Infermieristica Mente NURSIND

Trimestrale di Informazione Sindacale, Professionale e del Lavoro.

3° trimestre 2008



sommario:

attualità

- 4 Manovra economica: gli infermieri non ci stanno!
- 6 Nursind scrive ai minstri
- 10 Contratto Sanità Privata: nessun aumento per il 2006-07?

dal territorio

- 12 Osp. Riun. di BG: storico accordo sui turni
- 13 Nasce Nursind a Pescara
- 14 Pescara: Nursind protesta contro gli accorpamenti
- 14 Empoli: 118 e/o triage?
- 15 Sped. Civ. di BS: bastonate in corsia
- 16 Regione Marche: altro che "carenza di vocazione"!
- 18 Sorge il sole di Nursind anche a L'Aquila
- 19 Nuoro: finalmente gli infermieri assumono un ruolo centrale

normative

- 20 E' ora che gli infermieri si prendano cura della "malattia"
- 22 Il lato oscuro del rischio
- 23 Cassazione: gli specchietti mensili vanno comunicati con largo anticipo

formazione professionale

24 - Convenzione iscritti Nursind per 3 nuovi Master

viaggio tra le associazioni di categoria

- 25 L'ANI ARTI
- 26 L'AISACE

Lettere alla redazione

- 27 L'identità professionale e il mobbing
- 27 Ai piedi dell'Etna
- 28 Dalla regione abruzzese: l'etica perduta
- 29 L'aziendalizzazione ha fallito

esteri

30 - Infermiere penalizzate perchè non portano la gonna



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

 $\label{eq:continuous} \begin{tabular}{ll} Progetto Grafico: Inf. Donato Carrara - email: infermieristicamente@nursind.it Stampa: Grafiche GNG Vicenza - Registrazione Tribunale di Bergamo n°4 del 13/03/06 \end{tabular}$

La Politica, il Bastone e la Carota

Inf. Andrea Bottega - Segretario Nazionale NurSind



Potrebbe somigliare al titolo di una favola di Esopo sennonché, al contrario delle belle storie, si tratta spesso di realtà tristi e non sempre a lieto fine.

Non lo è quella di una collega che dopo sei settimane di gestazione ha perso un figlio e, a seguito di un intervento chirurgico, ha trascorso il periodo di malattia e di recupero delle energie psichiche e fisiche chiusa in casa con la figlia piccola, in vacanza da scuola. Nonni e papà al lavoro, mamma

e figlia impossibilitate a fare una passeggiata al parco perché soggette alle restrizioni d'orario volute dalla politica di Governo.

Sempre a disposizione di eventuali controlli – come prevede la nuova Legge n. 133 del 6 agosto 2008 - 11 ore al giorno tutti i giorni (domenica compresa), 5 ore in più al giorno di quelle dovute al datore di lavoro nel normale orario di servizio.

In aggiunta all'allungamento delle fasce di reperibilità, la norma prevede anche penalizzazioni economiche perché sottoporsi ad interventi chirurgici ed essere malati è da assenteisti e fannulloni, se si è dipendenti della Pubblica Amministrazione.

Non c'è lieto fine nemmeno per quei dipendenti pubblici che si assentano dal servizio per donare il sangue (spesso unico rimedio per salvare una vita umana) o per assistere una persona con grave handicap. Anche per loro sono previste delle decurtazioni economiche perché l'azione di governo colpisce nel mucchio, senza distinzione.

E' la politica del "bastone" dato a destra e a manca o del "colpirne cento per educarne uno", inaugurata dal Ministro Brunetta sull'onda delle provocazioni di I chino (di cui non si ha più notizia se non per un DDL in Senato) attraverso il Corriere della Sera. La logica di questa politica è: tra i dipendenti della PA ci sono dei fannulloni, non riesco a punire solo i fannulloni quindi colpisco tutti i dipendenti così sicuramente colpirò anche i fannulloni. Obiettivo raggiunto.

E se poi ci mettiamo un po' di demagogia e vanagloria diciamo che i dipendenti pubblici sono tutti asini, tutti fannulloni, tutti assenteisti, tutti colpevoli, così ai cittadini che si lamentano (perché sono quelli che si lamentano da tenere a bada!!) si dà un capro espiatorio su cui indirizzare le loro frustrazioni per la difficoltà di arrivare a fine mese, per la rata del mutuo sempre più pesante, per

l'aumento della spesa pubblica, per un servizio pubblico che da anni è soggetto a riorganizzazioni e disfunzioni (forse perché gestito male e conseguenza di scelte politiche errate), per la perdita del proprio lavoro e quant'altro di negativo.

