: Da un ordine di servizio per compilare le cartelle: come rispondere all'arroganza
- 19 - Brescia: dal convegno con Ron Coleman "Io posso decidere?"
- 20 - Clinica Villa Pini d'Abruzzo: da dicembre senza stipendio!
- 21 - Riorganizzazione del fabbisogno di personale: l'esperienza dell'area a bassa intensità di cure di medicina

normative

- 21 - Somministrare farmaci senza prescrizione medica è esercizio abusivo della professione medica
- 22 - Chiarimenti su Infortunio e Malattia Professionale
- 23 - Il "Libro Verde" della Commissione Europea sul personale sanitario
- 25 - Lavoro notturno e cancro al seno: In Danimarca un'importante sentenza

formazione professionale

- 26 - Da una ricerca svolta a Pordenone: misurare la complessità assistenziale
- 28 - Aspetti etici e sociali dell'Eutanasia

viaggio tra le associazioni di categoria

- 30 - Il RIO Nord Est
- 30 - L'AILF

Lettere alla redazione

- 31 - Crocerossine
- 31 - Limite per l'insegnamento nei corsi ECM
- 32 - Aggressioni al parcheggio
- 33 - Il fumo negli ambienti psichiatrici

esteri

- 34 - Irlanda: INO compie 90 anni



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

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

La mosca, il pesce, il labirinto

“Quousque tandem abutere, Catilina, patientia nostra?”

Marco Tullio Cicerone, 1 Catilinaria

Inf. Andrea Bottega - Segretario Nazionale NurSind



Norberto Bobbio, filosofo della politica e del diritto del '900, amava usare una metafora – le cui immagini sono riprese da Wittgenstein – per descrivere la vita individuale e collettiva. Secondo Bob-

bio, nelle situazioni che la vita ci pone davanti, possiamo comportarci come il pesce nella rete, come la mosca nella bottiglia oppure come chi è dentro un labirinto. Nel primo caso siamo come il pesce nella rete che si dibatte per uscire ma la via d'uscita non c'è e il pesce non lo sa; nella seconda immagine la via d'uscita c'è, ma la mosca non lo sa (lo sa chi sta fuori della bottiglia) e procede a caso sperando di trovarla. Nel labirinto la via d'uscita sappiamo che c'è ma non sappiamo dove sia e per trovarla dobbiamo procedere da soli anche attraverso la sperimentazione delle vie che non portano da nessuna parte, perché nessuno ce la può indicare.

Questa metafora, a mio parere, può ben descrivere la situazione della nostra categoria e della via da seguire per superare l'attuale situazione di disagio e mancanza di rappresentanza sindacale che, anche a seguito del recente rinnovo contrattuale, si percepisce e si manifesta sempre più tra i colleghi. Il comune presupposto e dato di fatto è che l'attuale situazione contrattuale non è più giustificabile ed adeguata a normare e retribuire la nostra professione. Chi condivide questo presupposto e comune malessere non può che darsi da fare per il suo superamento cercando una via d'uscita che non sia cadere nella rete (del tradizionale sindacalismo che nulla muta e diversifica e tutto appiattisce e spesso si riduce a svendere il proprio ruolo e potere contrattuale nella “sistemazione” dei propri iscritti). Affidarsi alla fortuna o a caso cedere la delega sindacale in base alla propria realtà e in assenza di una visione generale della valorizzazione della nostra categoria significa comportarsi co-

me la mosca che muovendosi a caso si affida alla sorte per trovare la via d'uscita dalla bottiglia. Quanto ci riserva la lettura dei contratti in essere ci fa capire che abbiamo già dato! La rappresentanza affidata ad altri finora non ha dato i frutti sperati e i disagi della categoria (indennità ferme da più di vent'anni, mancata valorizzazione del lavoro turnista e notturno, mancato riconoscimento del lavoro usurante, assenza dell'indennità di manipolazione chemioterapici e dei gas anestetici, ecc.) sono quotidianamente sotto i nostri occhi.

Occorre superare la rassegnazione dell'impossibilità di cambiare l'attuale realtà e l'opportunismo di affidarsi alla sorte per puntare sull'impegno proprio e dei colleghi della propria categoria. Un atto di volontà e d'orgoglio, dunque. Puntare su se stessi, sulle proprie conoscenze e abilità per provarsi in prima persona nel cercare la giusta via d'uscita dal labirinto in cui è stato relegato l'esercizio della nostra professione. Un labirinto costituito dall'utilizzo improprio di molti istituti contrattuali, dal fardello della carenza di personale, dal mancato riconoscimento economico dei disagi e delle responsabilità e della formazione post base, dall'inserimento delle figure di supporto, dalle riorganizzazioni aziendali, dalla valutazione dei rischi clinici, dalla conciliazione dell'attività assistenziale e dell'attività di tutoraggio, dal rispetto dei diritti della maternità e dei disabili, dalla tutela del proprio stato di salute.

In questo labirinto è necessario coordinare le azioni, fare scelte ragionate abbandonando le vie che non portano a nulla cercando mete intermedie e correggendo il percorso intrapreso. È essenziale intraprendere un percorso di maturità intellettuale acquisendo nuove conoscenze e fare un gioco di squadra per raggiungere la libertà e l'autodeterminazione della categoria.

Questo è quello che NurSind si è proposto di fare ed è intenzionato a fare. Con l'aiuto di tutti.



Nuovo CCNL 08-09: nessuno si aspettava l'America ma almeno l'adeguamento delle indennità!

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DEL COMPARTO SANITA'

PARTE ECONOMICA II BIENNIO 2008-2009

Disposizioni generali

Art. 1 - Campo di applicazione, durata e decorrenza del contratto

1. Il presente contratto si applica a tutto il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a tempo determinato dipendente da tutte le amministrazioni del comparto indicate all'art. 10 del CCNQ sulla definizione dei comparti di contrattazione collettiva del 11 giugno 2007.

2. Il presente contratto si riferisce al periodo dal 1 gennaio 2008 al 31 dicembre 2009 e concerne gli istituti giuridici e del trattamento economico di cui ai successivi articoli.

3. Per quanto non previsto dal presente contratto restano in vigore le norme dei precedenti CCNL.

Parte I

Art. 2 - Coordinamento regionale

1. L'art. 7 del CCNL 19.4.2004 è integrato nel seguente modo:

- Al comma 1, primo capoverso, dopo le parole "le Regioni" sono aggiunte le seguenti parole "entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente contratto, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso";

- al comma 1, dopo la lettera d), è aggiunta la seguente lettera:

e) Linee di indirizzo in materia di prestazioni aggiuntive del personale infermieristico e tecnico di radiologia;

- Dopo il comma 3 sono inseriti i seguenti commi 3bis e 3ter:

"3bis. Ferma rimanendo l'autonomia aziendale il sistema delle relazioni sindacali regionali, secondo i protocolli definiti in ciascuna regione con le OO.SS. di categoria firmatarie del presente CCNL, prevederà gli argomenti e le modalità di confronto con le medesime su materie non contrattuali aventi riflessi sul rapporto di lavoro. In tale ambito le Regioni svolgono opportuni confronti e verifiche con le OO.SS. al fine di valutare, sotto il profilo delle diverse implicazioni normativo-contrattuali, le problematiche connesse al lavoro precario e ai processi di stabilizzazione, tenuto conto della garanzia di continuità nell'erogazione dei LEA, anche in relazione alla scadenza dei contratti a termine."

- "3ter. Ove le Regioni esplicitamente dichiarino, entro trenta giorni dalla data in vigore del CCNL, di non avvalersi, della facoltà di emanare linee di indirizzo sulle materie di cui al comma 1, le stesse costituiscono oggetto delle relazioni sindacali aziendali nell'ambito dei livelli per ciascuna di esse previsti dal presente contratto anche prima della scadenza dei 90 giorni previsti dal comma 1 medesimo."

Art. 3 - Mobilità interna

Il 14 maggio 2009 presso l'ARAN è stata firmata l'ipotesi di accordo per il rinnovo del secondo biennio economico del CCNL 2008-09.

A firmarla le solite 5 sigle sindacali rappresentative del comparto sanità: CGIL, CISL, UIL, FIALS, FSI.

I contenuti principali dell'intesa sono:

1. Coordinamento Regionale: si rafforza la contrattazione regionale a discapito anche della contrattazione aziendale. A tale livello si potrà anche discutere di "materie non contrattuali aventi riflessi sul rapporto di lavoro" in particolare i processi di stabilizzazione (art. 2). A trattare saranno i firmatari di questo biennio economico escludendo il Nursing Up da tutti i tavoli ed eliminandolo dalle eventuali code contrattuali. Ancora una volta ribadiamo la miopia della scelta di Nursing Up di non costituire una federazione dei sindacati infermieristici. Hanno scelto di correre da soli con il risultato di aver avuto una fugace apparizione nel panorama sindacale dei firmatari di contratto (e che contratto!) e aver bruciato la possibilità di un risultato storico di rappresentanza infermieristica.

2. Prestazioni aggiuntive: saranno le regioni a dare le linee di indirizzo per il loro utilizzo. È prevedibile che le regioni soggette a piani di rientro effettuo tagli in questa direzione.

3. Mobilità interna: viene ampliato il raggio entro cui è possibile spostare un dipendente all'interno della stessa azienda in diverse strutture. Si passa dagli attuali 10 Km a 25 Km. Viene ribadito che non è mobilità interna e quindi ordinaria gestione "lo spostamento del dipendente all'interno della struttura di appartenenza" anche in un reparto o servizio diverso da quello a cui si è assegnati. La mobilità del personale a

seguito di accorpamenti delle ULSS verrà affrontata al tavolo regionale (anche in riferimento alle aree vaste). (art. 3)

4. Mensa: le regioni daranno indicazione alle aziende sul valore del buono pasto in base al costo della vita. Il dipendente parteciperà per un quinto alla spesa e il pasto non sarà monetizzabile. (art. 4)

5. Produttività: non sarà erogata solo in rapporto al raggiungimento degli obiettivi, bensì anche in rapporto alle assenze a qualsiasi titolo intervenute. (art. 5) Nella dichiarazione con-

GLI INCREMENTI CONTRATTUALI		
Posizione economica	Dal 1.1.2008	Rideterminato dal 1.1.2009
DS6	11,55	92,45
DS5	11,09	88,79
DS4	10,76	86,12
DS3	10,44	83,56
DS2	10,05	80,47
DS1	9,68	77,46
DS	9,31	74,54
D6	10,48	83,84
D5	10,11	80,92
D4	9,81	78,56
D3	9,53	76,25
D2	9,24	73,96
D1	8,95	71,65
D	8,63	69,12
C5	9,64	77,18
C4	9,2	73,63
C3	8,77	70,23
C2	8,49	67,92
C1	8,2	65,63
C	7,95	63,66
BS5	8,31	66,55
BS4	8,05	64,41
BS3	7,79	62,35
BS2	7,63	61,1
BS1	7,41	59,34
BS	7,19	57,54
B5	7,79	62,36
B4	7,63	61,09
B3	7,48	59,85
B2	7,34	58,8
B1	7,14	57,13
B	6,94	55,54
A5	7,11	56,94
A4	6,99	55,98
A3	6,87	55,03
A2	6,77	54,21
A1	6,6	52,82
A	6,42	51,39

Differenza mensile tra le Categorie		
	D	Ds
D	-	133,29
C	134,28	267,58
Bs	284,62	417,91
B	333,98	467,27
A	435,85	569,15

giunta n. 2 vengono aggiunti una serie di permessi (permessi per donatori di midollo osseo, permessi per attività di volontariato, permessi legge 104/92, congedi parentali, permessi retribuiti per screening o prevenzione oncologica) alle esenzioni previste dall'art. 71 comma 5 del DL 112/2008 convertito in legge 133/2008 (5. *Le assenze dal servizio dei dipendenti di cui al comma 1 non sono equiparate alla presenza in servizio ai fini della distribuzione delle somme dei fondi per la contrattazione integrativa. Fanno eccezione le assenze per ...*). Tuttavia proprio il successivo comma 6 ribadisce che "le disposizioni del presente articolo costituiscono norme non derogabili dai contratti o accordi collettivi."

6. Fondo della produttività collettiva: viene ribadito che il fondo è confermato e dal 1 gennaio 2008 viene alimentato dalle stesse voci dei contratti precedenti salvo la quota di risparmio derivante dalle economie conseguenti alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale che potrà essere utilizzata solo fino al 25 giugno 2008. Di fatto il fondo, in molte aziende, subisce un forte ridimensionamento dell'ordine di 600-700.000 euro in aziende di 3.000 dipendenti.

7. Stipendio tabellare: è incrementato dal 1 gennaio 2009 come segue (vedi tabella)..

8. Progetti innovativi e risorse aggiuntive regionali: sono previste ulteriori risorse nella misura di circa 20 euro medi mensili lordi per dipendente (lo 0,8% del monte salari 2007). Questi soldi serviranno a finanziare dei "processi di innovazione" con ricadute sulle liste d'attesa e sull'ampliamento degli orari delle strutture, sulla corrispondenza tra prestazioni rese e le esigenze del cittadino. Il livello regionale di contrattazione definirà meglio gli obiettivi. L'erogazione avverrà a consuntivo ai soli dipendenti interessati dai progetti. Le regioni nel concedere gli aggiuntivi regionali dovranno tener conto di eventuali piani di rientro o vincoli economici e finanziari (molto probabilmente non saranno disponibili per chi

lavora nelle regioni del Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Sicilia e forse anche la Calabria).

9. Precariato: entro il 30 giugno 2009 si terranno le verifiche regionali sulle problematiche connesse ai processi di stabilizzazione e di rinnovo dei tempi determinati.

10. Indennità infermieristica: nulla si dice in merito all'indennità di cui all'art. 40 del CCNL 1999 lasciando dubbi sul continuo finanziamento del fondo delle fasce e sul suo utilizzo. Eppure la dichiarazione congiunta n. 2 del primo biennio così recitava "le parti si danno reciproco atto che le disposizioni di cui all'art. 40 del CCNL 7.4.1999 saranno oggetto della trattativa del quadriennio normativo 2006-2009, II biennio economico 2008-2009".

Come prevedibile, vista la politica sindacale degli ultimi contratti, la valorizzazione delle competenze e respon-



1. L'art. 18, comma 2, del CCNL integrativo del 20.9.2001, è così sostituito:

"2. L'Azienda, nell'esercizio del proprio potere organizzatorio, per comprovate ragioni

tecniche o organizzative, nel rispetto dell'art. 2103 del codice civile, dispone l'impiego del personale nell'ambito delle strutture situate nel raggio di venticinque chilometri dalla località di assegnazione, previa informazione ai soggetti di cui all'art. 9, comma 2 del CCNL 7.4.1999. Non si configura in ogni caso quale mobilità, disciplinata dal presente articolo, lo spostamento del dipendente all'interno della struttura di appartenenza, anche se in ufficio, unità operativa o servizio diverso da quello di assegnazione, in quanto rientrante nell'ordinaria gestione del personale affidata al dirigente responsabile.

2. All'art. 18 del CCNL integrativo del 20.9.2001, dopo il comma 2, è inserito il seguente

comma 2.bis:

"2.bis. Deroghe in misura inferiore all'ambito territoriale di cui al comma 2 possono essere previste in sede di confronto regionale, ai sensi dell'art. 7 del CCNL 19.4.2004 tenuto conto, in particolare, delle problematiche legate alle dimensioni territoriali delle aziende, alla conformazione fisica del territorio e alle condizioni di viabilità e delle reti di trasporto pubblico ed altre situazioni valutabili in tale sede."

3. All'art. 18 del CCNL integrativo del 20.9.2001, dopo il comma 4, è inserito il seguente

comma 4.bis:

"4.bis. In caso di ristrutturazione su dimensione regionale o sovra aziendale degli enti del SSN che comportino l'accorpamento, anche parziale, di strutture appartenenti a separati enti, i criteri circa la mobilità del personale interessato, nel rispetto della categoria, profilo professionale, disciplina ove prevista e posizione economica di appartenenza del dipendente, possono essere affrontate in sede di confronto regionale ai sensi dell'art. 7 del CCNL 19.4.2004"

Art. 4 - Mensa

1. L'art. 29, comma 1 del CCNL integrativo del 20.9.2001, è così modificato:

"1. Le aziende, in relazione al proprio assetto organizzativo e compatibilmente con le risorse disponibili, possono istituire mense di servizio o, in alternativa, garantire l'esercizio del diritto di mensa con modalità sostitutive.

In ogni caso l'organizzazione e la gestione dei suddetti servizi, rientrano nell'autonomia gestionale delle aziende, mentre resta ferma la competenza del CCNL nella definizione delle regole in merito alla fruibilità e all'esercizio del diritto di mensa da parte dei lavoratori.

2. L'art. 29, comma 4 del CCNL integrativo del 20.9.2001, è così modificato:

"4. Le Regioni, sulla base di rilevazioni relative al costo della vita nei diversi ambiti regionali e al contesto socio-sanitario di riferimento, possono fornire alle aziende indicazioni in merito alla valorizzazione - nel quadro delle risorse

disponibili - dei servizi di mensa nel rispetto della partecipazione economica del dipendente finora prevista. Nel caso di erogazione dell'esercizio del diritto di mensa con modalità sostitutive, queste ultime non possono comunque avere un valore economico inferiore a quello in atto ed il dipendente è tenuto a contribuire nella misura di un quinto del costo unitario del pasto. Il pasto non è monetizzabile."

Art. 5 - Principi in materia di compensi per la produttività

1. Le parti confermano la disciplina della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi, dettata dall'art. 47 del CCNL 1.9.1995, ribadendo gli ordinari principi in materia di premialità, con particolare riferimento alla natura e ai contenuti dei sistemi incentivanti la produttività e alla conseguente necessità di valutare l'effettivo apporto partecipativo dei lavoratori coinvolti negli stessi. In caso di assenza, l'apporto individuale del dipendente è valutato in relazione all'attività di servizio svolta ed ai risultati conseguiti e verificati, nonché sulla base della qualità e quantità della sua partecipazione ai progetti e programmi di produttività.

Parte II

Trattamento economico

Art. 6 - Stipendio tabellare, fasce e trattamento economico iniziale

1. Il trattamento economico tabellare delle posizioni iniziali e di sviluppo delle diverse categorie, come definiti dall'art. 7 del CCNL del 10 aprile 2008, è incrementato degli importi mensili lordi, per tredici mensilità, indicati nella Tabella A, allegata al presente CCNL ed alle scadenze ivi previste.

2. Gli importi annui degli stipendi tabellari risultanti dall'applicazione del comma 1 sono rideterminati nelle misure e alle scadenze stabilite dalla allegata Tabella B, ove è anche indicato l'importo del trattamento economico iniziale delle categorie.

3. Gli importi delle fasce retributive sono rideterminati nei valori indicati nelle Tabelle C e D alle scadenze ivi previste e calcolati sul valore del trattamento economico iniziale di cui al comma 2.

4. Gli incrementi di cui al comma 1 comprendono ed assorbono l'indennità di vacanza contrattuale per il biennio 2008 - 2009, qualora corrisposta ai sensi dell'art. 2, comma 35, della legge 22 dicembre 2008, n. 203.

Art. 7 - Fondo per i compensi di lavoro straordinario e per la remunerazione di particolari condizioni di disagio, pericolo o danno

1. Il fondo per il finanziamento dei compensi di lavoro straordinario e per la remunerazione di particolari condizioni di disagio, pericolo o danno, di cui all'art. 8 del CCNL 10 aprile 2009, è confermato a decorrere dal 1 gennaio 2008. Il suo ammontare a tale data è quello consolidato al 31 dicembre 2007. Sono altresì confermate tutte le modalità di utilizzo previste dal citato art. 8.

Art. 8 - Fondo della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali

sabilità nonché delle particolari situazioni di disagio non sono state riconosciute. Le risorse economiche sono state distribuite equamente sul tabellare in base alla categoria di appartenenza. Le particolari situazioni di emergenza delle strutture sanitarie e i riflessi sulla salute dei lavoratori (lavoro notturno - lavoro usurante) e sulle responsabilità personali, non sono state tenute in considerazione.

Si era chiesto al Comitato di Settore e ai sindacati firmatari una valorizzazione del personale turnista nelle 24 ore per la forte carenza di personale infermieristico.

Si era chiesto un adeguamento della indennità di pronta disponibilità (il cui valore è fermo dal 1990) e un riconoscimento di particolari condi-

buito senza impegno e alla riduzione del fondo della produttività (quando in alcune regioni si stava tentando di aggirare l'ostacolo per non penalizzare eccessivamente i già ridicoli stipendi del comparto) oltre che all'apertura al federalismo contrattuale con il rafforzamento della contrattazione regionale e la differenziazione del valore del buono pasto e il finanziamento dello 0,8% per le sole regioni senza indebitamento.

Chi a parole contestava i tagli della Legge 133/2008 (taglio del fondo della produttività) ora li inserisce in un contratto di lavoro: complimenti!

A questo punto ci chiediamo a chi giova sostenere tale sindacalismo e ribadiamo un invito a tutti i colleghi a



zioni di disagio (gas anestetici, manipolazione antiblastici, ...).

Si era chiesto la valorizzazione dei percorsi formativi (spesso sostenuti con soldi propri) di specializzazione clinica (master clinici).

Si era chiesto di confermare l'indennità infermieristica e finalizzarla alla categoria.