E settimanalmente assistiamo a proclami di riforma della Pubblica Amministrazione e che una volta usato il bastone ci sarà la carota per valorizzare la risorsa umana, elemento fondamentale per



il funzionamento di qualsiasi organizzazione aziendale. Peccato che dai provvedimenti finora adottati si evince che i dipendenti non sono una risorsa da valorizzare bensì un peso e una spesa da tagliare.

Infatti, oltre ai tagli, nell'incontro avvenuto all'ARAN il Ministro ha chiesto ai sindacati la disponibilità ad aprire la tornata contrattuale 2008-2009 sulla base di un'inflazione programmata dell'1,7% nettamente inferiore a quella reale che supera il 4%. Poche risorse economiche ed inoltre il passaggio di alcune materie di competenza con-

trattuale alla normazione ex legge.

Purtroppo, in questa battaglia di difesa dei diritti dei lavoratori ci sentiamo un po' soli.

Assistiamo ad un silenzio assordante da parte dei sindacati maggiormente rappresentativi che sembra avvallare la politica indiscriminata del bastonemanganello (uso il raffronto con il termine militare perché per risolvere il problema dell'immondizia a Napoli hanno mandato l'esercito, per risolvere il problema della sicurezza hanno mandato l'esercito nelle strade e temo che poi mandino l'esercito anche negli ospedali per ridur-

re le liste d'attesa) evidenziando una mancanza di idee e di rappresentanza e temendo la perdita di alcuni privilegi.

Intanto, alla faccia dei tagli sugli stipendi dei dipendenti pubblici, la spesa pubblica aumenta: i parlamentari fanno saltare il taglio di 4 milioni di euro dal bilancio del Senato, la Giunta Regionale del Veneto premia indistintamente tutti i direttori generali delle ASL e in Sicilia gli assessori si aumentano l'indennità di carica del 115%.

Ora, come diceva la Montessori, questi sono dettagli che rischiano di comunicare confusione. Occorre spiegarne la relazione per avere la conoscenza. Ma quando vedo le mie condizioni di lavoro e il dettaglio della mia busta paga con le detrazioni, non riesco proprio a capirne la relazione.

Gli Infermieri non ci stanno!

Nursind manifesta a Montecitorio il 23 ottobre e prepara lo Sciopero Nazionale

È fallito il tentativo di raffreddamento dello stato di agitazione degli infermieri proclamato dal Nursind all'indomani della manovra economica del governo.

"A questo punto non ci resta che la protesta a tutti gli effetti spiega il segretario nazionale Andrea Bottega - Non possiamo tollerare, tra le altre cose, che gli infermieri siano costretti, nel periodo di malattia, ad essere a disposizione del medico fiscale per ben undici ore al giorno, quando il loro orario di lavoro è di sei ore al giorno".

Il Nursind enuclea con precisione le contraddizioni che il ministro della funzione pubblica, Renato Brunetta, ha trasformato in norma.

"Non condividiamo la norma sulle assenze per malattie - prosegue il segretario nazionale Andrea Bottega – perché non riteniamo sia dirimente nel penalizzare i veri fannulloni. Per non colpire i veri responsabili si colpiscono tutti,

con l'effetto di deprimere ancora di più chi onestamente e con impegno svolge il proprio lavoro. Le realtà dei "furbetti della malattia" si conoscono all'interno dei servizi: se non si penalizzano è perché non si vuole.

Non condividiamo il metodo che parte dalle penalizzazioni piuttosto che dal riconoscimento dei meriti. Così si livella tutti a sentirsi dei fannulloni. Si è partiti con una campagna mediatica di "caccia al dipendente pubblico" tacciato aprioristicamente come fannullone.

Le penalizzazioni economiche per chi chiede dei permessi retribuiti perpetuano poi questa discriminazione. Chi chiede un permesso per aggiornamento (nella sanità c'è l'obbligo di aggiornamento) verrà penalizzato economicamente, chi usufruisce dei permessi previsti per la legge sull'assistenza ai portatori di handicap o ha un figlio handicappato sarà economicamente penalizzato, chi chiederà dei permessi per lo studio sarà penalizzato. Sarà penalizzato solo il dipendente pubblico".