Nulla di tutto ciò è stato preso in considerazione. Anzi si è continuato nel percorso di ampliare i poteri datoriali (vedi la mobilità) a fronte di un misero incremento economico distri-

fare squadra e ad aderire al Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche, perché noi non disperiamo e ribadiamo il nostro progetto di rappresentanza infermieristica (vista anche la recente forte crescita). La nostra appartenenza a una Confederazione maggiormente rappresentativa, inoltre, ci fa ben sperare per il futuro. **Diversamente se non daremo forza alle nostre idee e al Nursind, come dimostrato dai contratti di questo quadriennio, non ci sarà spazio per la valorizzazione della nostra professione.**

Il taglio al fondo della produttività

Il Fondo della produttività è confermato, ma... Leggendo attentamente tra i codicilli del testo, si scopre che tale fondo viene tagliato della parte del 20% dei risparmi derivanti dalla trasformazione dei rapporti di lavoro da tempo pieno a tempo parziale a partire dal 25 giugno 2008. Infatti, si dice che il fondo non può essere consolidato con le precisazioni contenute nel comma 2 dell'art. 30 del CCNL 19 aprile 2004 che riportiamo:

2. Nel consolidamento del fondo non vanno considerate le seguenti risorse:

a) le risorse aggiuntive previste

comma 1 è incrementato:

a) *previa verifica a consuntivo 2001, dalle risorse derivanti dall'attuazione dell'art. 43 della legge 449 del 1997, nella misura destinata dalle aziende ed enti alla contrattazione integrativa nonché dalle economie conseguenti alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, ai sensi e nei limiti previsti dalla legge 662 del 1996 e successive modificazioni ed integrazioni.*

Quindi quel 20% di economia non può essere consolidato. Ora si fa un passo oltre: al comma 2 dell'art 8 citato all'inizio si dice:

2. Dal 1 gennaio 2008 il fondo stesso continua ad essere alimentato dalle medesime voci indicate nelle lettere b), c) e d) del comma 2 dell'art. 9 del CCNL

Per una differenza mensile di 134 euro Convieni fare l'Infermiere o l'Amministrativo?		
Condizione	Infermiere	Ass. Amm. in C
Quota di iscrizione all'Albo	sì	no
Quota di assicuraz. Prof.	sì	no
Laurea	sì	no
Obbligo formativo	sì	no
Costo della formazione ECM	sì	no
Lavoro notturno	sì	no
Orario fisso giornaliero	no	sì
Sab. e Dom. di riposo	no	sì
Turni	sì	no
Certezza dei Riposi	no	sì
Lavoro nelle festività	sì	no
Stress emotivo	sì	no
Rischio di danni al paziente	sì	no
Rischio infettivo	sì	no
Tempo di Spogliatoio e divisa	sì	no
Responsabilità verso altre figure	sì	no
Ferie garantite	no	sì
Problemi di gestione familiare	sì	no
Orario flessibile	no	sì
Gestione strumentario costoso	sì	no
Rapporti con l'utenza	sì	no

dall'art. 3, comma 2, primo periodo e dall'art. 4 comma 1 del CCNL 20 settembre 2001, relativo al II biennio economico 2000-2001, queste ultime nella misura in cui - in contrattazione integrativa - sono state destinate ad incrementare il fondo stesso;

b) gli incrementi derivanti da economie di gestione accertate espressamente ed a consuntivo dai servizi di controllo interno o dai nuclei di valutazione e corrispondenti ad effettivi incrementi di produttività o di miglioramento dei servizi o di ottimizzazione delle risorse;

c) le risorse di cui al successivo comma 3, lettera a).

3. Dal 1 gennaio 2002 il fondo del

10 aprile 2008.

E il comma 2 dell'art. 9 del CCNL 10 aprile 2008 dice: Dal 1 gennaio 2006 il fondo stesso continua ad essere alimentato dalle medesime voci indicate nelle lettere a), b), c) e d) del comma 3 dell'art. 30 del CCNL 19 aprile 2004.

Quindi continua a essere alimentato da tutte le voci tranne quella della lettera a) cioè dai risparmi derivati dal part time.

Infatti, al successivo comma 3 dell'art. 8 ci viene specificato: 3. Dal 1 gennaio 2008 il fondo continua ad essere altresì alimentato dalla voce indicata nella lettera a) del comma 2 dell'art. 9 del CCNL 10 aprile 2008 fino alla data di entrata in vigore del DL 112/2008

1. Il fondo della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali, di cui all'art. 9 del CCNL 10 aprile 2008 è confermato a decorrere dal 1 gennaio 2008. Il suo ammontare a tale data è quello consolidato al 31 dicembre 2007, con le precisazioni contenute nel comma 2 dell'art. 30 del CCNL 19 aprile 2004.

2. Dal 1 gennaio 2008 il fondo stesso continua ad essere alimentato dalle medesime voci indicate nelle lettere b), c) e d) del comma 2 dell'art. 9 del CCNL 10 aprile 2008.

3. Dal 1 gennaio 2008 il fondo continua ad essere altresì alimentato dalla voce indicata nella lettera a) del comma 2 dell'art. 9 del CCNL 10 aprile 2008 fino alla data di entrata in vigore del DL 112/2008 convertito con L. 133/2008.

4. E' altresì confermato il comma 3 dell'art. 9 del CCNL 10 aprile 2008.

Art. 9 - Fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune delle ex indennità di qualificazione professionale e dell'indennità professionale specifica.

1. Il fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune delle ex indennità di qualificazione professionale e dell'indennità professionale specifica, di cui all'art. 10 del CCNL 10 aprile 2008, è confermato a decorrere dal 1 gennaio 2008 per le modalità di utilizzo nonché di incremento previste al comma 1 del medesimo articolo. Il suo ammontare a tale data è quello consolidato al 31 dicembre 2007.

2. A decorrere dal 1.1.2008 e dal 1.1.2009 il fondo deve essere rivalutato automaticamente in rapporto al nuovo valore delle fasce attribuite ai dipendenti che gravano sul fondo stesso, incrementate e finanziate dal presente contratto nelle misure indicate nella tabella A.

Art. 10 - Progetti e programmi per il miglioramento dei servizi all'utenza

1. Al fine di dare maggiore impulso ai processi di innovazione, le Aziende promuovono specifici progetti programmi o piani di lavoro per il miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, con particolare riferimento alla piena adeguatezza dei sistemi organizzativi, nonché al conseguimento di una maggiore corrispondenza tra le prestazioni rese e le esigenze del cittadino.

2. I progetti e programmi di cui al comma 1, devono corrispondere ad esigenze effettive dell'Azienda ed apportare un concreto e misurabile contributo aggiuntivo alla attività ordinaria soprattutto per quanto riguarda gli obiettivi di riduzione delle liste di attesa e alla piena e qualificata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, ivi compreso l'ampliamento degli orari delle strutture.

3. Ciascuna Regione, con specifica direttiva, individua, a valere dall'anno 2009, quali ulteriori risorse, lo 0,8% annuo, calcolato sul monte salari 2007, per il finanziamento dei progetti innovativi di cui ai commi precedenti, fatto salvo il rispetto dei Patti per la salute e dei relativi obiettivi e vincoli economici e finanziari. Dette risorse non sono oggetto di consolidamento in alcuno dei fondi previsti dal pre-

sente CCNL e non possono finanziare voci del trattamento fondamentale della retribuzione.

4. Le suddette risorse sono erogate a consuntivo, previa verifica dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi di cui ai commi precedenti, ai dipendenti direttamente coinvolti nell'ambito di tali progetti, secondo appositi meccanismi premiali correlati ai risultati conseguiti.

Parte III

Norme generali e finali

Art. 11 - Effetti dei nuovi stipendi

1. Le misure degli stipendi risultanti dall'applicazione del presente contratto hanno effetto sulla tredicesima mensilità, sul compenso per lavoro straordinario, sul trattamento ordinario di quiescenza, normale e privilegiato, sull'indennità di buonuscita, sul TFR, sull'indennità di cui all'art. 13, comma 4 ed all'art. 15, comma 7 del CCNL del 10 aprile 2008, sull'equo indennizzo, sulle ritenute assistenziali e previdenziali e relativi contributi, comprese la ritenuta in conto entrata Tesoro od altre analoghe ed i contributi di riscatto.

1. I benefici economici risultanti dalla applicazione dell'art. 2 sono corrisposti integralmente alle scadenze e negli importi previsti al personale comunque cessato dal servizio, con diritto a pensione, nel periodo di vigenza del biennio economico 2008-2009. Agli effetti dell'indennità di buonuscita, di licenziamento, nonché quella prevista dall'art. 2122 c.c. si considerano solo gli scaglionamenti maturati alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

2. Resta confermato quanto previsto dall'art. 12, comma 3 del CCNL del 10 aprile 2008.

Art. 12 - Norme finali

1. Le parti si danno atto che è necessario procedere alla correzione del seguente errore materiale rinvenuto nell'art. 12 del CCNL 10.4.2008:

- art. 12, comma 1, primo periodo: le parole "di cui all'art. 8" sono sostituite dalle seguenti "di cui all'art. 7".

2. In materia di prestazioni aggiuntive, si rinvia a quanto stabilito nell'art. 1 del DL 402/2001, convertito in L. 1/2002 e s.m.i.

3. In considerazione della rilevanza e della complessità della materia degli incarichi di coordinamento e specialistici, di cui alla L. 43/2006, nonché di posizione organizzativa, le parti affronteranno in maniera organica e completa la tematica del sistema di valorizzazione della responsabilità e dell'autonomia professionale nella prossima tornata contrattuale

DICHIARAZIONE CONGIUNTA N. 1

Con riferimento al comma 3bis dell'art 7, del CCNL del 19.4.2004, come modificato dall'art. 2 del presente CCNL, le parti convengono che le verifiche ivi indicate, in prima applicazione, ove non già effettuate, debbano essere svolte entro il 30 giugno 2009, anche al fine di valutare la possibilità di rinnovo o proroga dei contratti a termine, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA N. 2

Le parti si danno atto che i principi ribaditi nell'art. 5 sono funzionali all'applicazione dell'art. 71, comma 5 del D.L. 112/2008, convertito in L. 133/2008, sono applicati anche con riferimento alle sotto indicate fattispecie:

- a) permessi retribuiti per donatori di midollo osseo di cui all'art. 5 della L. 6-3-2001 n. 52;
- b) assenze per attività di volontariato di cui all'art. 9 del D.P.R. 8-2-2001 n. 194;
- c) permessi di cui alla L. 104/1992;
- d) congedi parentali di cui al D.Lgs. 151/2001;
- e) permessi di cui all'art. 21, comma 2,

con riguardo in particolare a screening o prevenzione oncologica.

Le parti si danno altresì atto che in materia di trattamento economico nei casi di assenza per malattia, di cui all'art. 71, comma 1 del D.L. 112/2008, convertito in L. 133/2008, ai fini di una corretta applicazione si potrà fare riferimento alle circolari e note interpretative nel frattempo emanate.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA N. 3

Le parti, con riferimento all'art. 10, si danno atto che il riferimento ai Patti per la salute attiene esclusivamente alle risorse dello 0,8% e non ai fondi contrattuali già consolidati.

NOTA CONGIUNTA A VERBALE

In merito all'art. 10, in cui si prevede l'individuazione di ulteriori risorse, si rende noto che l'incremento medio pro-capite prevedibile, determinato sul monte salari 2007, in relazione alle fasce di personale con più elevato addensamento nelle aziende, corrisponde, indicativamente, a circa € 20,00.

convertito con L. 133/2008.

Quindi nel fondo questi risparmi sono disponibili solo fino all'entrata in vigore del DL 112/2008, poi vanno a risparmio di bilancio dell'azienda e cioè alle Regioni.

Qualcuno si potrebbe chiedere di cosa stiamo parlando. A conti fatti si tratta di un taglio del 10%-12% del fondo della produttività calcolato su un'azienda che abbia raggiunto il 25% della dotazione organica di part time a fronte di un incremento, per le sole regioni virtuose, dello 0,8% del monte salari 2007, cioè di un 8%-9% del fondo della produttività con l'ulteriore avvertenza di dovere attendere le linee guida regionali per la spesa di tale somma.

Nella sostanza un contratto al ribasso: le regioni mettono ad economia il 20% dei risparmi derivanti dai part time (**questa situazione è stata prevista dalla Legge 133/2008 che noi abbiamo contestato già nel suo nascere con una manifestazione a Montecitorio e uno sciopero nazionale!**) e concedono una parte di queste economie come aggiuntivi regionali.

Ci tolgono i soldi e i sindacati firmatari ce lo vendono come aumento!!! 76,25 euro medi mensili + 20 euro!! Omettendo di dire che in molte regioni i 20 euro non ci saranno e che in altre ce li mettono i lavoratori!!

Si potrebbe dire che tale taglio è previsto dalla norma prima che dal contratto, il quale si è limitato a recepire la legge 133/2008.

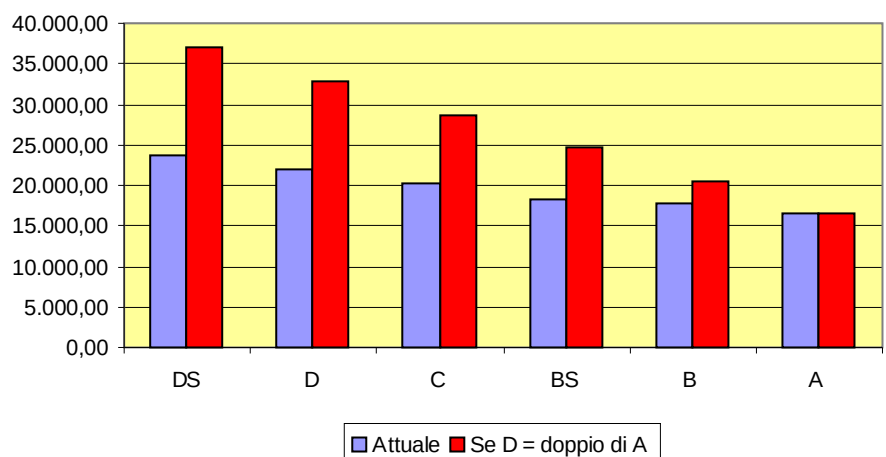
Allora ci chiediamo: **era proprio necessario ribadire e sottoscrivere quanto la norma già prevede?** Il contratto ora diventa l'interpretazione autentica della norma e vincola quelle regioni che, consapevoli dell'oneroso taglio, cercavano di dare un'interpretazione alla norma tale da salvare tutto il pregresso.

Ma questi sindacati tutelano l'interesse dei lavoratori o del datore di lavoro?

Il dubbio, a questo punto, sorge spontaneo.

L'appiattimento del Comparto

Stipendi annui lordi in fascia 0



Prospetto di sintesi. Tbc in Italia: casi notificati nel 2005

Numero totale di casi 4.137
Incidenza (* 100,000 abitanti) 7,1
Classe mediana di età (tra gli italiani) 55-64 anni
Classe mediana di età (tra i cittadini non italiani) 25-34 anni
Numero di casi in cittadini non italiani 1.809 (43,7%)
Numero di nuovi casi 3.245 (78,4%)
Casi con cultura positiva 1.594 (38,5%)
Casi di TBC polmonare 3.002 (72,6%) di cui sputo positivo 1.371 (45,7%)
Letalità per tbc (morti ogni 100 casi, anno 2002) 9,8%
Mortalità per tbc (morti ogni 100,000 abitanti, anno 2002) 0,72

L'attuale situazione epidemiologica della tubercolosi in Italia è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale, dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio e in alcune classi di età e dall'emergere di ceppi tubercolari multiresistenti.

I casi di TBC extrapulmonare rappresentano, al 2005, il 27% del totale (50 anni fa rappresentavano appena il 2% dei casi totali). Dal 1999 al 2005, i casi di TBC registrati in "cittadini non italiani" hanno rappresentato, nel complesso, il 32% del totale dei casi notificati nel nostro Paese. Nel periodo esaminato si è verificato un costante aumento di tale proporzione (dal 22% del 1999 al 44% del 2005), soprattutto nelle classi di età giovani e adulte. Sempre nello stesso periodo, la distribuzione dei casi notificati, per classi di età ed in "cittadini non italiani", evidenzia che il maggior numero di casi si verifica nelle classi di età intermedie, con picco nella classe 25-34 anni, peraltro la più rappresentata fra i cittadini non italiani presenti nel Paese. I dati percentuali riportati, devono essere considerati una rappresentazione indicativa del fenomeno, in mancanza della disponibilità di dati reali per il calcolo dell'incidenza. Pur esistendo un certo grado di sottotifica, il profilo epidemiologico della TBC in cittadini non italiani può risultare sovradimensionato e, soprattutto, la distorsione del dato varia tra i diversi gruppi etnici proprio per effetto della proporzione di immigrati non regolari nelle diverse comunità.

Oltre a considerare il grado di endemia della tubercolosi nel Paese di provenienza, è importante considerare il periodo di tempo trascorso dalla data di distacco dal Paese di origine: il rischio maggiore di sviluppare la tubercolosi si verifica durante i primi due anni dalla data di immigrazione. I dati del sistema di notifica delle malattie trasmissibili indicano come l'insorgenza della malattia, tra i cittadini non italiani, si verifici tra il primo ed il secondo anno dall'arrivo in Italia. Nel periodo 1999-2005, entro il primo anno di arrivo si è manifestato il 13% circa dei casi; tra il primo ed il secondo anno di arrivo poco meno del 33% dei casi totali.

fonte: www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_613_allegato.pdf

Anziché adeguarla all'indice ISTAT: abolita l'indennità TBC!

Inf. Donato Carrara - Direzione Nazionale Nursind



Quando fu istituita, nel lontano 1953, valeva 155 lire giornaliere, ma se fosse stata opportunamente rivalutata secondo l'indice ISTAT, oggi varrebbe 4,19 euro, per un valore mensile di 104,94 €, **ben più dell'attuale aumento contrattuale.**

"Legge 133 del 6 agosto 2008 Art. 24. Taglia-leggi

1. A far data dal centottantesimo giorno successivo alla data

di entrata in vigore del presente decreto sono o restano abrogate le disposizioni elencate nell'Allegato A."

E' così finita nel calderone delle leggi "inutili" la Legge n° 310 del 9/4/1953. *Concessione di una indennità di proficassi antitubercolare a favore del personale addetto ad istituzioni antitubercolari dipendenti dallo Stato o da enti pubblici.*



Grazie al ministro per la Semplificazione, Roberto Calderoli (medico), vanno in pensione 29.095 norme antecedenti al 1948, compresa l'indennità TBC.

Chissà se il ministro le ha valutate tutte prima di farle decadere. Vorremmo ricordare al Ministro che la TBC è una malattia infettiva, di regola contagiosa, provocata da *Mycobacterium tuberculosis* (bacillo di Koch). Le manifestazioni cliniche interessano di solito i polmoni. L'infezione può però essere generalizzata o coinvolgere in modo selettivo altri distretti corporei, in particolare: meningi, linfonodi, ossa, apparato urogenitale.

La sua incidenza è alta nelle aree a

basso tenore di vita ed è stata in riduzione negli ultimi 50 anni. Tale decremento si è arrestato in concomitanza con il diffondersi della malattia da HIV.

La morbosità è di 8 milioni di nuovi casi/anno, 85% nei paesi in via di sviluppo. In Italia i dati non sono certi a causa della presenza di cittadini irregolari ma le statistiche ufficiali denunciate nei convegni parlano di 30.000 nuovi casi all'anno, **con l'incremento del rischio per gli operatori sanitari che si ritrovano ad assistere quotidianamente centinaia di pazienti extracomunitari.**

Le modalità di infezione sono il contagio interumano (via aerogena), raramente per contatto con materiali infetti. La trasmissione richiede periodi abbastanza lunghi di contatto con la fonte di infezione. La sorgente infettiva è l'espettorato di pazienti con tbc polmonare "aperta" tramite l'inalazione di goccioline contenenti i bacilli. Raramente il contagio si verifica per via gastrointestinale o cutanea.

E' opinione corrente che sia indispensabile un contatto ravvicinato e prolungato sebbene anche solo 1 bacillo tubercolare può bastare a infettare un soggetto sano.

Nella TBC primaria la sintomatologia clinica spesso è assente. Quindi gli operatori sanitari ne sono esposti particolarmente ed anche perchè la diagnosi necessita di es. radiologico associato a quello batteriologico (attesa del referto tra 1 e 12 settimane) ed immunologico (reazioni tubercoliniche). Esami, questi ultimi, che il SSN a cui si rivolgono i cittadini extracomunitari, si guarda bene dall'approfondire, dato che a prevalere è la logica economica contingente del risparmio.

Forse se i sindacati presenti al tavolo negoziale romano l'avessero ricordato ai rappresentanti del governo, tale indennità sarebbe potuta rimanere e quindi essere rivalutata. Purtroppo tra loro non vi sono infermieri ma solo funzionari sindacali!

Se avessero consultato i dati del Ministero della Salute forse si sarebbero ricreduti. Noi ne riportiamo i più significativi (vedi riquadro a lato).

Dal medico, solo se vi è urgenza

Un parere del Consiglio di Stato rende ancora più restrittiva la riforma Brunetta sulle malattie. Altrimenti l'assenza sarà punita con il taglio dello stipendio

Il lavoratore assente per malattia non può andare dal medico. A meno che non sia assolutamente indispensabile, circostanza che va provata.

E' quanto si evince da un parere del Consiglio (n.3991-200S, III sezione).

Il provvedimento, contiene comunque alcuni principi importanti che possono essere utili per orientare il comportamento degli addetti ai lavori. Specie nella scuola, dove l'introduzione della nuova disciplina prevista dal decreto Brunetta ha sollevato molti problemi: di ordine finanziario - ovvero sugli oneri delle spese per i controlli medici, anche per un solo giorno di assenza, che sono a carico delle scuole - ma anche organizzativi - per esempio sulle fasce di reperibilità degli insegnanti durante la malattia.

I giudici amministrativi hanno spiegato che, per evitare la sanzione della sospensione dello stipendio (per chi si assenta durante le cosiddette fasce di reperibilità) **non è sufficiente avvisare l'amministrazione che ci si sta recando dal medico per farsi visitare.**

Secondo i magistrati superiori, infatti, il lavoratore deve avere provato

tutta una serie di estremi.

In particolare: «**La sussistenza di situazioni cogenti che gli rendessero impossibile recarsi dal medico in fasce orarie diverse da quelle di reperibilità**», ma anche «**l'esistenza di uno stato patologico tale da richiedere una visita medica urgente**» che possa giustificare l'allontanamento del lavoratore ammalato dal proprio domicilio.

Insomma, la regola generale prevede il divieto di uscire di casa durante le fasce di reperibilità. E cioè durante le ore in cui il medico fiscale ha titolo ad entrare in casa e visitare il lavoratore per vedere se la malattia c'è ancora. E' bene ricordare che le fasce di reperibilità fissate dall'articolo 71 del decreto legge 112 vanno dalle 8 del mattino fino alle 13 e dalle 14.00 alle 20. Insomma, giusto il tempo per un panino al bar sotto casa. Ma se bisogna andare dal medico a fare la fila, neanche a parlarne.

A meno che non ci si trovi in una situazione di urgenza (con onere della prova a carico del malato) oppure non vi sia la possibilità di andare dal medico al di fuori delle fasce di reperibilità. Quest'ultimo caso, assai improbabile

con la vecchia disciplina, che fissava le fasce dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19, diventa invece la regola con le attuali fasce di reperibilità di 11 ore.

E quindi, ciò che prima era l'eccezione, al punto da indurre il Consiglio di Stato a sanzionare l'assenza alla visita fiscale, per effetto dello stesso principio dettato dai magistrati superiori, dovrebbe costituire una eccezione esimente dalla responsabilità per l'assenza alla visita fiscale.

Resta da vedere se l'amministrazione pubblica, alla luce del responso della magistratura, deciderà di fornire ulteriori chiarimenti oppure no. Nel dubbio, per evitare ulteriori decurtazioni di stipendio oltre alla perdita del salario accessorio (che scatta comunque in base proprio alla riforma Brunetta), **ci sono tre comportamenti che danno assolute garanzie:** andare al lavoro con la febbre; pagare una visita domiciliare; farsi ricoverare in ospedale.

Chissà se i giudici del Consiglio di Stato abbiano mai dovuto ricorrere al medico curante per farsi prescrivere i relativi giorni di assenza causa una malattia incombente.

Buono l'andamento dei fondi Enpapi

Schiavon (Enpapi): aumentati nel 2008 del 7 per cento i rendimenti del portafoglio. Investimenti per l'80 per cento nel settore obbligazionario



“La gestione finanziaria e di investimento nel 2008 da parte di Enpapi si è rivelata quanto mai **oculata e lungimirante** attenta sia a garantire la redditività del patrimonio e sia a preservare il capitale investito. Un'azione che ha consentito di **ottenere un rendimento positivo pari al 7,28 per cento** superiore di 3,82 punti percentuali rispetto all'obiettivo imposto dalla legge che è fissato ad un +3,46 per cento”. A dirlo è il presidente di Enpapi - Ente Nazionale per la Previdenza e l'Assistenza della Professione Infermieristica - **Mario Schiavon**, commentando i dati riguardanti l'attività di investimento del 2008.

“Quanto ottenuto non solo testimonia la bontà delle nostre scelte - continua Schiavon - ma la prudenza con la quale

abbiamo voluto agire fin dallo scorso 2007 e quindi prima che scoppiasse la crisi finanziaria. Una prudenza che ci ha consentito di riconvertire la quasi totalità del portafoglio in strumenti legati al mercato monetario. Questa scelta, anche se complessa e difficile, ci ha consentito di non rimanere coinvolti nei rovesci che hanno interessato ultimamente i mercati finanziari.

Questa impostazione è proseguita anche nel 2008 consentendo ad ENPAPI di puntare su strumenti finanziari capaci di rivalutare il nostro patrimonio piuttosto che metterlo in pericolo. In questo senso oggi il nostro portafoglio - precisa il presidente di ENPAPI - è composto per il 60 per cento da titoli obbligazionari, **non legati al gruppo bancario Lehman Brothers** e da strumenti appartenenti al comparto monetario (19,04 per cento). Inoltre

abbiamo operato investimenti nel Fondo Italiano per le Infrastrutture, una scelta che riveste una grande importanza per l'Ente visto che **il Fondo investe in infrastrutture anche a valenza sociale** come Ospedali, Istituti di cura, Scuole e Case Circondariali.

Invece abbiamo deciso di non esporci nel comparto azionario. Questa prudenza ha quindi permesso di salvaguardare il patrimonio dell'Enpapi in un momento di grandissima difficoltà finanziaria permettendo inoltre di creare delle riserve che saranno destinate ad implementare le forme di assistenza e gli stessi servizi che assicuriamo alla categoria. Accantonamenti che insomma ci consentiranno di affrontare il futuro con maggiore serenità e tranquillità.

Professionalità e clima di lavoro demotivante

La denuncia di Nursind Gorizia all'ass. regionale

Inf. Luca Petruz - Segr. Prov. Nursind Gorizia



"Egr. assessore regionale Vladimir Kotic, il Libro verde sul futuro del sistema sociosanitario regionale è un documento davvero importante per la ricchezza, l'eshaustività degli argomenti toccati, l'impostazione e la vocazione alla democrazia partecipativa. Su alcuni punti è doveroso però, fare alcune integrazioni": comincia così una lettera inviata a Kotic dal segr. provinciale del Nursind di Gorizia, Luca Petruz.

"Come da lei affermato nelle premesse - continua la missiva - "quale sicurezza, quale attenzione, quale qualità potrebbero garantire quei professionisti che si trovassero ad operare in servizi sottodimensionati, in ambienti inadeguati, in un clima di lavoro demotivante?". Questo è un punto cruciale per la categoria infermieristica, ormai da 10 anni formata da professionisti laureati sottoposti a dinamiche organizzative che vedono come obiettivo la quantità delle prestazioni e che quindi non esitano a sostituirli con personale esecutivo, visto che la logica imperante premia il "fare".

Il sottodimensionamento degli organici contribuisce allo schiacciamento dell'approccio infermieristico, centrato sul paziente e sulla sua famiglia, e rende tristemente inutilizzate le competenze disciplinari, con buona pace degli obblighi deontologici e del percorso formativo degli infermieri. Nonostante l'insensibilità del sistema alla "professione" infermieristica e la contemporanea affannosa ricerca di

"operatori" infermieristici adatti a coprire i turni di servizio e mantenere lo status quo (e ai quali, dal sistema, non viene richiesto nient'altro), gli infermieri si sono ritagliati in esso spazi peculiari (per es. l'organizzazione delle U.O. è in mano ai coordinatori e alla linea infermieristica; il sistema 118 di emergenza territoriale e l'assistenza domiciliare sono aree di assoluto presidio infermieristico), ma sempre in subordine a scelte fatte da altri professionisti.

Ma come si può pensare d'implementare linee guida ed evidenze scientifiche se l'organico in servizio è anche talvolta minore dei contingenti minimi previsti dalla legge in caso di sciopero? Come integrare la prospettiva infermieristica (olistica, empatica, attenta al vissuto e alle dimensioni intangibili degli assistiti) in un sistema che rincorre il numero delle prestazioni erogate e l'abbattimento delle liste d'attesa? La questione infermieristica si complica, poi, se si scende nei meccanismi operativi aziendali: il sistema premiante adotta logiche di ricerca del consenso popolare (incentivi a pioggia, fasce retributive concesse a chi va in pensione, tutela dei privilegi e non dei diritti) che fanno capo a un sistema di relazioni sindacali assolutamente non rappresentativo degli interessi della categoria.

Le RSU sono, infatti, le succursali delle segreterie territoriali dei sindacati maggiormente rappresentativi e ne

avallano le scelte fatte lontano dai tavoli di delegazione trattante, a porte chiuse (il sindacato di categoria, Nursind, è in minoranza sebbene, per esempio, nella provincia di Gorizia conti 207 iscritti su 560 infermieri circa dipendenti dell'ASS), ma, soprattutto, non impostato sui valori del merito e della qualità".

La lettera del Nursind a Kotic continua: "Il tema della qualità è particolarmente spinoso nella nostra sanità, a tutti i livelli: è paradossale il fatto che, sebbene produciamo servizi sanitari, il controllo è sull'atto amministrativo e sul dato di efficienza economica, non sul prodotto, cioè sull'efficacia e sulla soddisfazione dei cittadini. Se fossimo un'azienda privata, questa, sarebbe una via diretta per l'esclusione dal mercato.

I vertici delle strutture operative semplici o complesse sono affidati a professionisti che si sono distinti per capacità professionali e non manageriali o leaderistiche: c'è molta più capacità dirigenziale in un qualsiasi infermiere coordinatore che in ciascun medico che entra nel SSN come dirigente. Per i primi cinque anni non deve fare il dirigente, ma prende la paga da dirigente. Perché i responsabili di Soc non sono valutati sulla qualità dell'organizzazione di cui sono responsabili: qualità dell'assistenza, esistenza di clinical pathways, programmi di risk management, formazione permanente del personale, customer satisfaction, ma solo e soltanto sui numeri prodotti?".



Palermo:

primo incontro proficuo con il D.G.

Inff. Gregorio Drago e Giuseppe Mancuso - Segr. Prov. Nursind Palermo



Facendo seguito ad una nostra formale richiesta in data 6-2-2009 abbiamo avuto un incontro con il Direttore Generale Falgares allo scopo di presentare i membri della Segreteria Provinciale e Aziendale NurSind. Alla riunione erano Presenti oltre al Direttore Generale anche la D.ssa Militello che è responsabile per le relazioni sindacali. Il Nursind era rappre-

sentato da Giuseppe Mancuso, Gregorio Drago, Enrico Virtuoso, Giovanna Richichi, Giovanni Vesco e Mario Mandalà.

La novità di un sindacato di categoria rappresentativo degli infermieri è stata positivamente accolta dal Direttore Generale. I 500 Infermieri che lavorano all'interno dell'ospedale Cervello sono stati definiti la "colonna

portante dell'ospedale" (riportiamo le sue testuali parole).

L'occasione dell'incontro ci ha permesso di affrontare direttamente alcune delle problematiche che avevamo già evidenziato con il volantinaggio.

Fasce: Siamo indietro rispetto agli altri ospedali perché i fondi sono stati dirottati verso lo straordinario. Scelta che secondo noi è molto discutibile per

due ordini di motivi. Il primo che lo straordinario ti permette di avere un gettone, un contentino che si esaurisce subito dopo averlo ricevuto mentre l'aumento di fascia rimane per tutta la vita lavorativa ed è pensionabile. Il secondo motivo è che lo straordinario è difficile da controllare e gestire con equità e oculatezza.

In merito alle fasce abbiamo richiesto di verificare se fosse stato incrementato il fondo delle fasce con l'indennità infermieristica di cui all'articolo 40. Abbiamo avuto l'assicurazione dal DG che avrebbe chiesto in merito alla Direzione Amministrativa.

IVC: per quanto riguarda l'indennità di vacanza contrattuale abbiamo fatto notare che è stata già pagata in diverse aziende del territorio nazionale e regionale. Ci ha risposto mostrandoci una nota appena ricevuta dall'Assessorato alla Sanità Regione

Sicilia e che verrà pagata al più presto.

Per coloro i quali lavorano in Pronto Soccorso ha assicurato che il **progetto Triage** verrà rifinanziato in quanto ritenuto indispensabile per il buon funzionamento dell'accoglienza. Si tratta di un progetto voluto con caparbietà da Giuseppe e Gregorio, a differenza dei confederali che volevano abolirlo, che prevede l'istituzione (anche se in misura ridotta) del **secondo Infermiere al Triage** e di un continuo miglioramento del processo di accoglienza.

Infine abbiamo appreso con piacere che è stato ottenuto un finanziamento grazie ad un fondo regionale per il progetto di un **asilo nido** all'interno della nostra azienda.

Nursind stava già collaborando per la realizzazione del progetto e non può che approvare e sostenere una iniziativa che andrà a migliorare la qualità della vita delle numerosissime donne e

mamme che lavorano all'interno dell'azienda.

Dulcis in fundo abbiamo affrontato la tematica della valorizzazione del merito che, in linea con le ultime proposte legislative permetterebbe di premiare chi realmente lavora e non tutti a pioggia. Linea politica pienamente condivisa dal Nursind e, apprendiamo con piacere, anche dalla Direzione Generale.

Abbiamo appreso dalle parole del Direttore che l'incontro, richiesto da più di tre mesi è stato finalmente ottenuto grazie al fatto che si è reso conto che **il numero delle adesioni alla nostra sigla è diventato rilevante**. Lui era ancora fermo a 40, noi gli abbiamo comunicato di avere appena raggiunto quota 60. Questo è segno di cosa vuol dire avere i numeri. **Non siamo ancora nella RSU, ma possiamo incidere ugualmente ed essere ascoltati.**

Chieti: tra gli infermieri addetti alla preparazione degli antiblastici Urine al platino!

Urine al platino degli infermieri del SS. Annunziata di Chieti, quelli che in passato hanno preparato i farmaci per la chemioterapia in una sala con attrezzature insufficienti.

Ne parlano soprattutto alcuni sindacati autonomi, come Nursind, Nursing Up e Fials. Stranamente tacciono gli altri, mentre Asl ed Università minimizzano la gravità delle analisi che hanno trovato valori al di fuori della norma «ma non pericolosi» (come si è affrettata a dire il direttore sanitario Asl, che per precauzione ha cambiato mansioni ai tre infermieri sotto controllo).

Come noto, era andato in tilt il sistema di aereazione e quindi le sostanze volatili usate nelle preparazioni avevano procurato problemi agli addetti.

«I lavori di ristrutturazione dei locali dove si dovranno preparare in modo centralizzato i farmaci antiblastici si sono di nuovo fermati da alcuni mesi: una cosa che denuncio da alcuni mesi». Armando Vignali, come in passato, esce allo scoperto sottolineando che «questi problemi si risolvono se si affrontano anche pubblicamente, per non far cadere nel vuoto i problemi di salute accusati dagli infermieri addetti a questo lavoro delicatissimo. Bisogna

insistere e parlarne. Questo problema non è solo dei tre che ci sono capitati – sottolinea Vignali, responsabile aziendale di Nursind - riguarda invece tutti gli operatori sanitari che in diverse situazioni possono essere a rischio».

In particolare questa volta quello che non va, secondo lui, «sono gli intoppi a ripetizione che hanno ritardato la conclusione dei lavori, dopo che i finanziamenti sono stati erogati tre anni fa».

E' solo inesperienza o c'è qualche cosa di più? Forse sono solo problemi di ritmi di lavoro troppo lenti, che vanno a danno degli infermieri che



lavorano in quelle condizioni critiche.

Forse anche l'Università (il reparto è universitario) avrebbe dovuto attivarsi prima, senza ripararsi dietro le rela-

zioni secondo le quali quelle sostanze pericolose «si disperdevano nell'aria».

Insomma una vicenda presa un po' sottogamba, come dimostrano alcuni ritardi che ci sarebbero stati nella riconsegna delle analisi: una richiesta del 20 novembre scorso è stata riconsegnata solo a febbraio. In pratica l'impressione che si ricava da queste denunce è che si cerca di isolare chi si batte per la soluzione dei problemi di sicurezza, mentre si tenta di spostare l'attenzione sui risultati positivi nella cura dei tumori, che pure ci sono. Il reparto di Oncologia di Chieti è infatti all'avanguardia per le nuove tecniche di biologia molecolare per arrivare a farmaci personalizzati, e quindi più efficaci, per la chemioterapia. Ma non si dovrebbe perdere di vista la salute anche degli operatori. «Questi infermieri altamente professionalizzati maneggiano sostanze pericolose – spiega Patrizia Bianchi, referente regionale di Nursing Up – e la Asl di Chieti doveva essere più sollecitata nella vigilanza delle condizioni di lavoro. Non basta il demansionamento degli infermieri risultati a rischio, questa vicenda deve insegnare che non si può scherzare con la sicurezza».

Sassari: gli infermieri del Nursind per i terremotati dell'abruzzo

Martedì 21 aprile 2009 è stata organizzata a Sassari dagli infermieri del Nursind, una iniziativa di solidarietà alle popolazioni dell'abruzzo colpite dal terremoto.

Il primo donatore di buon cuore è stato un signore di 102 anni, cliente del supermercato. Si è fatto misurare la pressione e poi ha dato una corposa offerta per i terremotati. Così gli infermieri del Nursind hanno messo a disposizione la loro professionalità a vantaggio delle popolazioni terremotate. Due giorni in alcuni gazebo posti a

Cortasantamaria dove hanno misurato pressione e glicemia ai clienti del centro commerciale in cambio di un'offerta da destinare ai terremotati. Il tutto condito da musica dal vivo e, cosa più importante, dalla generosità dei sassaresi che hanno donato diverse migliaia di euro da destinare, tramite i volontari del Cisom di Sorso, alla sfortunata terra di Abruzzo.

«In tanti hanno chiesto di partire, per poter aiutare i loro colleghi abruzzesi in questo momento di emergenza e dolore. Gli infermieri del Nursind

attendono di essere chiamati per le zone terremotate dell'Abruzzo», spiega Vittorio Conti, segretario provinciale del sindacato per le professioni infermieristiche. Abbiamo ricevuto richieste da parte di molti colleghi infermieri, che vorrebbero partecipare ai soccorsi per aiutare la popolazione colpita dal sisma, per cui siamo pronti, e nel frattempo abbiamo organizzato questa raccolta fondi».



Napoli: 1° “raduno” cittadino degli infermieri da un’iniziativa su facebook

Inf. Annalisa Troia - Segretaria Provinciale Nursind Napoli

Una cinquantina di infermieri napoletani hanno aderito all'appello del gruppo facebook “gli infermieri li pagano troppo poco”. Pubblichiamo l'intervento di Annalisa Troia del Santobono, segretaria provinciale di Nursind Napoli.

Finalmente siamo riusciti a riunirci, grazie all'impegno di Salvatore e di altri colleghi che hanno divulgato quest'evento nato tra gli aderenti al gruppo di facebook “gli infermieri li pagano troppo poco”.

Siamo qui per dare concretezza alle nostre presenze virtuali, siamo finalmente usciti dai reparti per conoscerci e dare sostanza alle nostre parole!

La nostra categoria colpevolmente è stata per troppo tempo in silenzio. Forse perché abituati a convivere con un perenne stato di carenza, ci siamo anche abituati a sopportare. Chi, tra noi, non ha mai detto “stavolta abbiamo toccato il fondo!” Ed invece, si è reso conto che **c'è ancora un altro fondo da sperimentare.**

E comunque siamo stati in silenzio, ci siamo limitati a inutili lamentele durante lo smonto o nella pausa rubata del caffè, ma raramente abbiamo fatto sentire con forza la nostra voce all'unisono fuori dalle mura dei reparti, nelle sedi sindacali, nelle sedi delle scelte politiche ed aziendali. Tuttavia il nostro silenzio non è mai stato sinonimo

di indifferenza o assenza di idee e proposte, o peggio ancora, passiva accettazione di una condizione economica, organizzativa, politica, morale e sindacale imposta da altri.

Anche se fin'ora abbiamo solo pensato a lavorare, a sacrificare la nostra energia e la nostra vita privata per una causa nobile come la cura e l'assistenza delle persone ammalate, per un bene supremo e universale come la salute, oggi, con la nostra presenza qui, abbiamo deciso di dare un segnale tangibile del malessere che affligge la categoria. E' pur vero che questo è un momento di grande difficoltà, ma è in questi momenti di difficoltà che, **chi sa fare gruppo, può uscirne meglio e prima.** E noi qui ribadiamo che gli infermieri di Napoli e d'Italia non devono più essere divisi bensì unirsi per rivendicare la dignità del valore anche economico che la nostra professione merita.

L'unione fa la forza

Noi infermieri da soli rappresentiamo il 50% del personale del comparto. Siamo di gran lunga la categoria più numerosa, siamo dei professionisti a diretto contatto con il cittadino-utente tutti i giorni per tutte le ore, rappresentiamo il secondo pilastro del sistema sanitario nazionale, erogiamo salute in molteplici ambiti e situazioni e, nonostante ciò, in tutti i contratti degli ultimi 15/20 anni siamo stati considerati alla stessa stregua di tutti gli altri operatori,

anche a dispetto del ruolo giuridico, didattico e normativo che ci siamo guadagnati nel tempo.