Penalizzate anche le donne. "Sul fronte della tutela del lavoro femminile (la professione di infermiere è svolta per l'80% da donne) anziché incentivare il part time per potere in qualche modo continuare a lavorare e sostenere la famiglia, la norma introdotta aumenta la flessibilità a favore del datore di lavoro togliendo la certezza della tempistica dell'accoglimento della richiesta (che mancando tempi certi può non venire mai accolta)".

Sul fronte della sicurezza delle cure e del lavoratore, che eroga la prestazione "si è proceduto a derogare al decreto legislativo 66/2003, prevedendo la possibilità che un infermiere lavori anche 12 giorni consecutivamente e che non necessiti di un minimo periodo di riposo dopo i turni di reperibilità.



sul personale turnista (perché in genere i servizi ambulatoriali chiudono la domenica), fortemente penalizzato economicamente e impegnato in un regime di vita maggiormente penalizzante dal punto di vista sociale e di salute".

In merito alle incentivazioni, è giusto ricordare che "il governo nel Dpef ha indicato nell'1,7 per cento l'inflazione programmata, prevedendo per i pubblici dipendenti un aumento di circa 8 euro lordi mensili.

Il Ministro ha poi precisato che lo stipendio dei dipendenti pubblici è aumentato di più di quello dei dipendenti privati. I fatti dicono che un infermiere percepisce oggi uno stipendio medio di 1400-1500 euro al mese netti.

Ancora sulla produttività. "Il bene salute non ha criteri economici simili a quelli degli altri beni del mercato. A più offerta di salute non corrisponde minor domanda. Il sistema va governato, come la produttività.

Partire da un confronto sulla misurazione della produttività nello specifico campo della salute, sarebbe stato un buon punto d'inizio per riorganizzare i servizi. In difetto di ciò si è proceduto ad escludere dai LEA importati conquiste dello stato sociale per una qualità delle cure ai cittadini (parto indolore, cure dentarie, ecc...).

"Non condividiamo sopratutto il metodo e parte dei contenuti della manovra finanziaria che – conclude il segretario nazionale Andrea Bottega – partendo da una campagna mediatica che punta a discreditare il servizio pubblico a favore dell'impresa privata, si approccia ai problemi del lavoro pubblico partendo dai tagli alla spesa senza discrimine, anziché partire dalla valorizzazione di chi merita.

È chiaro l'intento di far cassa sulla pelle di tutti indipendentemente. Da questo punto di vista ogni scusa è buona allo scopo. Ma almeno si abbia il coraggio di dirlo. Per la peculiarità del servizio svolto chiediamo, inoltre, un'area contrattuale separata per poter evidenziare le specifiche di chi garantisce la salva-

guardia di un bene tutelato costituzionalmente. Infine **chiediamo**, al pari della dirigenza sanitaria, **la possibilità di svolgere la nostra professione in regime libero professionale**".

La Direzione Nazionale ha proclamato:

> <u>una giornata di</u> <u>Sciopero Nazionale</u>

(la data dovrebbe essere verosimilmente il 31 ottobre, compatibilmente con le procedure formali di indizione in corso)

> un presidio di protesta davanti a Montecitorio per Giovedì 23 ottobre

Le motivazioni alla base della proclamazione, sono essenzialmente correlate alle penalizzazioni per i dipendenti pubblici previste dal Decreto Legge 112 del 25 giugno 2008 (in fase di conversione in Legge) e per le insufficienti risorse economiche stanziate per il rinnovo dei contratti del pubblico impiego, e in particolare:

- Chiediamo di rivedere l'inasprimento delle fasce orarie di reperibilità per il controllo fiscale in caso di malattia:
- Chiediamo di eliminare la sottrazione di risorse economiche dai fondi per la contrattazione aziendale verso i bilanci aziendali in caso di malattia;
- Chiediamo di togliere il dirottamento del 20% dei risparmi derivanti dai part time dal fondo della produttività al bilancio aziendale;
- Chiediamo di eliminare il discrimine rispetto al lavoro privato nella fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92 e nelle fasce orarie di reperibilità;
 - Chiediamo di eliminare il

discrimine nella distribuzione dei fondi contrattuali a chi ha un figlio con handicap;