E' ora di finirla di appoggiare questa politica massificante e di appiattimento al basso. Tutti coloro che fino ad oggi hanno detto di tutelarci, hanno sempre disatteso le aspirazioni degli infermieri italiani. Diventa quindi un imperativo categorico per gli infermieri italiani organizzarsi e unirsi per dare voce ad una categoria che rappresenta la spina dorsale del SSN, dobbiamo iniziare a pensare che se stiamo uniti il peso della nostra presenza sarà maggiormente tangibile su tutti i tavoli istituzionali e sindacali.

La speranza di una diversa rivendicazione economica non può che passare quindi attraverso una nuova via associativa, ma non può restare un gruppo e basta, perché restare gruppo è unire tutte le lamentele e fare un lamento corale, il gruppo non arriva alle sedi della contrattazione, non arriva alle sedi aziendali sindacali, per raggiungere questi obiettivi ci vuole qualcosa in più, bisogna costruire il sindacato nostro, un sindacato che vada oltre le tradizionali forme di controllo e appiattimento categoriale e si ponga come percorso di aggregazione di professionisti maturi, autonomi e autodeterminati.

Noi che abbiamo idee nuove dobbiamo trovare uno spazio di espressione nostro, dobbiamo imparare ad essere



protagonisti del nostro lavoro e del nostro futuro e non solo nelle corsie, ma anche in altre sedi, anche ai tavoli della contrattazione aziendale e nazionale, perchè chi meglio di noi conosce a fondo i disagi dell'infermiere? Chi meglio di noi conosce l'usura del lavoro notturno e della turnistica? Chi meglio di noi conosce cosa significhi lavorare a Natale, Pasqua e le domeniche? Chi meglio di noi conosce la responsabilità della presa in carico del malato e della sua famiglia? Siamo noi le persone che più di tutti subiscono l'usura della nostra professione, una professione che non è tutelata, diamo uno sguardo al contratto.

La delusione del nuovo contratto. L'ipotesi di contratto da poco firmata ci porta una semplice suddivisione dei fondi a disposizione in eguale rapporto tra tutte le categorie senza prendere minimamente in considerazione le aspettative degli infermieri. In particolare non è stata considerata la necessità di adeguare economicamente il disagio del personale turnista.

A chi ha impegnato proprie risorse per lo sviluppo della carriera, i master, non è stato riconosciuto ne' un adeguato ruolo nell'organizzazione ne' una valorizzazione economica. Non bastasse questa situazione contrattuale a deprimerci, il governo ci ha onorato della legge anti fannulloni che penalizza economicamente i dipendenti e relega agli arresti domiciliari chi ha problemi di salute,

1. Del disegno di legge sugli scioperi per rendere impossibile ogni forma di dissenso nei confronti delle amministrazioni o del governo,

2. Del disegno di legge delega sui lavori usuranti per escludere la categoria degli infermieri turnisti perchè troppo ampia e troppo onerosa per i conti dello stato,

3. Della delega sulla revisione delle aspettative, permessi e congedi per restringere ancora di più l'ambito della gestione della vita familiare a favore delle esigenze del datore di lavoro.

Premiazioni senza premi, diritti senza più tutela.

A tutto questo non potevamo restare indifferenti, non potevamo restare ancora chiusi nei nostri reparti a lamentarci tra di noi. Il tempo di incontrarci e orga-

nizzarci è arrivato. Non vogliamo più rassegnarci a vedere continuamente peggiorare le nostre condizioni, con uno stipendio ridicolo per la responsabilità, per il ruolo e la funzione che ricopriamo nella sanità pubblica e privata. Negli ultimi 10 anni solo per le mancate assunzioni lo Stato ha risparmiato su di noi circa 9 miliardi di euro, se a ciò aggiungiamo le economie derivanti dalle riorganizzazioni, gli accorpamenti, le politiche sugli OSS, i presidi scarsi ed inefficienti, insieme ai bassi stipendi, la cifra diventa ancora maggiore.

A tutto questo oggi diciamo basta! Tutto ricade sulle nostre spalle e solo perchè non abbiamo saputo reagire, fare gruppo. Nonostante le belle parole sulla centralità dell'infermiere, non un centesimo è stato previsto per la questione infermieristica.

Per quanto ancora si abuserà della nostra pazienza?

La risposta è dentro di noi cari colleghi, **perchè siamo solo noi che possia-**

Questo percorso, questa nuova via, oggi scegliamo di difenderla, di farla nostra impegnandoci ognuno per la sua parte, a partecipare, a farsi vedere, sentire, ascoltare, farsi portavoce di un progetto di unione della categoria perchè uniti si vince.

Questo primo appuntamento è nato da una presa di coscienza: ci siamo resi finalmente conto di quanto sia mortificata la nostra professione, sta solo a noi ribaltare la situazione. Quindi cari colleghi, partiamo da qui e non fermiamoci. Non svendiamo la nostra forza per interessi personali.

Non chiediamo al sindacato il posto comodo, il trasferimento, la spintarella. **Facciamo in modo che il sindacato non sia una sorta di collocamento dei piaceri**, ma contribuiamo a costruire un sindacato libero dallo scambio di favori a cui chiedere di porre sempre e continuamente l'accento sulle nostre difficoltà, difficoltà di tutta la categoria, non esclusivamente quelle personali.

Ma è questo possibile nelle esperienze delle attuali organizzazioni presenti nelle nostre aziende? Io penso di no perchè il loro compito prioritario è difendere gli interessi di tutte le categorie di lavoratori per non scontentare nessuno.

A valorizzare e tutelare economicamente gli infermieri non possono che essere gli infermieri.

Il sindacato siamo noi, siamo noi che dobbiamo costruire una struttura forte che guarda e tutela la nostra professione, questo sarà il nostro sindacato, non più

quella sorta di collocamento di cui parlavo prima. Perciò smettiamo di dire che il sindacato non fa niente, perchè siamo noi stessi a non fare niente, siamo noi che abbiamo sempre delegato gli altri a difenderci. Invece oggi dobbiamo guardare avanti e senza paraocchi, guardare a 360° e abbracciare le problematiche di tutti gli infermieri metterci in discussione in prima persona e darsi da fare. Oggi lo abbiamo fatto e non dobbiamo fermarci qui. Continuiamo perchè questa è la strada giusta, è la strada dell'unità della categoria, **dell'infermiere per l'infermiere**, della nostra crescita, della conquista di nuova autonomia. Noi sostenitori di Nursind andremo avanti fino all'obiettivo.

Grazie per l'attenzione. Auguro a tutti un buon lavoro.



mo stabilire qual'è il limite alla nostra pazienza, siamo noi che decidiamo quando e come rompere le catene che ci legano al volere e potere degli altri. Per quanto ancora permetteremo di usare la nostra forza numerica per curare gli interessi di pochi altri?

Noi in prima persona dobbiamo camminare con le nostre gambe e iniziare a tutelare i nostri interessi e difendere i nostri diritti. Questa deve essere la nostra sfida: **la difesa e il completamento del percorso di autonomia intellettuale, professionale e sindacale**. Un percorso che purtroppo fino ad oggi si è fatto largo a volte tra l'indifferenza altre volte tra l'opposizione di molti enti istituzionali ed organizzazioni sindacali ma, cosa ancor più grave, anche tra l'indifferenza degli stessi infermieri.

Catania: da un ordine di servizio per compilare le cartelle come rispondere all'arroganza

Inf. Salvatore Vaccaro - Segretario Provinciale Nursind Catania



Al Direttore Generale
Al Direttore Sanitario
All'Ufficio Infermieristico
Al Direttore dell'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia
Az. Osp. Garibaldi, S. Luigi - S. Currò, Ascoli - Tomaselli
Al presidente del Collegio Ipasvi di Catania
E p.c.
Al Capo Sala
Al Personale Infermieristico
Al Personale Medico
U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia

Oggetto: Segnalazione di atteggiamento lesivo nei confronti della professione infermieristica.

In riferimento alla disposizione del Direttore dell'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia inviata al personale infermieristico, preso atto dello scritto; questo sindacato che si fregia di rappresentare i professionisti infermieri, intende fare una doverosa segnalazione agli organi competenti, di "atteggiamento lesivo nei confronti della professione infermieristica" da parte del direttore dell'unità operativa sopracitata.

Detto atteggiamento a nostro avviso è estremamente evidente, dalla disposizione di servizio emanata in data 18 maggio 2009 prot. int. n. 117 dove **"si fa obbligo agli infermieri di compilare minuziosamente, e con la massima precisione il frontespizio della cartella clini-**

ca" e il verbalino di ricovero, per poi passarle al medico, per la definitiva compilazione. Con toni di minaccia finali, per chi non si attiene alla disposizione.

E chiaro, che l'infermiere è in grado di fare ciò, questo però non vuol dire che essa è una attribuzione prettamente o esclusivamente infermieristica; in quanto può essere fatta senza dubbio anche dal personale medico, all'atto dell'intervista al paziente, evitando così inutili passaggi e perdite di tempo, con possibilità di errore o scambio di pazienti.

L'infermiere in realtà non solo può scrivere sul frontespizio, ma può, per la parte di sua competenza, scrivere anche nella cartella clinica (già dal D.P.R. 225/74). In accordo però con le linee guida per una Good Practical Care si preferisce in genere avere nel fascicolo sanitario (Cartella clinica), la cartella medica e quella infermieristica, abbandonando definitivamente la vecchia consegna.



Inoltre, l'infermiere in forza all'U.O.C. di Ortopedia a quanto ci risulta compila già una documentazione infermieristica (cartella) in accordo con le direttive aziendali.

Intendiamo altresì ricordare che il D.P.R. N 225 del 14/03/74 (cosiddetto mansionario) viene abrogato con l'entrata in vigore della Legge 42/99, che al comma 1 dell'art. 1 fa scomparire da ogni disposizione di legge la denominazione di **"professione sanitaria ausiliaria"** rimpiazzandola con **"professione sanitaria"**.

Ciò significa che l'infermiere con l'entrata in vigore di questa legge non è più un professionista sanitario ausiliario dell'attività medica (paramedico), ma diventa egli stesso responsabile del proprio operato e svolge le funzioni attribuitegli dalla legge tenendo presente che al centro del SSN c'è il paziente e non il medico (decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502)!

Continuando con questo atteggiamento a nostro avviso si contravviene all'art. 2087 cod. civ., che prescrive al datore di lavoro di rispettare la personalità morale e la dignità dei dipendenti.

Si invita il direttore dell'U.O.C. di ortopedia a ritirare questa disposizione che genera sicuramente, all'interno dell'equipe sanitaria contrapposizioni inutili e a volte dannose per il paziente, dando il giusto riconoscimento alla categoria infermieristica.

In attesa di sollecito riscontro, cogliamo l'occasione per porgere i nostri più cordiali saluti.

La smentita

Oggetto: smentita su articolo la Nazione

Vi inoltro quanto inviato alla redazione spezzina de La Nazione, negli ultimi anni più attenta su questi distinguo, ma in questo caso poco accorta.

Gentili redattori, due giorni fa avete riportato la notizia, nella cronaca della Val di Vara, di un (presunto) Infermiere albanese che, in preda a stato di ubriachezza ha compiuto atti osceni.

Con la presente desidero che sia pubblicata smentita sulla qualifica professionale: l'individuo in questione non è un professionista sanitario Infermiere, non risulta infatti iscritto al nostro o ad altro Albo professionale, ed è a quanto pare in possesso di qualifica di operatore socio sanitario (non è pertanto corretto definirlo un Infermiere).

Grazie per la Vostra attenzione

Inf. Francesco Falli
Presidente Collegio Ipasvi La Spezia





Vuoi istituire una segreteria del Nursind nella tua azienda?

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

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

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

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

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

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

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



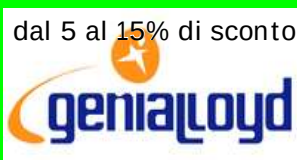
**Il valore del Nursind:
insieme siamo più forti!**

Convenzioni Nazionali

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



Master Univ. Online



Corsi e Convegni ECM



sconti di ogni tipo ovunque



Brescia: dal convegno con Ron Coleman “Io posso decidere?”

Inf. Pompeo Cammarosano - Delegato Nursind in RSU degli Spedali Civili di Brescia



“Ogni persona non è solo portatrice di problemi ma anche di risorse. Anche il disagio psichico e la malattia mentale possono trovare posto e dignità nel quotidiano di tutti noi.” Questi sono principi di base della cultura dell'auto mutuo aiuto.

Lunedì 11/05/2009, presso l'aula magna della Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia, Mr Ron Coleman, famoso ex paziente psichiatrico (uditore di voci, diventato poi, egli stesso un operatore nel campo della salute mentale), ha tenuto un interessantissimo seminario dal titolo “Io, posso decidere?”

Ron Coleman promuove da tempo, esperienze di auto mutuo aiuto e la collaborazione tra operatori, utenti e familiari per la costruzione di percorsi di salute mentale.

L'associazione A.M.A. di Brescia, un'organizzazione ONLUS di auto mutuo aiuto, nasce a Montichiari (Bs) nel 1997. Prima di parlare di un qualsiasi fenomeno bisogna documentarsi ed è stato così che prima mi sono chiesto chi fosse l'A.M.A. e di cosa si occupasse.

Sembrerà strano ma l'auto mutuo aiuto è un qualcosa che è più semplice a farsi che a dirsi. Infatti, secondo i suoi soci è un qualcosa di innato e addirittura codificato geneticamente nel DNA umano e delle comunità. Non è altro che l'aiuto che si scambiano le persone che si trovano a condividere la stessa situazione di disagio. E' nient'altro che vedere con una visione di gruppo lo stesso problema, poiché come si sa, un conto è affrontare da soli un ostacolo e un altro conto è farsi forza nell'apporto altrui.

Dato che però, spesso, le persone sono portate ad assumere un atteggiamento passivo di fronte al disagio e in particolare a quello mentale, ecco che intervengono associazioni di questo tipo che catalizzano l'aiutarsi a vicenda. Gli ingredienti di tutto questo incredibile

fenomeno associativo sono: tecnica, esperienza, motivazione, spontaneità, calore umano e coinvolgimento personale. Tutti questi elementi propri dell'A.M.A. sono anche le caratteristiche di Ron Coleman, un uomo che dalla lontana Scozia è venuto in Italia e per la precisione in terra bresciana per portarci la sua esperienza di auto mutuo aiuto.

Si tratta di un ex paziente affetto da allucinazioni uditive e che è guarito con l'aiuto di altre persone, nel momento in cui ha considerato le sue voci un qualco-



sa di normale. E' proprio attraverso l'ascolto delle stesse voci che ha intrapreso il suo viaggio verso il “recovery”, termine tradotto con “guarigione”, ma non è proprio la stessa cosa.

Ogni persona con disagio mentale, secondo Coleman ha la possibilità di staccare un biglietto singolo verso la malattia oppure doppio di andata verso la malattia e ritorno verso il “recovery”. La chiave di volta della salute mentale sta nella scelta personale di voler guarire. Elemento fondamentale è il decidere di guarire. Per Coleman, testimone vivente della malat-

tia mentale e rappresentante del diritto di ogni uomo a vivere con dignità e competenza il proprio disagio mentale, si guarisce nel momento in cui si decide di guarire. Nonostante Mr Coleman non parlasse la nostra lingua e si sia avvalso di una traduttrice simultanea, non ci sono state difficoltà di comunicazione né cali di attenzione, poiché il suo linguaggio si rivolgeva all'animo di tutti i partecipanti al convegno. Hanno partecipato operatori ed utenti. Interessantissimi i gruppi di lavoro che sono seguiti il pomeriggio, dove si sono sperimentate esperienze di auto mutuo aiuto davvero educative ed arricchenti. In particolare si è lavorato attraverso la metodologia del “fare assieme”, cercando di creare sinergie condivise ed efficaci per coinvolgere tutti gli attori della salute mentale. Altri enti come “L'alleanza per la salute mentale”, “Il forum per la salute mentale”, la Regione Lombardia e la Facoltà di Sociologia del Sacro Cuore di Brescia hanno contribuito fattivamente all'iniziativa.

In tutta questa galassia di Enti, ha trovato il suo piccolo spazio anche il Nursind. Anche noi siamo impegnati nel sociale, occupandoci dei problemi lavorativi degli uomini. Abbiamo trovato subito una bellissima sinergia con tutte queste realtà associative. Crediamo che, per crescere, c'è bisogno sempre di altri che ti aiutano a crescere e con questa bellissima esperienza, riteniamo di essere un po' cresciuti come Nursind.

Sicuramente collaborazioni con soggetti come l'A.M.A. e la stessa Università Cattolica del Sacro Cuore non capitano tutti i giorni e né un giorno si ed uno no ma raramente, per cui manifestiamo attraverso le pagine del nostro giornale la più intensa gratitudine e riconoscenza verso questi Enti, per averci regalato questa bellissima esperienza di collaborazione formativa.



Infermieri nel Mondo

“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.

da dicembre senza stipendio!

Una mamma infermiera scrive al Governatore ed al Presidente del Consiglio

Al Governatore della Regione ABRUZZO
Dott. Gianni Chiodi

Al Presidente del Consiglio
Dott. Silvio Berlusconi

“ VILLA PINI:- La storia infinita mai finita e non si sa mai se finirà -“. Questa è una storia che Lei, dottor Chiodi, conosce bene. Vero? Senza stipendio dal dicembre 2008.

Caro dottore, prima di iniziare, vorrei ricordarle che occupa quel posto grazie a tante persone che, come me, hanno creduto nel programma pre elettorale perseguito dal centro destra. E adesso inizio con la mia esternazione.

Dov'è la verità in essere a questa brutta faccenda non è a noi comuni mortali da sapersi. Il fatto è che vorrei capire perché le istituzioni comunali, provinciali, regionali (nel suo caso), e mettiamoci, sì, pure statali, stanno a guardare senza prendere alcun provvedimento affinché questa telenovela, che ormai si va trascinando, se non ricordo male, dalla fine del 2007, non abbia fine. E poi quella del 2008 è storia recente. Oh! Mi scusi dottore, non mi sono ancora presentata; ma il problema è che la rabbia che ho dentro è tanta insieme alla voglia di urlare non solo allo stato, ma al mondo intero, questa pazzesca situazione che pesa sulle spalle di

500 famiglie abruzzesi ormai privi di ogni dignità (spese ordinarie, mutui, prestiti ecc., ecc., da pagare).

Sono un'infermiera e come tale ho una dignità professionale da difendere. Lavoro presso la Clinica VILLA PINI D'ABRUZZO dal novembre 1999 e di queste storie ne ho già viste; ma mai come questa. Le ricordo, però, che sono infermiera dal 1990 ed ho sempre svolto la mia professione con



scienza e coscienza nel rispetto del paziente che, dopo la mia famiglia, è il fulcro della mia vita. Come Lei ben sa, è da ormai sei mesi e più che io e i miei amici di VILLA PINI non percepiamo quello che per legge ci è dovuto: lo STIPENDIO. Sono mamma di due bellissime bambine di dieci e otto anni e Lei sa cosa vuol dire vivere senza danaro

nell'era dell'euro. Vero?

So bene che attualmente in regione ci sono problemi ben più gravi del nostro; però Le ricordo che il nostro non è da sottovalutare, quindi mi rivolgo a lei, in quanto massima carica regionale, per cercare di capire come si può e si deve uscire da questo tunnel che sembra ormai infinito. Svolgo il mio lavoro su tre turni (SONO TURNISTA) a favore della gente che soffre, che ha problemi di salute e che necessita di assistenza qualificata per lenire sofferenza e dolore. E siccome cerco di fare il mio dovere sempre (in questo periodo le ricordo che non ho mandato mai un giorno di malattia e ne sono fiera) o quasi, esigo un diritto sacrosanto: VIVERE UNA VITA DIGNITOSA (meteora in questa clinica). Per cui La esorto a prendere decisioni definitive e risolutive salvaguardando però, tanti lavoratori onesti che, come me, versano in questa irreale situazione da mesi (DICEMBRE 2008) per far sì che insieme si possa vivere meglio; e senza soldi Lei sa bene dove si va a finire.

Sono certa che, solo se vuole, saprà sostenerci spero in tempi celeri. La invito, quindi, ad estraniarsi almeno per un attimo da altri problemi che La possono assillare e PENSARE, PENSARE, PENSARE.

In attesa di ricevere un riscontro, spero positivo e risolutivo, da parte sua, la ringrazio per l'attenzione datami, La saluto ed insieme a me, La salutano le mie due bimbe, mio marito (anche lui infermiere all'ASL di CHIETI) e tutti i dipendenti di VILLA PINI D'ABRUZZO.



La Home Page del Gruppo Villa Pini



Riorganizzazione del fabbisogno di personale: l'esperienza dell'area a bassa intensità di cure di medicina

Inf. Andrea Bottega, Inf. Erika Bergamin, Inf. Alessandra Rampazzo

Da alcuni anni, l'unità operativa di medicina dell'Ospedale di Vicenza, è strutturata per aree di intensità di cura. L'area ad alta intensità di cura, l'area intermedia e l'area pre discharge sono la conseguenza dell'unificazione delle 3 medicine storicamente presenti al San Bortolo. La riorganizzazione delle unità operative ha portato all'unificazione dell'equipe medica (con un unico dirigente di struttura complessa) e a un'integrazione del personale infermieristico e di supporto.

È di recente attuazione la riorganizzazione nell'area a elevata dipendenza e a bassa intensità di cure che prevede un'unica presenza notturna di personale infermieristico. Il percorso intrapreso non è stato facile ed ha visto coinvolto in prima persona il sindacato infermieristico. Lo scopo della riorganizzazione era la diminuzione del fabbisogno di personale infermieristico (vista la forte carenza nel mercato del lavoro), la valorizzazione della professione infermieristica nella presa in carico e nella valutazione dei bisogni, lo sgravio del carico di lavoro, la maggiore attitudine all'integrazione delle figure

di supporto nell'assistenza diretta ai malati.

In accordo con il personale si sono evidenziati i fattori problematici (presenza di 8 posti letto di medicina specialistica, i ricoveri d'ufficio dal pronto soccorso, la durata e frequenza del giro medico e la frequenza dell'attività di diagnostica) e si è proceduto alla richiesta di superamento degli stessi ai tavoli contrattuali.

I risultati ottenuti sono stati: la chiusura del reparto di endocrinologia con il passaggio dei posti letto alla medicina, lo spostamento di 5 posti letto ad integrazione dell'area ad alta intensità di cure per dare maggior disponibilità ai ricoveri urgenti del pronto soccorso ed evitare i ricoveri nell'area a bassa intensità, la riduzione del personale infermieristico nell'area a bassa intensità e il suo spostamento a compensazione dell'aumento dei posti letto nell'area ad alta intensità di cure.

Si sono tenute riunioni con il personale infermieristico e di supporto dove si sono rivisti i piani di lavoro alla luce della riorganizzazione che ha portato, a fronte di 25 posti letto, la seguente dotazione di personale: al mattino 2 infermieri + 5 OSS; al pomeriggio 2 infer-

mieri + 2 OSS, la notte 1 infermiere + 2 OSS. Dalla precedente organizzazione si è tolta la presenza di un infermiere turnista e si è potenziato l'organico degli OSS che da aprile di quest'anno effettuano i turni come gli infermieri. Al di là dei carichi di lavoro che risultano suddivisi per un maggior numero di persone, si fa notare il valore del passo culturale che il professionista infermiere ha fatto nella gestione del personale di supporto e nella presa in carico dei bisogni dei pazienti. Forse è ancora presto per una valutazione complessiva della riorganizzazione, ma già dopo tre mesi si può affermare che non si sono verificate carenze assistenziali né particolari problematiche di rapporto tra le varie figure né situazioni di particolare rischio professionale. Il buon risultato ottenuto è certamente da imputare per la maggior parte al personale infermieristico ed OSS che si è prodigato nella stesura dei piani di lavoro e nella creazione di strumenti di standardizzazione del lavoro che hanno permesso una chiara assunzione di responsabilità e definizione dei ruoli.



Somministrare farmaci senza prescrizione medica: è esercizio abusivo della professione medica

L'angolo di Luca Benci

Il Tribunale di Trento – sentenza 6 febbraio 2008, – ha condannato due infermieri per esercizio abusivo della professione medica, ex art. 348 c.p., per avere contestualmente prescritto e somministrato farmaci a degenti all'interno di una casa di riposo senza prescrizione medica. In particolare veniva somministrato a un paziente "l'antidolorifico per via orale Nimesulide" e "dieci gocce del neurolettico Serenase" in più alla prescrizione medica esistente.

Il Tribunale di Trento, ricordando la giurisprudenza costante della Corte di Cassazione, ricorda che l'oggetto della tutela predisposta dall'art. 348 del codice penale è l'interesse generale, riferito alla pubblica amministrazione, che determinate professioni vengano esercitate solo da chi ha acquisito la spe-

ziale abilitazione da parte dello Stato e ricorda che copre chi compie atti tipici ed esclusivi della professione tutelata. Anche una singola prestazione professionale integra gli estremi del reato in questione.

Dato che la norma incriminatrice è costruita dallo stesso codice penale come una "norma penale in bianco", suscettibile cioè di essere integrata dalle norme poste dall'ordinamento come abilitanti all'esercizio professionale, il Tribunale di Trento precisa che la somministrazione ai pazienti di una casa di riposo di medicinali necessitanti di prescrizione integra gli estremi dell'esercizio abusivo della prescrizione medica. Sottolinea il Tribunale di Trento che "nel concetto di esercizio abusivo è implicito il riferimento di attività ad essa riferibile in assenza dei

requisiti di professionalità che la legge richiede".

Un infermiere che prescrive e somministra un farmaco a un paziente pone quindi in essere "una attività tipica della professione medica, con possibile pregiudizio della qualità della prestazione resa".

Mite è stata la quantificazione della pena, in quanto la valutazione degli elementi di fatto e di diritto e la modesta entità della violazione hanno portato il giudice a quantificare la pena in trecento euro di multa riconoscendo quindi le attenuanti generiche previste dall'art. 62 bis del codice penale e la non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale.

Il tutto è avvenuto all'interno di una struttura dove non è prevista la presenza medica all'interno delle 24 ore.

Chiarimenti su:

Infortunio e Malattia Professionale

Inf. Giovanni Secreti - Segretario Provinciale Nursind Lecco



Si considera **infortunio**, ai fini della tutela assicurativa obbligatoria, ogni evento avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che comporti l'astensione dal lavoro per più di 3 giorni (art. 2, c. 1, D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

Secondo consolidati orientamenti giurisprudenziali si deve intendere:

- per "**causa violenta**": un fattore esterno, rapido e intenso che arrechi un danno o una lesione all'organismo del lavoratore (Cass. 29 agosto 2003, n. 12685). E' stata inoltre acquisita definitivamente l'assimilazione della causa virulenta con la causa violenta;

- per "**occasione di lavoro**": la circostanza che l'infortunio sia ricollegabile da un nesso eziologico allo svolgimento dell'attività lavorativa (Cass. 11 dicembre 2003, n. 18980).

Rientrano pertanto nella nozione di infortunio tutelabile non solo gli eventi conseguenti al rischio proprio dell'attività svolta dal lavoratore, o di attività ad essa connessa, ma anche quelli eziologicamente riconducibili al rischio insito nell'ambiente di lavoro, e cioè al rischio determinato dallo spazio delimitato, dal complesso dei lavoratori in esso operanti e dalla presenza di macchine e di altre fonti di pericolo (per la nozione di c.d. rischio improprio, Cass. 21 aprile 2004, n. 7633).

Sono invece esclusi dalla tutela:

- gli infortuni che, pur avvenuti in costanza ed in ambiente di lavoro, si siano verificati in circostanze puramente accidentali, in conseguenza di un rischio generico e comune, salvo che non si accerti che gli stessi sono stati determinati da fattori e circostanze ambientali di natura e caratteristiche tali da determinare un aggravamento quantitativo o quali-

tativo del rischio generico (Cass. 3 agosto 2004, n. 14875). L'infezione caribonchiosa e l'evento dannoso derivante da infezione malarica sono considerati infortunio sul lavoro (art. 2, c. 2, D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e Corte Cost. 4 giugno 1987, n. 226).

Malattia professionale

Si considera malattia professionale quella contratta nell'esercizio e a causa della lavorazione alla quale il lavoratore è adibito (art. 3, D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

Il D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, riporta in allegato l'elenco delle malattie professionali (c.d. malattie "tabellate": l'elenco è stato aggiornato, da ultimo, con il D.M. 27 aprile 2004) per le quali è obbligatoria l'assicurazione e che, al loro manifestarsi, danno diritto alle prestazioni a carico dell'INAIL.

Queste comunque spettano anche per malattie non presenti nell'elenco delle quali il lavoratore possa dimostrare la causa lavorativa (art. 10, D.Lgs. n. 38/2000, si veda pure Corte Cost. 10 febbraio 1988, n. 179, che ha introdotto il c.d. sistema misto di tutela delle malattie professionali).

Sull'onere della prova nell'ipotesi di malattie "tabellate", cfr. Cass. 26 luglio 2004, n. 14023 e, sui poteri istruttori d'ufficio del giudice del lavoro, nella

malattia professionale non "tabellata", la prova della causa di lavoro, che grava sul lavoratore, deve essere valutata in termini di ragionevole certezza (Cass. 25 maggio 2004, n. 10042).

Inoltre, la giurisprudenza ha specificato che in relazione alle malattie pur rientranti nelle tabelle delle malattie professionali, qualora la corrispondente attività lavorativa venga svolta non in modo continuativo ma in maniera episodica ed occasionale, viene meno la presunzione legale di derivazione della malattia dalla esposizione al rischio e l'onere della prova della riconducibilità della malattia all'attività professionale svolta grava sul lavoratore (Cass. 10 marzo 2004, n. 4927).

Dunque la malattia professionale è quella che si manifesta con l'esposizione prolungata nel tempo (anche anni, per es. la silicosi o l'asbestosi).

L'infortunio è determinato da una causa violenta o virulenta in ambito lavorativo.

Per ottenere il riconoscimento di malattia professionale, occorre rivolgersi all'assistenza dei Patronati (per es. INCA, INAS, ACLI) che offrono gratuitamente l'assistenza medico-legale, e si occupano dell'iter burocratico. In passato alcune malattie infettive, tipo la brucellosi, l'actinomicosi, l'ecchinococcosi ecc. per dubbi interpretativi nella eziopatogenesi, non venivano riconosciute come di possibile origine professionale, per le quali sussistevano difficoltà nell'accertamento del nesso causale con l'attività lavorativa, in seguito riconosciute, grazie al contributo medico-legale e ai ripetuti interventi della giurisprudenza.

Pertanto quello che oggi non viene riconosciuto, potrebbe esserlo domani.



suddetta materia, Cass. 12 marzo 2004, n. 5152.

Secondo la più recente giurisprudenza della Suprema Corte, in ipotesi di



Il “Libro Verde” della Commissione Europea sul personale sanitario, ovvero come l'Europa intende affrontare le sfide per la salute nei prossimi decenni

Inf. Pietro Sammartino - Direzione Nazionale Nursind

Il 19 dicembre 2008 la Commissione Europea ha esitato il “LIBRO VERDE” relativo al personale sanitario. Si tratta di linee guida alle quali dovranno uniformarsi gli Stati dell'Unione Europea per i prossimi decenni.

Esso parte dalla considerazione che occorre adeguare i sistemi sanitari europei ad una popolazione invecchiata, alla necessità di disporre di personale adeguatamente addestrato e ad un contenimento delle spese sanitarie in continuo aumento.

Precedentemente il LIBRO BIANCO “Insieme per la salute” aveva fissato, come obiettivo importante, la promozione di un buono stato di salute lungo tutto l'arco della vita in un'Europa in via di invecchiamento.

L'insufficiente numero di giovani che entrano nel sistema per rimpiazzare coloro che smettono di lavorare, la varietà del personale sanitario, la scarsa forza di attrazione sui giovani di numerosi lavori nel campo dell'assistenza sanitaria e della sanità pubblica, la migrazione degli operatori sanitari all'interno e verso l'esterno dell'Unione Europea, sono le sfide che l'Europa è chiamata ad affrontare.

Dal punto di vista giuridico la CE ha emanato direttive in materia di diritto del lavoro comunitario, come la direttiva sull'orario di lavoro, che fissa limiti massimi per l'orario di lavoro e rende obbligatori periodi minimi di riposo giornaliero e settimanale al fine di tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori, lasciando tuttavia liberi gli stati membri di applicare norme più favorevoli alla protezione dei lavoratori.

Tra i fattori che incidono sulla situazione del personale sanitario nell'UE ed i principali temi da trattare la CE ha inteso sottolineare:

A) La demografia e la sostenibilità del personale sanitario - dagli anni '50 ad oggi l'aspettativa di vita dei cittadini europei è enormemente aumentata: occorre quindi che le persone invecchino rimanendo in buona salute. Di pari passo invecchia anche la forza lavoro, al punto che l'età media degli infermieri è in aumento; in cinque Stati membri quasi la metà degli infermieri ha più di 45 anni. E man mano che questo personale raggiunge l'età della pensione, si rende necessario sostituirlo con un numero sufficiente di giovani lavoratori. E' da evidenziare anche come tre quarti del personale sanitario dell'UE è composto da donne, le quali si iscrivono alle facoltà o alle scuole di medicina ormai per più del 50%. Occorrerà quindi:

- valutare i sistemi di spesa per il perso-

nale sanitario

- garantire migliori condizioni lavorative per il personale sanitario, rafforzando anche la motivazione ed il morale del personale

- lanciare campagne di assunzione e formazione

- incoraggiare la gestione delle malattie croniche e l'assistenza a lungo termine in luoghi vicini al domicilio del paziente

- promuovere campagne di “ritorno all'attività” per stimolare il ritorno di chi ha scelto di non fare più parte del personale

sulla sicurezza e la salute sul lavoro, quali fattori determinanti per la valutazione della sanità pubblica, e sul raggiungimento di un equilibrio tra lavoro e vita personale, mobilità professionale e stress legato al lavoro: il conseguimento di tali obiettivi dipenderà certamente dalla disponibilità del relativo personale sanitario specializzato, come medici ed infermieri del lavoro o ispettori incaricati di vigilare sulla salute e sicurezza sul luogo di lavoro.

C) Formazione - L'offerta formativa dovrà tener conto dell'introduzione di



L'interno della Clinica Iscare di Praga, dove l'amministratore ha offerto dei benefit alle infermiere per arginare la fuga verso la Germania e l'Inghilterra, dove gli stipendi sono di ben altra taglia di quelli della repubblica Ceca, dove ogni anno si allontanano più di 1000 infermiere. In attesa che la “P”olitica europea trovi la soluzione alla carenza di infermieri, l’”E”conomia usa le sue leggi di mercato. La clinica offre alle infermiere che si tratteranno per 3 anni fino a 2.800 euro scegliendo tra interventi di chirurgia plastica, corsi di tedesco o vacanze di 5 settimane.

sanitario

- sensibilizzare gli alunni delle scuole rispetto all'ampio spettro di carriere nel settore sanitario ed assistenziale.

B) Capacità in materia di sanità pubblica - Alla sanità pubblica dovranno essere demandati i compiti di:

- valutazione delle necessità sanitarie
- prevenzione delle malattie
- promozione dell'educazione sanitaria
- garanzia delle forniture di sangue
- sorveglianza epidemiologica
- pianificazione e reazioni alle minacce sanitarie provenienti da focolai di malattie infettive.

Ma occorrerà anche porre l'accento

nuove tecnologie, dell'invecchiamento costante della popolazione e del rischio di diffusione di malattie “importate” dai paesi tropicali a causa dell'aumento della mobilità della popolazione. Occorrerà perciò.

- prevedere corsi di formazione progettati in modo da tener conto delle necessità delle persone disabili

- favorire la formazione professionale permanente degli operatori sanitari

- favorire corsi di formazione per incoraggiare il ritorno al lavoro dei lavoratori anziani

- promuovere la formazione manageriale degli operatori sanitari

- favorire una maggiore flessibilità del

personale sanitario

- impartire una formazione linguistica di sostegno ad un maggiore mobilità

D) Gestire la mobilità del personale sanitario all'interno dell'UE - La libera circolazione dei lavoratori garantisce il diritto dei cittadini dell'UE a lavorare in un altro Stato membro come lavoratori dipendenti o funzionari pubblici-

La direttiva 2005/36/CE prevede inoltre il riconoscimento delle qualifiche professionali in previsione dello stabilimento in un altro stato membro.

La libera circolazione degli studenti e dei lavoratori contribuisce altresì a garantire che il personale sanitario possa recarsi dove c'è maggiore necessità di esso, oltre che naturalmente per approfittare di migliori opportunità di carriera o di formazione e di migliori condizioni salariali o lavorative; per favorire tali processi le autorità degli stati membri dovranno adottare politiche adeguate e coordinate con gli Stati membri. Parimenti non va dimenticato il diritto dei cittadini ad accedere all'assistenza sanitaria negli altri Stati membri.

Occorrerà quindi:

- favorire accordi bilaterali tra Stati membri per gestire eventuali eccedenze di medici ed infermieri;
- investire sulla formazione e sull'assunzione di sufficiente personale sanitario;
- incoraggiare accordi transfrontalieri sulla formazione e sugli scambi di personale;
- promuovere il movimento "circolare" del personale;
- creare un sistema per lo scambio di esperienze tra quadri.

E) Migrazione del personale sanitario su scala globale - A tal proposito l'UE dovrà adottare idonee misure per formare e conservare sul proprio territorio un numero sufficiente di operatori sanitari, altrimenti gli effetti negativi dell'emigrazione sui sistemi sanitari dei paesi in via di sviluppo difficilmente diminuiranno. D'altra parte la stessa UE si è impegnata ad elaborare un codice di condotta per l'assunzione, sulla base di principi etici, di operatori sanitari provenienti da paesi terzi.

Sarà necessario perciò:

- adottare principi etici finalizzati a sorvegliare sull'assunzione di personale sanitario proveniente dai paesi in via di sviluppo;
- sostenere il lavoro dell'OMS volto ad elaborare un codice di condotta globale per l'assunzione sulla base di principi etici;
- favorire accordi bilaterali e multilaterali con i paesi di provenienza dei migranti.

F) Dati a sostegno del processo decisionale - L'UE dovrà dotarsi di un sistema finalizzato ad:

- armonizzare o standardizzare gli

indicatori relativi al personale sanitario;

- creare sistemi volti a sorvegliare i flussi di personale sanitario;
- assicurare la disponibilità e la comparabilità dei dati sul personale sanitario, al fine di determinare con precisione i movimenti di determinate categorie di personale sanitario.

G) Impatto delle nuove tecnologie - Migliorare l'efficienza del personale sanitario.

Le nuove tecnologie consentono al personale sanitario di condividere le informazioni e di collaborare per migliorare in modo globale l'assistenza sanitaria. Grazie alla tecnologia è possibile spostare gran parte dell'assistenza dal livello ospedaliero a quello dell'assistenza comunitaria o primaria, e perfino presso il domicilio del paziente.

La stessa telemedicina garantirà un'assistenza sanitaria migliore nelle regioni decentrate o nelle zone carenti di operatori sanitari: cosa che già accade in alcune regioni.

A tal proposito occorrerà addestrare adeguatamente il personale sanitario, in modo che lo stesso sia in grado di utilizzare le nuove tecnologie.

Sarà necessario quindi:

- mettere il personale sanitario in grado di usare al meglio le nuove tecnologie;
- incoraggiare l'utilizzo di nuove tecnologie dell'informazione;
- assicurare l'interoperabilità delle nuove tecnologie dell'informazione;
- migliorare la distribuzione delle nuove tecnologie all'interno dell'UE.

H) Ruolo degli imprenditori del settore sanitario - L'UE riconosce il ruolo delle piccole e medie imprese in campo sanitario.

A tal fine la stessa intende incoraggia-

re un maggior numero di imprenditori ad entrare nel settore sanitario al fine di migliorare la pianificazione della fornitura di assistenza sanitaria; intende altresì analizzare quali barriere si frappongono all'attività imprenditoriale nel settore sanitario.

Politica di coesione

Lo sviluppo del personale sanitario è anche correlato alle politiche di coesione comunitaria. Perciò sarà possibile ricorrere ai fondi strutturali per sviluppare il personale sanitario. Tra le priorità dei fondi strutturali sono previsti l'obiettivo del prolungamento della vita lavorativa ed una "migliore salute". Un efficace utilizzo dei fondi strutturali può apportare un efficace contributo al miglioramento delle condizioni di lavoro ed incrementare la qualità dei servizi sanitari.

Occorrerà perciò:

- fare un migliore utilizzo del sostegno offerto dai fondi strutturali ai fini della formazione e della riqualificazione del personale;
- migliorare l'uso dei fondi strutturali per lo sviluppo del personale sanitario;
- rafforzare l'uso dei fondi strutturali per infrastrutture volte a migliorare le condizioni lavorative.

Conclusioni

IL LIBRO VERDE si pone indubbiamente degli obiettivi ambiziosi, non facili da raggiungere.

Occorrerà, a mio parere, che la UE ed i singoli Stati lavorino tanto e di concerto per ridurre al massimo le differenze sociali, politiche ed economiche esistenti in atto tra gli Stati membri, se davvero si intendono raggiungere obiettivi omogenei ed equilibrati nella gestione del sistema salute per tutti i cittadini europei.



Sit-in di protesta di colleghe in Grecia

Lavoro notturno e cancro al seno

In Danimarca un'importante sentenza

Ci vengono sempre più spesso segnalati casi di tumore al seno contratto da infermiere turniste. Ne avevamo già parlato in precedenza, ma ora, cominciano ad arrivare le sentenze a favore del risarcimento del danno.

Lo ha deciso il Governo danese, sulla base delle conclusioni dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc), che ha inserito il lavoro notturno fra i fattori di rischio cancro al pari di steroidi, raggi ultravioletti e scarichi dei motori diesel.