- Chiediamo di rivedere le modifiche introdotte al D.Lgs. 66/2003 che aumentando la flessibilità del lavoro riducendo il diritto al riposo dopo il turno di reperibilità, aumentando così la possibilità di eventi negativi in un settore così delicato come quello della salute;
- Rivendichiamo il riconoscimento del carattere usurante del lavoro infermieristico;
- **Lamentiamo** un inadeguato stanziamento economico per il rinnovo dei contratti pubblici nel DPEF e nei provvedimenti correlati (inflazione programmata all'1,7% contro un'inflazione reale del 4,1%);
- Chiediamo l'istituzione di un'area contrattuale autonoma per il personale infermieristico e per le professioni sanitarie, per la specificità del mandato e per l'appartenenza ad una categoria dov'è prevista l'iscrizione all'albo professionale (D.Lgs 165/2001 art. 40 c. 2);
- Chiediamo la possibilità di svolgere l'attività libero professionale in regime di esclusività (con relativa indennità) oppure aperta a 11' e x t r a m o e n i a s e n z a l'incompatibilità prevista dal D.Lgs 165/2001 art. 53.
- Chiediamo l'istituzione dell'Ordine Professionale degli Infermieri, quale riconoscimento già previsto dalla Legge 43/2006.
- Chiediamo la detassazione della remunerazione delle ore straordinarie, come previsto per i lavoratori dipendenti del privato.

Lo spirito delle nostre rivendicazioni è quello del superamento di tali criticità nell'interesse comune degli infermieri italiani e dello Stato che deve assicurare la risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

La nostra azione di sensibilizzazione delle forze politiche, istituzionali e sociali ha lo scopo di far riconoscere adeguatamente il ruolo centrale degli infermieri nel Sistema Sanitario Nazionale, senza i quali non è pensabile qualsiasi organizzazione sanitaria o piano assistenziale. Il fine ultimo è quello di poter dare un sempre migliore servizio ai cittadini garantendo la sicurezza di un bene tutelato costituzionalmente sia all'utente che al professionista.

Dotazioni organiche e organizzazione del lavoro sono gli attuali punti critici del sistema che condizionano il diritto del cittadino alla ricezione di prestazioni sanitarie adeguate in termini di qualità (assistenziale) e non solo in quantità (economica).

La sottoscritta Organizzazione Sindacale NurSind si impegna a rispettare gli accordi nazionali e aziendali vigenti in tema di garanzia dei servizi minimi essenziali e a tal nell'Accordo Nazionale 25 settembre 2001 per la regolamentazione del diritto di sciopero nel comparto del Servizio sanitario nazionale, valutato idoneo dalla Commissione di garanzia con determinazione n. 01/155 del 13 dicembre 2001,

si ritiene che

il personale contingentato sia tenuto a svolgere le attività pertinenti al proprio profilo e **le sole "prestazioni indispensabili**" relative all'assistenza sanitaria d'urgenza per cui i "contingenti minimi" sono stati definiti.

Non rientrano, per questa ragio-

zione di interventi chirurgici programmati, rinviabili e non urgenti. Ogni programmazione pertanto si ritiene non dovrà essere predisposta.

- l'esecuzione del "giro medico" in quanto effettuabile dal personale dirigente anche senza la presenza dell'infermiere.
- la somministrazione delle terapie prescritte, perché non di competenza esclusiva ed effettuabili dal personale medico.
- L'esecuzione da parte del personale infermieristico e OSS, delle attività alberghiere per le persone autosufficienti.

Queste sono alcune delle prestazioni ritenute non indispensabili e



proposito:

nel ribadire quanto previsto dalla Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla legge 11 aprile 2000, n. 83, e cioè che il diritto allo sciopero è esercitato nel rispetto di misure dirette a consentire l'erogazione delle prestazioni indispensabili per garantire il godimento dei diritti della persona costituzionalmente tutelati e quanto indicato ne, come prestazioni indispensabili e pertanto il personale non è tenuto alle relative attività:

- l'esecuzione di esami diagnostici (ematochimici, radiologici, ecc.) di routine, non urgenti. Pertanto si ritiene che la programmazione ordinaria non debba essere predisposta;
- l'assistenza e la predisposi-

prorogabili ai fini della garanzia dei diritti costituzionalmente tutelati per la cui comunicazione la presente viene trasmessa alla competente commissione ai sensi della legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla legge 11 aprile 2000, n. 83.