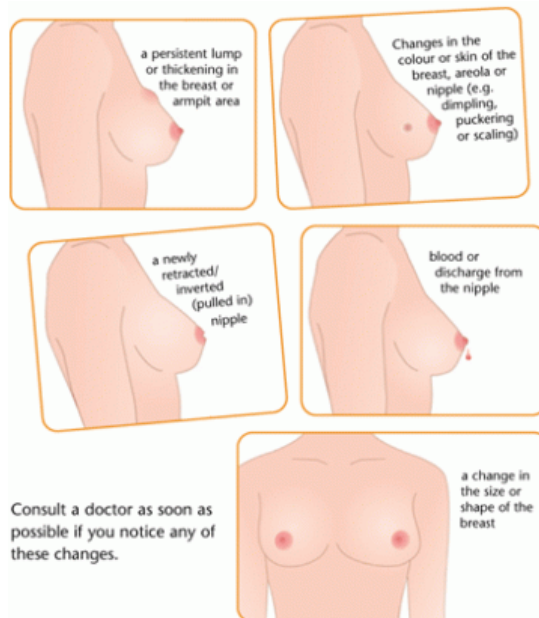
Sono già state risarcite 40 donne, mentre è stata rifiutata la richiesta di pazienti con altri casi di tumore del seno in famiglia. Secondo gli esperti dello Iarc - il 'braccio' dell'Organizzazione mondiale della sanità per la ricerca oncologica - il lavoro notturno aumenta il rischio di sviluppare questo tumore femminile, tanto che alla fine del 2007 è stato inserito nella lista dei 'possibili' agenti cancerogeni.

"Le alterazioni del ritmo sonno-veglia, causati dai turni senza luce naturale - spiega Vincent Coglianò dello Iarc - possono ridurre la quantità di melatonina prodotta dall'organismo. Quest'ormone ha diversi effetti in grado di prevenire alcuni eventi 'chiave' nella strada che conduce al cancro", sottolinea alla Bbc news online, precisando che l'agenzia internazionale è giunta a queste conclusioni sulla base di numerosi studi.

A promuovere l'iniziativa del Governo danese è Andrew Watterson, specialista di medicina del lavoro alla Stirling University (Gb), che propone: "Il Governo britannico dovrebbe seguire l'esempio danese nell'affrontare la questione, un grosso problema di salute pubblica". Ma l'Esecutivo ha fatto già sapere che non intraprenderà, al momento, la strada del risarcimento.

Un team di ricercatori della Tulane University di New Orleans ha dimostrato come nei topi l'esposizione alla luce e l'intensità dell'esposizione stessa diminuisca drammaticamente la produzione di melatonina, ormone prodotto dalla ghiandola pineale durante la notte e coinvolto nei meccanismi che contrastano l'insorgenza del cancro al seno.

Il lavoro notturno può aumentare il rischio di sviluppare il cancro, in particolare il cancro al seno, affermano i ricercatori americani della Tulane University di New Orleans. Secondo lo studio, l'esposizione alla luce durante la notte fa diminuire i livelli dell'ormone che può prevenire e combattere il cancro. Questo



ormone, denominato melatonina, viene prodotto dalla ghiandola pineale durante la notte e l'esposizione alla luce ne contrasta la formazione. Il prof. David Blask coordinatore dello studio, che sin dagli

anni '80 del secolo scorso studia il rapporto tra la melatonina e il cancro al seno, ha sottolineato come questo ormone moduli i ritmi circadiani compreso il ritmo sonno/veglia e abbia influenti proprietà anticancro. Con i suoi studi è stato uno dei primi scienziati a dimostrare che la possibilità di godere durante la notte dei benefici apportati dalla melatonina è importante per combattere le cellule cancerogene. In questo nuovo studio, avvalendosi di una speciale camera detta 'photoperiodic' che permette di controllare l'esposizione alla luce durante le ore notturne, il team di ricercatori ha dimostrato come l'esposizione alla luce e l'intensità dell'esposizione stessa diminuisca drammaticamente la produzione di melatonina e favorisca la crescita delle cellule umane tumorali del cancro al seno nei topi. Ad agosto si terrà a Venezia una conferenza internazionale proprio sui rischi connessi al lavoro su turni.

TUTTO DIPENDE DA COME SI SUDDIVIDONO I TURNI DI NOTTE - La questione, in sostanza, riguarda soprattutto la quantità e la distribuzione dei turni «perché il ritmo circadiano non s'interrompe se si lavora solo un paio di notti di fila - sostiene il prof. Giovanni Costa, fra gli autori del rapporto dello Iarc e docente di Medicina del Lavoro dell'Università Statale di Milano - se le rotazioni sono ben programmate e le persone si avvicinano con la giusta frequenza non ci sono ripercussioni sul naturale andamento sonno-veglia dell'organismo». La tutela per i lavoratori, dunque, sta proprio qui: nel richiedere turni che durino al massimo due o tre notti di seguito e **non cambi dell'orario che variano di settimana in settimana**. E, possibilmente, nel non essere impiegati per molti anni in attività che includano un impegno notturno.

Lavoratori esonerati dal lavoro notturno

! lavoratrici madri di un figlio di età inferiore a tre anni o, alternativamente, i padri conviventi con le stesse.

! lavoratrice/lavoratore che sia l'unico genitore affidatario di un figlio convivente di età inferiore a dodici anni.

Con queste due indicazioni il Legislatore ha voluto riconoscere la prevalenza dell'assistenza ai figli rispetto all'organizzazione del

lavoro.

Ma la normativa vigente prevede anche una terza categoria **che non può essere obbligatoriamente adibita al lavoro notturno**. Si tratta dei **lavoratori che "abbiano a proprio carico un soggetto disabile ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104"**.

Lo ha chiarito, rispondendo ad un interpello, il Ministero del lavoro con la Risoluzione n. 4 del 6 febbraio scorso.

Il Ministero riprende, a tal proposito, le indicazioni della Circo-

lare INPS 23 maggio 2007 n. 90, adottando il principio che "tale assistenza non debba essere necessariamente quotidiana, **purché assuma i caratteri della sistematicità e dell'adequatezza rispetto alle concrete esigenze della persona con disabilità in situazione di gravità**."

Va ricordato che l'INPS non ha mai precisato i concetti di "sistematicità" e "adequatezza", lasciando quindi ampio margine interpretativo alla proprie Sedi periferiche e ai datori di lavoro.



Da una ricerca svolta a Pordenone: misurare la complessità assistenziale

Inf. Gianluca Altavilla - Segr. Prov. Pordenone - RSU C.R.O. Aviano
Inf. Sara Vaccari - Del. RSU Az. Osp. S. M. degli Angeli Pordenone



Pubblichiamo un primo lavoro condotto in corsia sulla rilevazione dei carichi di lavoro. Pur trattandosi di un metodo che si avvicina molto alla realtà e che si ispira a principi olistici, va rilevata una carenza non secondaria: la mancanza di un indice correlato alla cultura di provenienza dell'assistito.

La seconda osservazione che risalta è l'estrema variabilità delle rilevazioni, ragion per cui, per assicurare una presenza omogenea di personale ed in linea con le aspettative, sarebbe necessario rilevare tale complessità quotidianamente anziché per 2 soli periodi. Con tutta probabilità emergerebbe la necessità di una estrema flessibilità del personale infermieristico e la necessità di farla coincidere con le normative contrattuali in vigore.

Restiamo in attesa dei risultati dello studio della Federazione IPASVI, annunciati per i primi di ottobre.

Misurazione della complessità assistenziale presso le Unità Operative degenziali dei Dipartimenti medici, chirurgici e dell'emergenza nell'Azienda per i Servizi Sanitari N°6 di Pordenone

A seguito di una ricerca informale rivolta ad infermieri con esperienza pluriennale è risultata una difficoltà nel sostenere i ritmi di lavoro e nel gestire il carico assistenziale.

Nasce quindi la necessità di stimolare ad una comprensione più ampia della realtà in cui il professionista opera, e di quantificare il carico di lavoro/complessità assistenziale cui è mediamente sottoposto, andando a considerare anche la variabile numerica del personale.

Scopo del lavoro è quello di misurare e quantificare la complessità assistenziale degli utenti assistiti presso le Unità Operative degenziali dei Dipartimenti medici, chirurgici e dell'emergenza ed eseguire una "fotografia" del contesto lavorativo, logistico ed organizzativo delle singole Unità Operative in una giornata tipo, indicizzando la complessità assistenziale e rapportandola al numero di infermieri ed operatori di supporto dedicati a farne fronte.

L'indagine in oggetto è stata condotta presso l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6, nelle Unità Operative di Medicina e Chirurgia del Presidio Ospedaliero di Spilimbergo (PN) e Medicina, Chirurgia, Otorinolaringoiatria/Ortopedia, Terapia Intensiva del Presidio Ospedaliero di S. Vito al Tagliamento (PN).

Lo studio prende come modello di riferimento le **"Prestazioni Infermieristiche"** di Cantarelli ed utilizza l'elaborazione sviluppata da Cavaliere per la misurazione dei livelli di gravità/complessità assistenziale.

Cantarelli considera l'assistenza infermieristica come un concetto dinamico ed osservabile attraverso le azioni infermieristiche, e definendo l'insieme di queste ultime come prestazioni, è possibile concludere che il concetto di prestazione infermieristica è elemento determinante nella definizione dei concetti della disciplina infermieristica.

Il bisogno specifico di assistenza infermieristica è la necessità, l'esigenza da parte dell'uomo di ricevere assistenza infermieristica qualora si verificano particolari condizioni fisiche o psichiche che lo richiedano. **Può essere soddisfatto unicamente dal professionista infermiere**, in quanto egli possiede le conoscenze, la competenza tecnica e l'indirizzo deontologico che possono portare alla risoluzione del bisogno.

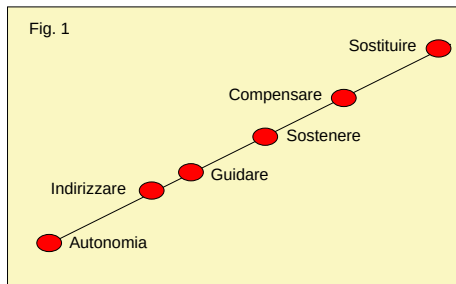
Il bisogno specifico di assistenza infermieristica può essere manifesto o non conosciuto (nelle persone che ancora non sanno di essere malate o che necessitano di interventi di prevenzione). Quantitativamente i bisogni non conosciuti sono superiori a quelli manifesti.

L'espressione del bisogno di assistenza non sempre si traduce nella domanda di una

specificata prestazione, rimanendo per lo più ad un livello generico; **è a questo livello che si gioca la vera professionalità e responsabilità dell'infermiere**: individuando la domanda, il trattamento tecnico-specialistico, il tipo, la qualità e la quantità delle prestazioni.

I bisogni di assistenza infermieristica per Cantarelli sono:

1. respirare
2. alimentarsi ed idratarsi
3. eliminazione urinaria ed intestinale
4. igiene
5. movimento
6. riposo e sonno
7. mantenimento della funzione cardiocircolatoria
8. ambiente sicuro



9. interazione nella comunicazione
10. procedure terapeutiche
11. procedure diagnostiche

Sono state individuate le azioni appartenenti a ciascuna prestazione infermieristica con il criterio di differenziare le azioni stesse all'interno di ogni singola prestazione in base al livello di dipendenza delle persone a cui la prestazione è rivolta.

Il continuum individua la condizione della persona assistita rispetto al soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica. Ai suoi poli opposti vi sono le condizioni estreme di autonomia e dipendenza e tra questi delle situazioni intermedie in termini di

PRESTAZIONE	INDIRIZZARE Livello I	GUIDARE Livello II	SOSTENERE Livello III	COMPENSARE Livello IV	SOSTITUIRE Livello V	Pazienti N°
Assicurare la respirazione	23			4	4	31
Assicurare alimentazione ed idratazione	14		2	8	7	31
Assicurare l'eliminazione urinaria ed intestinale	7		4		20	31
Assicurare l'igiene	5			6	20	31
Assicurare il movimento	4	1		6	20	31
Assicurare il riposo ed il sonno	19		12	xxx	xxx	31
Assicurare la funzione cardiocircolatoria	18	2	3	3	5	31
Assicurare un ambiente sicuro	xxx	6	xxx	xxx	25	31
Assicurare l'interazione nella comunicazione	19		6	2	4	31
Applicare le procedure terapeutiche	xxx	6		xxx	25	31
Eseguire le procedure diagnostiche	xxx	9	xxx	xxx	22	31
TOTALI DI RIGA	109	24	27	29	152	
TOTALE DI RIGA X NUMERO DEL LIVELLO	109	48	81	116	760	1114
I.C.A. = SOMMATORIA LIVELLI/ NUMERO PAZIENTI = 1114/31= 36						

necessità di assistenza infermieristica.

Ogni posizione del continuum è uno "spazio" caratterizzato da una specifica complessità intrinseca e rappresenta la modulazione dell'intervento infermieristico in relazione alla situazione della persona.

Autonomia è la situazione in cui la persona ha le capacità e la possibilità di soddisfare i propri bisogni e non necessita dell'intervento infermieristico. L'infermiere interviene all'evidenziarsi di condizioni che indicano riduzione dell'autonomia e con azioni aventi la finalità di:

1. **indirizzare:** orientare in funzione di un esplicito e conveniente criterio di scelta. L'azione di indirizzo si fonda sul presupposto che la persona, acquisite determinate conoscenze, sia in grado di soddisfare i propri bisogni.

2. **guidare:** sorreggere la scelta con un intervento teorico/pratico. L'azione di guida si fonda sul presupposto che la persona, compiute le scelte ed acquisite specifiche abilità, sia in grado di agire efficacemente per soddisfare i propri bisogni.

3. **sostenere:** contribuire al mantenimento di una condizione di relativa stabilità e sicurezza. L'azione di sostegno si fonda sul presupposto che la persona, messa nelle condizioni di poterlo fare, mantenga o metta in atto le conoscenze e le abilità acquisite per

dati, nella quale si è potuto "incasellare", per ogni bisogno assistenziale individuato da Cantarelli, il livello di complessità assistenziale in cui rientra ogni paziente ricoverato. I livelli di complessità corrispondono alla tipologia assistenziale richiesta dal paziente per ciascun bisogno: livello 1- indirizzare, livello 2- guidare, livello 3- sostenere, livello 4- compensare, livello 5- sostituire. Le caselle barra-

di personale infermieristico e di supporto consigliato per livello di complessità.

RISULTATI

Gli I.C.A. complessivi delle U.O. del Presidio di Spilimbergo equivalgono a 36 in entrambe le rilevazioni per la Medicina, ed a 31 e 29, rispettivamente alle due giornate di rilevazione, per la chirurgia.

(Fig. 3, Livelli di complessità assistenziale e personale dedicato consigliato)

LIVELLI DI GRAVITA'	CLASSI PER I.C.A.	Rapp. Paz./Inf	Rapp. Paz./OSS
1 Molto lieve	14-21	20	10
2 lieve	22-29	15	15
3 moderata	30-37	10	20
4 elevata	38-45	2,5	-
5 Molto elevata	46-53	1,5	-

te indicano la non procedibilità all'intervento per mancanza dei necessari presupposti clinico - infermieristici. Infatti ad esempio "Assicurare il riposo e il sonno" la Compensazione e la sostituzione non sono applicabili in quanto il professionista non può assicurare né una e né l'altra.

La raccolta dati è stata effettuata tramite intervista ad infermieri con i quali si è analizzata la cartella clinica di ciascun paziente. Si sono eseguite due rilevazioni per ogni unità operativa in due giornate diverse tra loro e

Nel presidio di S. Vito al Tagliamento i valori ottenuti nelle due giornate sono stati rispettivamente: 37 e 31 per la Medicina; 31 e 30 per la Chirurgia; 47 e 48 per la Rianimazione; 30 e 32 nell'U.O. otorinolaringoiatria/ortopedia.

Per favorire l'utilizzo dei dati si è calcolato il valore medio degli I.C.A. ottenuti per Unità Operativa.

Le medie così ottenute sono state comparate con i range per la definizione dei livelli di complessità. Tutte le Unità Operative presentano un livello medio di complessità assistenziale, tranne l'U.O. rianimazione che opera in una condizione di elevata complessità assistenziale.

I risultati prodotti dalla comparazione dei dati rilevati sul numero di personale infermieristico e di supporto operante in turno con quelli consigliati dalla letteratura, evidenziano in totale la presenza di un numero di infermieri pari al valore consigliato in 4 turni su 12 analizzati, inferiore in 5 turni su 12 e superiore in 3 turni su 12.

L'analisi al dettaglio nella figura 4.

Limiti

Il limite del presente studio è da considerarsi legato all'accuratezza con cui i professionisti hanno stilato la documentazione clinica, la cui analisi è stata alla base del lavoro stesso.

Bibliografia

Cavaliere B., Snaidero D., *Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale*, Management Infermieristico, n. 1/1999, pp. 32-36.

Cavaliere B., Susmel M., *La qualità nell'assistenza infermieristica: uno strumento di rilevazione e di elaborazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (I.C.A.)*, Nursing Oggi, n. 2/2001, pp. 20-36.

Cavaliere B., *Il sistema informativo dell'infermiere dirigente*, L'infermiere dirigente, n. 2/1995, pp. 43-47.

Cavaliere B., *Il patrimonio informativo come elemento determinante del processo decisionale: le base dati*, L'infermiere dirigente, n. 1/1997, pp. 54-56.

Cantarelli M., *Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche*, Masson, Milano, 1998.

Chiari P., Taddia P., *La dotazione organica di personale infermieristico*, Rosini, Firenze, 1995.

Figura 4

Figura 4

U.O.	PZ. RIC.		INF. IN TURNO				OSS IN TURNO			
	1° RILEV	2° RILEV	1° RILEV	CONSIGLIATI	2° RILAEV	CONSIGLIATI	1° RILEV	CONSIGLIATI	2° RILAEV	CONSIGLIATI
	SPILINBERGO									
MEDICINA	31	26	2	3	3	3	5	1,5	3	1
CHIRURGIA	40	35	4	4	4	3,5	4	2	4	1,5
SAN VITO										
MEDICINA	48	46	3	5	3	5	3	2,5	3	2,5
CHIRURGIA	27	26	4	3	3	3	1	1,5	2	1,5
OTO/ORTOP	23	32	3	2,5	2	3	2	1	3	1,5
RIANIMAZ	4	6	2	2	2	4	1	-	1	-
= in carenza		= in eccesso			= nella norma					

soddisfare il bisogno.

4. **compensare:** intervenire per ristabilire un equilibrio precedente tramite una parziale sostituzione. L'azione di compensazione si fonda sul presupposto che la persona necessiti costantemente di interventi infermieristici di parziale sostituzione nello svolgere le attività collegate al soddisfacimento del bisogno.

5. **sostituire:** espletare completamente una o più funzioni di una persona in sua vece. L'azione di sostituzione si fonda sul presupposto che la persona necessiti costantemente di interventi infermieristici di totale sostituzione, che può avvenire anche mediante l'impiego di ausili, presidi, attrezzature da parte dell'infermiere. (fig1, livelli assistenziali)

STRUMENTI E METODI

Da revisione della letteratura è stata ricavata una griglia utilizzata per la raccolta dei

sempre durante il turno del mattino. Per ogni rilevazione è stato calcolato l'indice di complessità assistenziale (I.C.A.) complessivo dell'unità operativa. L'indice di complessità assistenziale si calcola sommando i risultati di ciascun livello e moltiplicando il risultato per il numero di livello stesso. I risultati ottenuti per ciascun livello vengono poi sommati tra loro e divisi per il numero totale di pazienti.

Inoltre sono stati rilevati i seguenti dati:

- numero di posti letto occupati;
- numero di infermieri in turno;
- numero di operatori socio assistenziali in turno.

Per la determinazione dei range di complessità assistenziale (fig.3) sono stati analizzati tutti gli studi che hanno rilevato la complessità assistenziale in Unità Operative degenziali con le medesime caratteristiche del nostro lavoro di ricerca. In egual modo abbiamo tenuto in considerazione il numero



Aspetti etici e sociali

dell'Eutanasia

Dr. Antonino Mangione Segretario provinciale Nursind Caltanissetta

VALORE E SIGNIFICATO DELLA VITA

La malattia può divenire, attraverso la durezza della prova, un luogo di riconquista del proprio essere persona, ove vengono riscoperti i valori fondamentali e nasce una reale valutazione della propria storia. Si scopre ciò che è essenziale, che veramente dà la forza di vivere e per cui conviene lottare, nonostante tutte le difficoltà e le opposizioni. Nella malattia l'uomo spesso impara a sperare al di là di ogni ostacolo, perfino al di là della ragionevolezza. Nella volontà di speranza egli può recuperare le insondabili ricchezze presenti nella propria personalità. Aiutare l'ammalato a guarire significa così dargli la possibilità di ritrovare se stesso, strapparla dalla tentazione di abdicazione, di rassegnazione fatalistica, di attesa passiva, restituendogli un futuro, provocare in lui il gusto di vivere ancora, aiutarlo a ritrovare stima e fiducia in se stesso. Ma si può dominare il dolore? In realtà come diceva Socrate si può addormentare, è ciò che si chiama analgesia e l'uso che se ne fa, ne fa pagare un prezzo: l'allontanamento dell'esperienza del dolore.

Oggi la medicina con l'ospedalizzazione allontana chi soffre e le cure che tendono a curare la malattia isolandola dal contesto della vita fanno sì che l'esperienza del dolore sia messa fra parentesi. Ci si "prende cura" della malattia, ma si dimentica di "aver cura" del malato. Dietro la fuga dal dolore c'è una paura che è il rovescio della compassione perché ciò che la nostra compassione è ciò che temiamo per noi quando accade agli altri. Nel volto sofferente del malato, l'altro ci chiama alla responsabilità, da qui parte la medicina e la sua radice antropologica, la relazione tra un uomo che soffre e un altro che lo soccorre. La professione dell'infermiere si pone con un forte accento etico perché vede la prestazione professionale in senso olistico con attenzione quindi, non solo alla parte fisica.

DEFINIZIONE E STORIA DELL'EUTANASIA

Il termine "eutanasia" ha assunto nell'esperienza storica svariati signifi-

cati, designando situazioni e comportamenti molto diversi tra loro. Il significato letterale ed etimologico della parola dalla radice greca "eu-thanatos" significa letteralmente "buona morte". Oggi per eutanasia si intende un'azione o un'omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. Non ci si riferisce più al significato originario del termine, ma piuttosto all'intervento della medicina diretto ad attenuare i dolori della malattia e dell'agonia, talvolta anche con il rischio di sopprimere prematuramente la vita. Inoltre, il termine viene usato, in senso più stretto, con il significato di procurare la morte per pietà, allo scopo di eliminare radicalmente le ultime sofferenze o di evitare a bambini anormali, ai malati mentali o agli incurabili il prolungarsi di una vita infelice, forse per molti anni, e che potrebbe imporre degli oneri troppo pesanti alle famiglie e alla società. Da sempre i medici hanno dovuto far fronte al problema eutanasia, da sempre hanno incontrato pazienti che chiedevano loro di essere aiutati ad anticipare la loro morte. E' per questo che nel cosiddetto "giuramento d'Ippocrate" per i Medici, si trova scritto: "non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio", mentre per l'Infermiere l'Art. 38 del Codice Deontologico recita: "l'Infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito".

I legami tra la vita e la morte si sono talmente allentati, almeno nella nostra società occidentale, che la morte, a poco a poco, ha perso tutto il suo significato. Oggi, in un mondo dominato dalla tecnica, e cioè da un progressivo sviluppo di sempre nuove acquisizioni e conoscenze, la morte rimane un inspiegabile incidente di viaggio, un arresto totale e dunque sostanzialmente un regresso. Si spiega così come l'accettazione della morte si faccia sempre più difficile a mano a mano che si sviluppa il progresso tecnico. La morte appare dunque come un assurdo che occorre in qualche modo controllare e razionalizzare. L'eutanasia è appunto, in qualche modo, questo controllo e questa razionalità. Attraverso di essa, facendo-

si cioè arbitro della vita, l'uomo si illude di dominarla. La morte non giunge più quando "essa" vuole, ma quando l'uomo la vuole.

Il consenso informato è oramai entrato a far parte del vocabolario medico: con esso è stato riconosciuto il diritto del paziente di dire la sua opinione sulle cure che dovrà ricevere. Ora la battaglia delle associazioni si è sostanzialmente spostata, oltre che sulla richiesta della legalizzazione, sulla liceità e sul valore legale della sottoscrizione, da parete di chiunque, di "direttive anticipate", qualora, in futuro, si venisse a trovare nell'impossibilità di opinare sulle cure ricevute.

A tal fine sono stati quindi elaborati dei veri e propri "testamenti biologici". In particolare, il modulo elaborato dalla Fondazione Veronesi ha ricevuto il 28 aprile 2006 l'approvazione del Consiglio Nazionale Forense. Obiettivo ultimo è riuscire a far sancire il diritto di ogni individuo di disporre liberamente della propria esistenza.

L'attuale Ministro della Giustizia Angelino Alfano, ha assicurato che presto arriverà una legge a tal proposito e che il vuoto legislativo su un tema tanto scottante sarà colmato. Proprio in questi giorni in Commissione Sanità è stato presentato un Disegno di Legge dall'On. Calabrò (PDL), che ha aperto un aspro dibattito, successivamente andrà in Aula per essere votato, dai partiti di destra e di sinistra. Dovranno decidere su un tema che di politica non ha nulla, che toccherà invece le coscienze e l'intelligenza dei vari parlamentari. Tema che a mio parere meriterebbe, dopo approfondita informazione un REFERENDUM POPOLARE – dove a decidere non siano poche decine di "uomini e donne", ma la volontà popolare di milioni di persone, laiche e non.

Nel nostro Codice Penale l'eutanasia pietosa è punita con la pena della reclusione non inferiore agli anni 21, in quanto essa è considerata come omicidio comune (art. 575 c.p.) e non ricorre alcuna causa di esclusione della punibilità. Nel caso si riesca a dimostrare il consenso del malato, le pene sono previste dall'art. 579 (omicidio del consenziente) e vanno comunque dai sei ai quindici anni. Anche il suicidio assistito è considerato un reato, ai sensi dell'art.

580. Nel caso dell'eutanasia passiva, pur essendo anch'essa proibita, la difficoltà nel dimostrare la colpevolezza la rende più sfuggente a eventuali denunce.

La Costituzione italiana riconosce che “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona” (art. 32, comma 2). Si aggiunga la difficoltà, a livello psicologico-giuridico, per interpretare il vero senso della richiesta di eutanasia di un malato. Il malato oscilla tra momenti di depressione totale e riprese di speranza. Quale dei due momenti costituisce la sua vera volontà? Inoltre, tra aiuto al suicidio ed eutanasia su richiesta esiste una innegabile e fondamentale differenza: <mentre nell'ipotesi dell'aiuto la decisione “finale” spetta pur sempre all'interessato, nell'ipotesi dell'eutanasia essa è riposta nelle mani di un terzo>.

Pertanto, in ultima analisi, un siffatto diritto, per quanto “condizionato” e non “assoluto”, non ha fondamento giuridico. Lo dimostra la Convenzione Europea - Oviedo 04 aprile 1997 - per la salvaguardia dei diritti dell'uomo, dove all'art. 2 si stabilisce che “il diritto alla vita è tutelato dalla legge”, ratificata dal Parlamento italiano, il 14 marzo 2001 con la Legge n. 145.

CLASSIFICAZIONE DI EUTANASIA

Una prima distinzione, assai comune nella Bioetica, è quella tra eutanasia attiva ed eutanasia passiva. La prima è un intervento diretto e intenzionalmente programmato per mettere fine con mezzi non dolorosi alla vita di una persona affetta da una malattia a prognosi certamente infausta e generalmente in fase terminale, che si accompagna a gravi sofferenze. Vale a dire una “azione o omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore”. Con la seconda si causa la morte indirettamente, attraverso l'omissione di soccorso dovuto, astenendosi dal somministrare al malato i mezzi clinici necessari per mantenerlo in vita. Altra distinzione è tra eutanasia diretta ed eutanasia indiretta, con riferimento all'intenzione del soggetto agente: se si agisce (o ci si astiene dall'agire quando è necessario per mantenere in vita) solo con l'intenzione di provocare la morte del paziente, come mezzo per non farlo soffrire, l'eutanasia è diretta,

altrimenti è indiretta. Nella pratica clinica si distinguono altri tipi di eutanasia che di fatto consistono nella soppressione della vita:

Ø **eutanasia eugenica** (eliminazione dei soggetti deformi o ritardati);

Ø **eutanasia economica** (eliminazione dei malati incurabili, degli invalidi e dei vecchi, per alleggerire la società dal peso di persone economicamente inutili);

Ø **eutanasia criminale** (uccisione indolore di persone socialmente pericolose);

Ø **eutanasia sperimentale** (uccisione indolore di persone per il progresso della scienza, a scopo sperimentale);

Ø **eutanasia profilattica** (consiste nell'eliminazione indolore dei soggetti affetti da malattie epidemiche);



opera d'arte di Fabrizio Pozzoli (MI)

Ø **eutanasia solidaristica** (uccisione di esseri umani per salvare vite altrui, come nel caso del prelievo di organi a scopo di trapianto);

Ø **eutanasia psicologica** (consiste nell'emarginazione, nell'abbandono di chi è in fase terminale, lasciandolo nel suo dolore, nella sua angoscia, nella sua solitudine. In questo modo gli si fa perdere ogni coraggio e senso di vita);

Ø **eutanasia telematica** (consiste in un criterio elettronico per selezionare i pazienti terminali da curare e quelli da dimettere. Un'idea che nasce, secondo i ricercatori inglesi, dalla necessità di concentrare le risorse finanziarie sugli interventi che sembrano fornire migliori

garanzie di successo, ma che non si può esitare a definire “inaccettabile”. Non si può lasciare che una macchina valuti le condizioni di un paziente e le terapie adatte, né si può sottoporre la vita umana alla logica del mercato o del progresso tecnologico).

L'uomo ritiene d'aver diritto di disporre della propria vita e della propria morte. Diverse associazioni lottano per il riconoscimento giuridico di tale diritto, visto quasi come un vero e proprio diritto fondamentale dell'uomo (si veda la proliferazione delle “Carte di autodeterminazione” che verrebbero ad assumere la funzione di base legale per la legittimazione del successivo intervento eutanasi). Anzi sembra di notare che si parla assai meno di diritto all'eutanasia e molto più di diritto di decidere il momento della propria morte. L'uomo, appellandosi alla sua libertà e autonomia, ritiene di potere e di dovere disporre di se stesso totalmente e incondizionatamente. Così che ogni norma morale e giuridica viene percepita come forza repressiva da cui bisogna liberarsi, in quanto impedisce al soggetto di porsi quale unico ed esclusivo metro di decisione. Ma il diritto all'autodeterminazione del paziente è piuttosto diritto a conoscere il suo stato e ad esprimere il suo consenso informato ad azioni diagnostiche e curative intraprese nei suoi confronti.

E' assurdo trasformare il diritto all'autodeterminazione nel diritto di disporre della propria vita e della propria morte. Oltretutto, l'eutanasia acquisterebbe così la valenza di un suicidio razionale, tale quindi da fuoriuscire dalla sfera repressiva del diritto, per attingere piuttosto a quella sfera di radicale autonomia del soggetto che il diritto dovrebbe piuttosto tutelare e promuovere, anziché reprimere. L'analogia e l'assimilazione tra eutanasia e suicidio costituiscono il punto forza delle nuove rivendicazioni eutanasiche. Inoltre, tra aiuto al suicidio ed eutanasia su richiesta esiste una innegabile e fondamentale differenza: mentre nell'ipotesi dell'aiuto la decisione “finale” spetta pur sempre all'interessato, nell'ipotesi dell'eutanasia essa è riposta nelle mani di un terzo.

(La seconda parte dell'articolo sarà pubblicata sulla rivista di settembre)



Il **R.I.O. NORD EST** (rete infermieri oncologia nord est) nasce dalla necessità di condividere informazione e nozioni per un miglioramento dell'assistenza in campo oncologico e non solo. L'idea era che la costituzione di una rete oncologica che operasse su un territorio di piccole dimensioni ed omogeneo per risorse e strumenti, permettesse di avere una maggiore facilità nella diffusione di protocolli e procedure comuni e condivise o comunque facilmente adattabili alle singole esigenze.

I nostri obiettivi:

- * Creare un canale informativo effi-

cace ed efficiente;

- * Essere in grado di assicurare la partecipazione a momenti comunitari di formazione;

- * Produrre un interscambio delle ricerche e dei protocolli comuni;

- * Conoscere le realtà professionali presenti sul territorio;

- * Confrontarci e collaborare con le altre associazioni infermieristiche e non.

Siamo un'associazione di recente nascita ma già all'attivo abbiamo quattro convegni, alcune collaborazioni, ad esempio con l'AISACE per un corso sulla gestione dei cateteri venosi centrali; con

le università collaborando per tesi di laurea e abbiamo collaborato per la parte infermieristica del convegno AIOM 2008. Abbiamo anche creato un sito www.rionordest.it che attualmente è stato rinnovato e nel quale stiamo trasferendo i vari lavori presenti nella vecchia edizione. L'associazione è aperta a tutte quelle persone che hanno la volontà di migliorare lo stato della nostra professione. Persone con voglia di portare idee da condividere e dalle quali creare lavori, convegni, corsi, protocolli o quant'altro ci spinga verso un'assistenza sempre più responsabile ed autonoma. Siccome sappiamo che è difficile spostarsi per chi lavora e generalmente ha una famiglia, per facilitare la partecipazione del maggior numero di persone alle riunioni, queste hanno la caratteristica di essere itineranti, in base alla disponibilità delle singole unità operative di ospitarci.

Il Presidente
Sergio De Nardi

Per contattarci:

Divisione di Oncologia Medica 2° Piano Ospedale Busonera Via Gattamelata, 64 35100 Padova
tel. 049.8215922 fax. 049.8215923 info@rionordest.it

Oppure Sergio De Nardi D.H. Oncologico Vittorio Veneto Tel 0438665410 s.denardi@rionordest.it



L'idea dell'AILF nasce già durante il Master presso l'Università degli Studi di Siena; in quel periodo, maggio/giugno 2008, a Milano si riunivano i Direttori dei vari Master presentati dalle Università italiane per decidere quali strade intraprendere e creare una base per una Associazione che comprendesse docenti, masterizzati e studenti.

In attesa di registrazione ONLUS. Il fine dell'AILF è rappresentare i colleghi nelle sedi istituzionali, in modo che questa figura venga riconosciuta e valorizzata nella legislazione e nei contratti collettivi; in particolare veder riconosciuta nei Tribunali la figura dell'infermiere forense che a tutt'oggi non è inseribile, al pari degli altri professionisti, negli albi dei CTU (consulenti tecnici di ufficio), quelli incaricati direttamente dal Giudice per eseguire le perizie. Ciò giustificato dal semplice fatto che il professionista deve essere iscritto ad un Ordine, e l'Ipasvi non

lo è; eppure i geometri, che hanno un loro albo CTU, non hanno nessun ordine.

I campi elettivi dell'infermiere legale e forense sono:

- ambito peritale, dove sia necessario valutare l'operato professionale di un infermiere;

- ambito legale, sale settorie in collaborazione col Medico Legale (adesso vengono incaricati i Tecnici di laboratorio);

- gestione del rischio clinico, per le competenze specifiche;

- assistenza e gestione delle vittime di stupri o violenze sessuali;

- assistenza e gestione dei minori vittime di abusi;

- assistenza e gestione delle dipendenze da alcool, droghe e farmaci;

- assistenza legale e sindacale ai colleghi, in collaborazione

con Avvocati, Associazioni, Sindacati;

- educazione ed informazione sanitaria, con particolare riferimento al mondo della scuola e alla prevenzione delle droghe d'abuso

L'AILF ha come ulteriore obiettivo l'organizzazione e la diffusione di corsi di aggiornamento, seminari e workshop inerenti la professione e la collaborazione con società scientifiche e associazioni nazionali ed internazionali.

Dott. Inf. **Eugenio Cortigiano**
Presidente AILF

Presidente: Eugenio Cortigiano

Vicepresidente: Monica Savojni

Tesoriere: Maria Grazia Camerlengo

Direttore delle pubblicazioni e del sito internet: Mauro Aimi

Ricercatrice: Irene Galli

www.aifl.eu



Crocerossine

Salve a tutti. Ho letto la lettera della collega Barbara Panfili (Infermieristicamente n° 4 2008) e condivido in pieno il suo giudizio. A tal proposito vorrei informarla di questo.

Tempo fa ho inviato questa nota alla Direzione Nazionale della CRI.

"Pregiatissima Sorella Claudia Gatti Vice Ispettrice Nazionale Infermiere Volontarie C.R.I.

Chi Le scrive è l'Infermiere Giuseppe Crifò, mi rivolgo a Lei, al fine di poter confermare allo scrivente alcuni dubbi riguardo lo status giuridico professionale delle appartenenti all'autorevole Ruolo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana,

Detta richiesta nasce dall'esigenza di soddisfare talune perplessità manifestate da alcuni appartenenti al Servizio Sanitario dell'Amministrazione d'appartenenza dello scrivente, riguardo l'impiego regolare delle infermiere volontarie appartenenti a codesto Corpo, in occasione dell'addestramento periodico del nostro personale.



La squadra di calcetto di Nursind Milano

A tal proposito in considerazione che, come appreso dalla conversazione via e-mail avviata tra Lei ed il collega Giuseppe Di Salvo, il Diploma di Infermiera Volontaria si consegue a conclusione di un corso di studi biennale, con didattica fissata di concerto con il Ministero della Salute.

Si prega la S.V. voler indicare allo scrivente, se codesta abilitazione può considerarsi equiparabile alla qualifica già in uso presso il S.S.N di: "Infermiere Generico", cogliendone di conseguenza le mansioni e le funzioni.

Si prega altresì, nel caso codesta denominazione (Infermiere Generico), non dovesse corrispondere al reale status di Infermiera Volontaria della CRI, di voler indicare allo

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

scrivente, quale altra professionalità è da considerarsi paragonabile al suddetto Ruolo, così da scongiurare nel futuro eventuali errori, diminutivi, apprezzamenti."

LA RISPOSTA È STATA:

Noi Infermiere Volontarie CRI possiamo essere impiegate nelle attività infermieristiche previste dall'Art. 33 del Nostro Regolamento che ha forza di legge e a quelle ci atteniamo rispettando il predetto articolo scrupolosamente unitamente allo Statuto di Croce Rossa.

La Vice Ispettrice Nazionale II.VV.

Sorella Claudia GATTI

Tel. 06.47.59.313 Fax 06.47.59.359

e-mail: web.crocerossine@cri.it

AD ALTRE RICHIESTE SUL LORO STATO GIURIDICO INVECE RISPONDEVA:

----- Original Message -----

From: giuseppe crifò

To: web.crocerossine@cri.it

Sent: Wednesday, December 10, 2008 7:43 PM

Il diploma di Infermiera Volontaria si consegue a conclusione di un corso di studi della durata di 2 anni i cui programmi sono fissati dal Ministero della Salute che ne controlla lo svolgimento degli esami ed è quindi valido a tutti gli effetti di legge.

Cordiali Saluti.

La Vice Ispettrice Nazionale II.VV.

Sorella Claudia GATTI

E' facile prevedere che possono avere varie denominazioni ma non quella di infermiere. Su facebook il collega infermiere Di Salvo porta avanti una battaglia contro questa ingiustizia. Il forum e': sparium sulla croce rossa... Anzi ..sulle crocerossine.

Giuseppe Crifò

Limite per l'insegnamento nei corsi ECM

cari colleghi, vi pongo una questione che da alcuni giorni mi crea disagio. Sono un infermiere con laurea specialistica che lavora all'Ufficio formazione da 7 anni, nel mio curriculum oltre alla laurea, oltre 150 corsi di aggiornamento (fatti a mie spese), certificati istruttore IRC BLS-D e PTC, e AHA BLS-D, ECDL, Inglese sempre a mie spese, esperto di sistemi di qualità certificato CERMET e CEPAS (con oneri a carico dell'Azienda), ma l'impegno tutto mio per superare i due tostissimi esami e il tempo sottratto alla mia famiglia il corso è durato un anno e aveva una frequenza mensile (ven-sab-dom), appassionata della professione, inclusa la normativa e l'etica che la contraddistingue, con esperienza lavorativa oltre 25ennale, in chirurgia, medicina, pronto soccorso, ostetricia, pediatria, anestesia e rianimazione, sala operatoria e 118 che ho coordinato in fase di attivazione dal 2003 al 2004.

Qual'è il problema? Il dirigente per il quale lavoro con incarico di coordinamento

della formazione per gli infermieri, ritiene che un dipendente non possa avere più di dieci ore di lezione e che i sindacati, dice lui, si sono lamentati perchè nei corsi insegnano sempre gli stessi. Inutile fargli notare che dal 2002 ho coinvolto sempre i colleghi, alcuni supportandoli nella preparazione della relazione e delle slide. Inutile fargli notare che gli ambiti in cui relaziono e i report finali dei corsi sono sopra gli standard aziendali, sia per indice di partecipazione che per indice di gradimento, inutile fargli notare che anche nella classe medica alcuni relazionano più di altri e oltre 300 volte più di me!

Sono chiamata spesso da colleghi che organizzano corsi in azienda, e se organizzano un corso, cosa che faccio quasi istituzionalmente, altrimenti che ci sto a fare in quell'ufficio se non identificare i bisogni formativi dei colleghi e proporre corsi adeguati, ma non accetto mai relazioni per le quali non abbia una preparazione adeguata teorica e calata nell'esperienza professionale.

Adesso il dirigente su spinta dei sindacati ha detto che bisogna fare un corso per tutti gli infermieri (oltre 1500) per insegnargli a fare le relazioni. Forse io sbaglio ma avevo capito che formazione continua fosse approfondire la teoria, migliorare le performance, adeguare le conoscenze alle innovazioni, non imparare a preparare una relazione a spese dell'azienda.

Aspetto con ansia un vs parere sulla questione, perchè potrei non essere obiettiva e avere torto

ciao a tutti **fafiore**

Le tue motivazioni sono più che condivisibili.

A questo punto non restano che 2 ipotesi da verificare:

1. *Il tuo dirigente ha da accomodare qualcuno in particolare, che si sarà preparato per tenere questo corso sulla formazione, e che gli garantirà un bel po' di ore di lezione, visto che dovrà ripeterlo fino a copertura dei 1500 operatori;*

2. *I sindacati aziendali hanno raccolto questa necessità dagli operatori e l'hanno "suggerita" all'azienda. Se così non fosse, non ti resta che dimostrare il contrario, sottoponendo un questionario di esigenze formative ad un campione di operatori in azienda. Se il campione dovesse smentire le tesi dei sindacati e dar ragione a te, allora non resta che estendere il questionario a tutti i 1500 operatori per avere la conferma assoluta.*

Tanti auguri e non demoralizzarti.