La Direzione Nazionale NurSind

Nel frattempo Nursind non perde tempo e scrive ai ministri...

Alla cortese attenzione

Del Ministro della Pubblica Amministrazione e Innovazione

On. Prof. Renato Brunetta

Del Ministero del Welfare Sottosegretario per la Salute

On. Prof. Ferruccio Fazio

Epc. Del Presidente AVIS

E pc. Del Presidente FIDAS E pc. Del Presidente AIDO Agli Organi di Stampa

Oggetto: permesso per donazione sangue – penalizzazione dipendenti pubblici

Egregio Ministro, stimato Sottosegretario,

scrivo la presente in qualità di legale rappresentante del sindacato degli infermieri NurSind, a nome dei numerosi colleghi che si sono impegnati nella donazione di tessuti e organi e in qualità di appartenente alla categoria dei donatori di sangue.

Quanto previsto dall'art. 71 del DL convertito in legge il 5 agosto 2008 e in attesa di pubblicazione sulla GU, in merito alle penalizzazioni economiche per i dipendenti pubblici che si avvalgono dei permessi per donazione è, purtroppo, emblematico degli alti principi sociali ed etici che ispirano l'azione di questo governo.

Con questa legge chi dona il sangue non ha diritto alla giornata di riposo dal lavoro, perché altrimenti penalizzato economicamente nella già misera paga di Infermiere.

Grazie alla Legge 584/67 e la Legge 107/90, nonché la Legge 52/2001 (donazione di midollo osseo), che riconoscono al lavoratore dipendente il diritto alla normale retribuzione in caso di donazione di sangue e midollo osseo, molti infermieri si sono avvicinati a questa pratica di alto valore civile.

Grazie al loro contributo molti cittadini hanno potuto ricevere sangue controllato dalle nostre strutture e vedersi preservata la vita.

Ora, questo impegno civile è messo in discussione da un articolo fortemente voluto da Lei per punire i dipendenti pubblici.

Penso che con questa norma la Nazione non si senta né possa diventare migliore. Dispiace vedere che, ancora una volta, la politica si allontana dai bisogni dei cittadini e diventi esercizio autoreferenziale del potere.

Il Segretario Nazionale NurSind 08/08/2008 Dr. Andrea Bottega

Alla cortese attenzione

Del Ministro della Pubblica Amministrazione e Innovazione

On. Prof. Renato Brunetta

Del Ministero del Welfare Sottosegretario per la Salute

On. Prof. Ferruccio Fazio

E pc. Dell'Associazione HANDICAP E SOLIDARIETA'

Epc. Dell'Associazione Italiana Persone Down

Epc. Dell'Unione Famiglie Handicappati

E pc. Della Associazione per la difesa dei diritti dei disabili

E pc. Alle Regioni – Assessorato ai servizi sociali Agli Organi di Stampa

Oggetto: permesso per assistenza a persone portatrici di Handicap – penalizzazione dipendenti pubblici

Egregio Ministro, stimato Sottosegretario,

scrivo la presente in qualità di legale rappresentante del sindacato degli infermieri NurSind, a nome di tutti i colleghi che si avvalgono dei permessi di cui alla Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 per assistere il proprio figlio portatore di handicap o un familiare con grave disabilità.

La nuova norma (art. 71 del DL 112/08 convertito in legge il 5 agosto 2008 e in fase di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale), fortemente voluta dal Governo contro i dipendenti pubblici, penalizza fortemente questi ultimi

nell'esercizio di un diritto stabilito dall'art. 33 della Legge 5 febbraio 1992.

Con la legge in via di pubblicazione si è introdotta una disuguaglianza sociale tra lavoratore pubblico e lavoratore privato che va a colpire le persone più deboli e più bisognose.

L'art. 71, infatti, prevede delle decurtazioni economiche per chi si avvale dei permessi per assistere le persone con handicap certificato.

Oltre alla necessità di dovere prestare assistenza e vivere con una persona disabile, il dover subire una penalizzazione economica per il solo fatto di trovarsi alle dipendenze della Pubblica Amministrazione ritengo sia contrario ai principi fondanti la nostra Repubblica e renda ancor più difficile la vita a chi ha invece

bisogno che lo Stato gliela renda più agevole.