Donato

Devo essere sincera ci vuole molto di più per demoralizzarmi, ma il sindacato italiano e la dirigenza non aiuta, si cerca sempre di appiattire, invece di stimolare la competizione, sono d'accordo con la tua prima ipotesi, in quanto la seconda potrebbe essere generata solo da pochi colleghi, alcuni desiderosi solo di apparire senza neanche troppo impegno, perchè se avessero voluto davvero impegnarsi, da prima che arrivasse questo dirigente, (psicologo) la politica dell' ufficio è sempre

stata di invitare e stimolare i colleghi a interessarsi di formazione.

Nel 2004 furono invitati ad una riunione tutti i caposala o coordinatori affinché esprimessero pareri e suggerimenti sulle tematiche formative, fossero coinvolti nella responsabilità di progetti e ovviamente nelle relative docenze. Rispose solo il collega della sala operatoria, il quale per 5 anni ha presentato e realizzato un pfa aziendale rivolto alle unità chirurgiche. Invece alcuni in più stretta relazione con il collegio mi chiamano per avere da me "materiale per le relazioni" in ppt, da presentare ai convegni Ipasvi o altro.

Spero di riuscire a far girare il questionario che per altro avevo già intenzione di utilizzare proprio per dare una maggiore evidenza e obiettività alle iniziative da me proposte, alcune delle quali anche a livello ministeriale hanno avuto un buon riscontro, con un rapporto h/crediti quasi pari a 1.

Attualmente il dirigente non permette ai caposala di presentare pfa per infermieri, ma per regolamento chiama a responsabilità solo il dirigente medico, questo si mi fa incazzare, ma ai sindacati va bene così tant'è che lo hanno approvato

ciao fafiore

Aggressioni al parcheggio

Ho letto della decima aggressione avvenuta nei pressi dell'ospedale di Circolo di Varese. Medici, infermieri e personale ospedaliero hanno orari di ingresso ed uscita dal lavoro abbastanza regolari come d'uso nel 90% delle aziende. Di tutti i tipi di aziende. Non mi sembra impossibile che una pattuglia controlli in quanto tale gli spazi limitrofi al monoblocco.

Gli orari dei turni sono 06:00 - 14:00, 14:00 - 22:00, 22:00 - 06:00. Per chi non ha turni, gli orari sono quelli aziendali normali, ma credo sia chiaro che aggressioni e molestie avvengano lontano da orari di punta.

Se i casi di cui sono a conoscenza fossero solo i dieci che conosce la redazione, non mi permetterei di scrivere queste righe. Non ho la pretesa di insegnare nulla a nessuno. Però vorrei non essere l'unico motivo di sostegno (peraltro scarso perché telefonico) di chi, come la mia fidanzata, infermiera, si dirige da ospedale a parcheggio alle undici di sera in luoghi pressoché deserti e bui, o alle cinque e trenta del mattino da parcheggio a ospedale, e che ha già ricevuto attenzioni di balordi per tre volte (e aggiungo che è gente che frequenta bar e non moschee).

Parcheggio che anche per i dipendenti è a pagamento alla tariffa agevolata di 70 euro mensili (salvo recenti cambiamenti), ma questo non c'entra. Sono un professionista di Varese e opero nel tempo libero come volontario in una associazione A.N.P.A.S.S. del territorio (emergenze 118 e servizi secondari di trasporto) e specifico questo per contestualizzare il mio intervento, non per farmi pubblicità. Peraltro, visto che ai dipendenti non è permesso rilasciare dichiarazioni pubbliche (!!!) non firmo queste righe perché non vorrei causare "problemi" a qualcuno anche se non vor-

rei fare polemiche gratuite. Retorico dirlo, ma forse fino a quando le molestie saranno abbracci e commenti tutto resterà com'è....tanto non fa male a nessuno. E vorrei aggiungere che si parla sempre dell'ospedale perché piove dentro, perché in pronto soccorso ci sono attese incredibili, e per un'infinità di altre cause che ci convincono che la salute è importante.

Vorrei che prima di tutto, chi ha voglia di scagliarsi contro sanità e personale, lo facesse con vaglio critico e non per sentito dire o generalizzando. Di gente che lavora, e bene, ce n'è moltissima. Gente che mette l'anima nel "lavoro" che preferisco chiamare missione retribuita 1.200 euro al mese, e che spesso chiama in reparto per sapere come sta un paziente, e che altrettanto spesso i problemi con cui ha a che fare se li porta a casa o ancor peggio nel cuore.

Prima di dar contro a chi ha deciso per lavoro di aiutare il prossimo (poteva decidere di lavorare al bar di cui sopra ma non lo ha fatto) curiamoci da noi la salute, senza fumare, senza bere e senza andare a 200 in macchina. I medici cinesi erano licenziati quando l'imperatore si ammalava. E spesso chi si lamenta di tempi di attesa eterni dovrebbe anche aggiungere che si è presentato al sabato in p.s. dopo tre giorni di mal di pancia. Medici ed infermieri che si occupano del triage hanno studiato per farlo. Qualche anno in più dell'idraulico a cui non abbiamo il coraggio di contestare il lavoro perché non ne capiamo nulla e tanto meno a cui non contestiamo il conto perché "...è ma era rotto..." e non me ne voglia l'idraulico, e nemmeno il meccanico, il carrozziere, il falegname.....

Nemmeno io voglio generalizzare però, capita che qualcuno ci assista in modo freddo e scorbutico. Però a volte anche io ho le mie giornate. Ovvio che quando stiamo male noi o un caro si vuole il mondo a disposizione. Però non funziona così. Vorrei aggiungere altro ma credo di essere andato molto oltre il previsto, quest'ultima parte poco c'entra con il motivo per cui ho scritto ma credo che il ben motivato articolo sulle aggressioni sia stato l'eccessiva goccia nel mio vaso. Vorrei che queste righe fossero un sfogo, ma prima di tutto motivo di riflessione per gli enti preposti alla tutela dell'ordine pubblico, e per il pubblico, che si preponga per l'ordine di sé stesso.

dalla redazione di Varese News

Il fumo negli ambienti psichiatrici

Il problema fumo nel reparto di psichiatria di Sassari.

Parlare di assistenza infermieristica in un reparto come quello di psichiatria comporta diverse difficoltà che prescindono dalla mentalità di chi, ascoltando o leggendo questo, per certi versi, temibile quanto affascinante argomento, ha quasi sicuramente dei preconcetti, degli stereotipi, sul tipo di utenti che vi vengono assistiti.

La verità è che più o meno tutti abbiamo la tendenza ad avere questi "concetti fuorvianti" o meglio "idee errate" sull'utente

affetto da patologia psichiatrica e anche noi operatori che forniamo assistenza non ne siamo immuni. I retaggi derivanti da "antiche" convinzioni, modi di dire e di fare del secolo scorso sono attuali ancora oggi.

Quante volte si son sentite frasi come "pe-



Lo stand pro-terremoto a Sassari

ricoloso per sé e per gli altri" o "matto" o ancora "coatto" o "perché non lo rinchiudete" e tante altre ancora.

Queste frasi sono ancora oggi utilizzate sia dalla popolazione comune che dagli operatori sanitari che non comprendono che dovrebbero essere ormai superate da tempo. Il vocabolo utilizzato dagli addetti ai lavori da un po' di tempo a questa parte è "stigma".

Che cosa si definisce con questa parola? Molto semplicisticamente la discriminazione di alcuni individui rispetto ad altri.

La discriminazione della società nei confronti di persone considerate scomode, anormali, aliene ed altro ancora che dovrebbero rimanere ai margini della società o sparire, come avveniva non molto tempo fa, dentro un manicomio.

La parola discriminazione porta brutti ricordi più o meno lontani e anche più recenti in generale, ma nell'ambiente psichiatrico è tutto attuale, visto che si è sempre cercato di isolare quelle persone che sembrano diverse dagli altri nel modo di comportarsi, nel modo di fare, nel modo di vivere.

Il problema di coloro che discriminano è che non si rendono conto che hanno davanti delle persone uguali a loro che sfortunatamente soffrono di un male "invisibile", poco tangibile, poco credibile, ma che tutti insieme possiamo combattere.

È proprio questo comportamento che acuisce il disagio mentale, provocando un ulteriore problema a chi già di per sé soffre e, dove c'è sofferenza, ovviamente deve esserci assistenza.

È risaputo che tutte le persone, essendo animali sociali, non possono sopravvivere psicologicamente a lungo se privati della comunicazione, ciò a dire che gli utenti psichiatrici (anche essi persone), che per la loro condizione vengono allontanati e privati, in tutto o in parte, di un elemento basilare per la propria esistenza, soffrono doppiamente per la loro patologia.

L'utente cui forniamo assistenza di solito non presenta i bisogni dei degenti che vengono assistiti negli altri reparti ospedalieri e ambulatoriali.

Tanto meno l'infermiere che fornisce assistenza in psichiatria deve essere visto come una sorta di carceriere che deve "sorvegliare", "custodire", "perquisire", "punire" o "lottare" con gli utenti psichiatrici.

Il bisogno principale dei nostri utenti è la carenza di comunicazione, per cui vanno ascoltati, vanno guidati e consigliati, soprattutto informati il più possibile della loro condizione, anche se non viene accettata.

Da queste persone alcuni si aspettano solo azioni violente e prive di senso, ma solo chi le frequenta spesso, come noi infermieri e più in generale operatori della psichiatria, sanno che da loro ci si può aspettare di tutto, anche inaspettati gesti di amicizia e di solidarietà.

Per spiegare meglio questo concetto, voglio raccontarvi quello che è accaduto durante un recente episodio che ha avuto dei risvolti drammatici.

L'episodio al quale mi riferisco è quello in cui una nostra utente, venuta in possesso di un accendino, appena introdotto da un familiare di un'altra paziente, che per cause imprecise, ma molto probabilmente fortuite, si è gravemente ustionata ed è successivamente deceduta.

Sono venti anni che presto servizio nel reparto di Psichiatria, ma non mi è mai capitata una esperienza tanto tragica e traumatica come questa. A dir la verità non riesco a trovare le giuste parole per definire un'esperienza del genere, tanto che quelle appena utilizzate non riescono minimamente a descrivere quello che io e i miei colleghi presenti abbiamo provato e tutt'ora proviamo.

La storia penso sia conosciuta da tutti ormai, visto come i media hanno bersagliato e infangato il personale presente per diversi mesi, scrivendo cose riportate per sentito dire e per la maggior parte inesatte.

Quel che è certo è che i parenti della paziente deceduta hanno denunciato i soccorritori della malcapitata, gli infermieri presenti tra i quali lo scrivente, due OSS e il medico di guardia reperibile, subendo quindi anche l'umiliazione del vedersi recapitare a casa un avviso di garanzia.

Il personale interessato dal provvedimento giudiziario si è rivolto immediatamente ai rispettivi sindacati per avere tutela legale e, devo personalmente ringraziare il segretario del Nursind Vittorio Conti e il suo staff per essersi dati subito un gran da fare per darci una mano.

Il Nursind oltre ad offrirci gratuitamente un legale, ha anche più volte richiesto all'amministrazione che fossero adibite a norma delle stanze per il fumo dei degenti, per la maggior parte fumatori cronici, persone che se non fumano possono diventare irrequiete ed alimentare la tensione in un posto dove ovviamente la tranquillità dei degenti è da considerare la base per un efficace rapporto terapeutico.

Dal sindacato è stata anche richiesta la presenza di una guardia giurata per controllare gli oggetti che vengono introdotti per i pazienti dai loro parenti e un metal detector per individuare facilmente gli oggetti proibiti in un reparto come il nostro, mettendo al centro del discorso la sicurezza del reparto violata non dai pazienti, ma dai loro parenti.

È riduttivo dire che in questi casi ci si aspetta la solidarietà dei colleghi di lavoro, dei medici, dell'azienda, degli amici, dei conoscenti e via dicendo, ma quello che non ti aspetti è la solidarietà dei pazienti.

Dal giorno in cui si è verificato l'incidente abbiamo deciso di non accendere nessuna sigaretta ai pazienti e di controllare in modo piuttosto zelante tutti i ricoverati in maniera che non tenessero accendini o fiammiferi, in attesa che l'azienda adeguasse alcuni spazi del reparto in sale in cui si potesse fumare.

Non ci crederete: i pazienti che prima ci chiedevano di continuo di poter accendere una sigaretta, una volta spiegata e compresa la nostra situazione, si rassegnavano e per tutte le otto ore che noi trascorrevamo con loro non fumavano o chiedevano ai medici di poter uscire accompagnati dai parenti per poter fumare fuori dal reparto.

Questo gesto inaspettato si definisce solidarietà vera.

Non tutti ovviamente sono stati così comprensivi, ma si deve saper essere comprensivi e accontentarsi.

Qui non si tratta di vedere chi è migliore o peggiore di chi, ma si deve ragionare sul fatto che tutte le persone vanno pesate, valutate e mai giudicate per quello che dimostrano in determinati momenti, non solo nella globalità che potrebbe indurre una patologia.

Quel che non si comprende è l'atteggiamento dei parenti che impetriti continuavano e continuano a introdurre accendini e fiammiferi all'interno del reparto, arrivando anche a minacciare fisicamente i colleghi e le colleghe che non accendono le sigarette ai loro parenti, mettendo costantemente a repentaglio la sicurezza dei loro "cari".

Tutto questo continua nonostante i diversi cartelli appesi fuori dal reparto ricordino che non si possono introdurre tali oggetti e che chi trasgredisce dovrà risponderne a termini di legge.

L'amministrazione aziendale non è comunque intervenuta e stiamo ancora aspettando che adibiscano un bagno per ogni sezione (femminile e maschile) come stanza per il fumo, ovviamente rispettando le norme di sicurezza.

Gli esseri umani: capirli è una cosa impossibile visto che molte volte non capiamo noi stessi.

Ascoltarli, immedesimarsi in loro, cercare di comprendere le dinamiche che hanno portato una persona a compiere determinati gesti, appassionarsi a comprendere i "come" e i "perché" si verificano certe situazioni anche durante il lavoro, non ha prezzo.

Nando Simula

informazione sulla sperimentazione degli orari

A settembre 2008 ci è stata proposta una sperimentazione per un cambiamento di orario dal Direttore dell'Unità Operativa.

Noi ci siamo rivolti all'ufficio infermie-

ristico che ci ha proposto 2 tipologie di orario (mantenendo invariato il monte ore settimanale): a) due rientri pomeridiani; b) prolungamento al sabato.

Abbiamo scelto e scritto una lettera con motivazioni e obiettivi del cambiamento e la Direzione ha deliberato una sperimentazione a 3 mesi (prima valutazione) prorogata a 5 mesi (seconda valutazione).

A questo punto, a fronte di due valutazioni negative (dimostrabili e dimostrate con numeri) e alla fine (per data) della sperimentazione, dopo un incontro con le parti chieste da noi (a un mese dalla fine della



La squadra di calcetto di Nursind Roma

sperimentazione) che non sapevamo più che fare ci hanno detto che dovevamo continuare (ma senza deliberare né scrivere nulla) altrimenti saremmo andati incontro a ordini di servizio e ripercussioni legali per "cessazione di pubblico servizio".

Ci siamo allora rivolti alle associazioni sindacali che non hanno preso posizione... perché non avevamo discusso prima con loro la sperimentazione.

A questo punto, avendo per amica un avvocato del lavoro mi sono rivolta a lei. Dopo due mesi di proroga senza delibere, mandando avanti l'avvocato siamo giunti alla fine di quest'avventura.

Non mi interessa la polemica, volevo solo sapere, se mai ci proponessero una nuova sperimentazione (direttore di unità o servizio infermieristico):

1. Qual'è il modo corretto di procedere in modo da evitare questi problemi?
2. Bisogna attivare subito i sindacati?
3. Potevamo terminare quell'orario con la data di fine sperimentazione o andavamo incontro a problemi legali?

Non siamo esperti in tutto questo e quest'avventura ha portato a grosse tensioni tra noi il direttore e i dirigenti medici.

joda73

La procedura corretta è quella di coinvolgere la RSU e far trattare loro, con un vostro rappresentante, la materia del cambiamento dell'orario di lavoro, essendo quest'ultima, oggetto di trattativa sindacale riservata dal contratto nazionale, proprio alla RSU.

Le aziende spesso bypassano questa procedura, con la complicità della RSU che chiude un occhio, "imponendo" ai lavoratori le proprie scelte ed al contempo, coinvolgendoli nella sperimentazione e nella responsabilità di aver accettato il tutto.

Ciao

Donato



Irish Nurses Organisation

Nurses working for nurses

Irlanda: i 90 anni di INO

Carissimo Segretario Generale INO, scrivo a nome del sindacato infermieristico italiano (Nursind) la cui storia ha solo 11 anni, contro i vostri 90 di cui ho letto in questi giorni il Suo comunicato stampa.

Un abisso che ci stiamo impegnando a colmare in fretta, anche se è difficile far cambiare la mentalità ad una professione eterogenea come la nostra.

In Italia siamo anche ostacolati dalle 3 confederazioni sindacali generaliste, CGIL-CISL-UIL nelle quali siamo mal rappresentati se non addirittura ignorati.

Per l'occasione Le porgo una serie di domande affinché gli infermieri italiani Vi possano conoscere meglio.

Per il momento mi fermo qui, ma spero che tra le nostre associazioni nasca un rapporto di amicizia e collaborazione. Saremmo disponibili anche ad incontrarci per approfondire la conoscenza reciproca.

Lunga vita a INO e a tutti gli infermieri del mondo.

Donato Carrara
Direzione Nazionale

Caro Donato, in risposta alla tua email datata 7 giugno '09 vorrei iniziare con l'augurare al Nursind tutto il successo da parte della INO.

Posso assicurarti che, sebbene abbiamo 90 anni, le sfide che fronteggiamo continuano a essere significative poiché ci battiamo per l'autonomia e dignità professionale assicurando migliori condizioni lavorative ed economiche oltre che di sviluppo educativo-professionale per le infermiere e le ostetriche.

Ancora una volta ti mando i più caldi saluti da parte della INO alla tua Organizzazione e auguro successo e crescita negli anni a venire.

Sinceramente tuo
LIAM DORAN
Segretario Generale.

ser to 10.8 nurses per 1000 people. The differences are explained by the inclusion of midwives and nurses, out of practice, who continue to be on our live register.

2) In Italy there is concern about working nursing load and the relationship nurse/patient. In Ireland, for instance, how many nurses are involved in a 25 bed surgical unit? In Italy they are 15.

Arising from the first question, I must stress that Ireland continues to have a shortage of nurses and we have, in recent years recruited from not only the EU but also The Philippines, India, South Africa and other places.

3) I noticed that INO has good relationship with IMO, the initials are almost the same, is it a coincidence or you share common programs and ideal?

We do not have a minimum nurse/patient ratio in this Country and it is something that we continue to strive for. This has the effect of resulting in their being different staffing levels and skill mixes in units of similar size, but different locations, around the Country. The INO has a very good success rate in pursuing poor staffing levels, to third parties, and we have managed to secure significantly improved staffing, in recent years, as a result.

We do work closely with the Irish Medical Organisation (IMO) and have a very good working relationship with them. Recently we held a joint press conference which had a central focus of patient safety and patient care, as we believe that nurses and doctors, speaking out, has a very strong impact upon the wider population and the political

years has been the achievement of a 37.5 hour working week, from nurses, down from 39 hours per week. This was achieved following a seven week national work to rule, and in the face of strong opposition from Government, Health Employers and, indeed, other unions.

5) Which has been your best result/victory?

I sense we have similar problems, as yourselves, in relation to the general economic situation and the resulting political push to minimise costs, in the health sector, with the resulting negative impact upon the numbers of nurses/midwives employed. Ireland faces very difficult economic challenges, at this time, and we are actively engaged in trying to protect the Public Health Service, which obviously includes nurses, midwives and patient care, as a result.

6) In Italy supporting figures to nurses have been created (they have one year preparation). We think their number will increase consistently (at the moment there are 40.00 of them over a population of 360.000 nurses). Economical political management push toward their implementation rather than nurses. Do you have this kind of figures? How do they relate with nurses? Do you represent them as well?

The INO has a very high profile, in Ireland, and, in fact, I would say that we are, undoubtedly, one of the most visible Unions in this Country. While maintaining this profile, we also have strong working links with the Department of Health & Children and the Health Service Employers but, obviously, this can become strained from time to time as we have competing priorities. However, we have a firm policy of maintaining a strong media profile, in the interests of our members, and this will continue and is viewed as essential by our members on the ground.

7) Are aware or do you collaborate with the Irish Board of Nurses in FEPI development?

The INO has, in recent years, been very involved in EFN and ICN but we also have a strong working relationship with the Irish Nursing Board (An Bord Altranais), which in turn is affiliated to FEPI.

La traduzione in italiano è consultabile su www.nursind.it alla pagina <http://www.nursind.it/nursind2/modules/newstarticle.php?storyid=46>



Il Consiglio Esecutivo INO
Liam Doran è il quarto seduto da sinistra

1) In Ireland the ration population/nurses is among the first in OCSE average (15,2 nurses per 1000 people). Is there a connection between the commitment of INO and this important result?

The nurse to population ratio in Ireland is not 15.2 nurses per 1000 people, as stated by the OECD, but it is clo-

system.

4) Your organization gathers the 63% of the Irish nurses and obstetricians. It is an enormous force that fully entitles to represent both categories. Do you think this is you maximum reachable goal or there ha been and there will be further variation in your history?

Our best result/victory in recent



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