Credendo nel valore della persona umana, anche quella bisognosa d'aiuto, sono a chiedere agli organi in indirizzo di attivarsi affinché i principi di eguaglianza e solidarietà continuino ad essere a fondamento del nostro vivere e si proceda quindi alla modifica dell'articolo citato.

Il Segretario Nazionale NurSind 13/08/2008 Dr. Andrea Bottega

Risposta della Regione Liguria

Genova, 1/9/08 Prot. n.PG/2008 - 117595

> Al Segretario Nazionale NURSIND Dott. Andrea Bottega

Oggetto: Permesso per assistenza a persone portatrici di Handicap - penalizzazione dipendenti pubblici

Egr. Dott. Bottega,

in riferimento a quanto da Lei esposto nella Sua lettera del 13 agosto u.s., di pari oggetto, Le comunico che l'Ente Regione Liguria in sede di Conferenza delle Regioni chiederà di modificare l'art.71 L. 133 del 6 agosto 2008.

Distinti saluti

Giovanni B. Pittaluga

Alla cortese attenzione

Del Ministro della Pubblica Amministrazione e Innovazione

On. Prof. Renato Brunetta

Del Ministro del Lavoro, Salute e Politiche Sociali

On. Prof. Maurizio Sacconi

Agli Organi di Stampa

Oggetto: Diritto allo studio-penalizzazione dipendenti pubblici

Egregio Ministro,

con l'art. 10 della Legge n. 300 del 20 maggio 1970 e la codificazione nella normativa contrattuale si è riconosciuto,

come un valore di crescita personale ed aziendale, lo sviluppo dell'istruzione del lavoratore.

Per chi lavora, il diritto allo studio ha il significato di una evoluzione culturale con ricadute dirette sulla propria opera e la possibilità di ulteriori chances per il proprio futuro.

Il vantaggio di una maggiore istruzione è sia a favore dell'impresa che dell'individuo, che della società. Un lavoratore più istruito è una risorsa in più per il nostro paese.

Ora, il diritto allo studio per un dipendente pubblico si trova fortemente penalizzato dalla nuova norma (art. 71 del DL 112/08 convertito in legge il 5 agosto 2008 e in fase di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale) fortemente voluta dal Governo.

Con questa legge, oltre ad introdurre una disuguaglianza sociale tra lavoratore pubblico e lavoratore privato sugli stessi diritti, si penalizza il lavoratore che decide di adeguare la propria istruzione a delle necessità spesso lavorative.

È questo il caso più comune per l'infermiere.

Nel campo proprio della salute, come anche previsto da decreti ministeriali e dalle norme specifiche, si richiedono sempre più spesso delle conoscenze appropriate ai vari ambiti di specializzazione.

Così, per poter offrire ai cittadini un sempre miglior servizio, gli infermieri italiani possono intraprendere una formazione universitaria post base (master universitari) che

economica per chi si avvale dei permessi per il diritto allo studio. Tale situazione pone la formazione complementare in posizione di svantaggio economico per chi la intraprende, con ulteriore danno a carico dello sviluppo della professione e dei cittadini-utenti che si

avvalgono delle maggiori competenze acquisite dai professionisti sanitari.

Per chi, come la scrivente organizzazione sindacale infermieristica, crede che lo sviluppo della conoscenza sia la chiave di volta per un Servizio Sanitario adeguato alle esigenze dei cittadini, tale norma appare fuori luogo almeno nel comparto sanità.

Pertanto con la presente avanziamo la richiesta di un provvedimento di modifica dell'art. 71 della citata norma nel senso auspicato dalle suesposte motivazioni e rimaniamo in attesa di una Vostra cortese risposta.

Il Segretario Nazionale NurSind 19/08/2008 Dr. Andrea Bottega

Alla cortese attenzione

Del Ministro della Pubblica Amministrazione e Innovazione

On. Prof. Renato Brunetta

Del Ministero del Welfare Sottosegretario per la Salute

On. Prof. Ferruccio Fazio Agli Organi di Stampa

Oggetto: permesso per formazione obbligo alla educazione continua in medicina (ECM) – penalizzazione dipendenti pubblici

Egregio Ministro, stimato Sottosegretario,

come è noto l'ECM è un obbligo stabilito per legge, che interessa tutti i professionisti sanitari. Nel sito del Ministero della Salute alla pagina riguardante l'ECM, è scritto:

"Ciò premesso, si ritiene opportuno ribadire che il programma ECM è obbligatorio per tutti i professionisti della salu-

te; gli articoli 16-bis e 16-ter del decreto legislativo 502 prevedono, in generale, l'obbligo formativo per tutti gli "operatori sanitari".

La Formazione continua è, infatti, un requisito essenziale per il corretto esercizio professionale, ossia per il mantenimento nel tempo dell'abilitazione all'esercizio professionale di ciascun operatore sanitario; in quanto tale, deve essere necessariamente obbligatoria per tutti i professionisti e richiedere regole e garanzie uniformi su tutto il territorio nazionale. Regole e garanzie che sempre di più saranno comuni a tutti i Paesi dell'Unione europea."

L'obbligatorietà del programma ECM è stata altresì sancita dall'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001.

A fronte di tutto ciò il lavoratore-professionista, nell'interesse del datore di lavoro, è costretto a mettere parte del proprio salario nel computo delle spese mensili per assolvere ad un obbligo di legge. L'educazione continua in medicina richiede spese di quote di iscrizione ai



sviluppi le loro competenze.

Attualmente i costi di questa formazione sono quasi sempre totalmente a carico del lavoratore (tasse di iscrizione, libri, trasferimenti nella sede universitaria) e spesso richiedono l'utilizzo di periodi di ferie o di riposo da dedicare allo studio e alle lezioni, ben oltre i permessi di 150 ore annue concessi come diritto allo studio.

Spesso tali master richiedono uno stage che pesa ulteriormente come assenza dal lavoro.

Oltre ai costi in termini di soldi e tempo, c'è da sottolineare che i contratti collettivi nazionali di lavoro non hanno ancora riconosciuto un incentivo economico ai dipendenti in possesso di master specialistici (unica eccezione il Master in coordinamento delle professioni sanitarie). Pertanto non è possibile prevedere un recupero economico in termini di carriera delle maggiori competenze acquisite.

Oggi, con l'art. 71 si prevede una ulteriore decurtazione

corsi e trasferte a volte lontano da casa che, molto spesso, non vengono coperte dai fondi aziendali per la formazione. Inoltre, nei casi in cui la durata dell'aggiornamento superi la durata del normale orario di servizio, nulla è riconosciuto.

Ora, con la nuova norma introdotta dall'art. 71 della Legge n. 133 del 6 agosto 2008, il personale infermieristico viene ulteriormente penalizzato nel caso in cui chieda di svolgere quest'obbligo, a vantaggio della Pubblica Amministrazione, in orario di servizio. La richiesta dei permessi per formazione cade, infatti, nella fattispecie prevista per le penalizzazioni stipendiali (nei già magri stipendi degli infermieri italiani) della suddetta norma.

Nel ribadire la disparità di trattamento con i dipendenti delle strutture private e nel riconoscere la valenza della formazione continua quale strumento di aggiornamento delle conoscenze al fine di erogare un servizio al passo con le sempre più rapide conquiste scientifiche, chiediamo che i permessi per formazione siano esentati dalle penalizzazioni della legge citata.

Ad oggi, infatti, si è in vigenza di un paradosso per cui una legge dello Stato obbliga il lavoratore a subire delle penalizzazioni stipendiali per il solo fatto di adempiere ad un dovere imposto da

una norma.

Nella speranza che questa "svista" venga al più presto sanata e rimanendo in attesa di un Vostro cortese riscontro, porgo i miei più cordiali saluti.

Il Segretario Nazionale NurSind 27/08/2008 Dr. Andrea Bottega

Alla cortese attenzione

Del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali

On.le Prof. Maurizio Sacconi

Del Sottosegretario del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali

Prof. Ferruccio Fazio

On.le Francesca Martini

Del Ministro della Pubblica Amministrazione e Innovazione

On, Prof. Renato Brunetta

Oggetto: richiesta applicazione art. 40 c. 2, DLgs 165/2001 – area contratuale autonoma

Onorevole Ministro, egregio Sottosegretario,

è risaputo che è intenzione del Governo riformare il modello contrattuale di lavoro e la Pubblica Amministrazione nella direzione della valorizzazione delle risorse umane e della riduzione dei comparti e delle aree di contrattazione.

Con la presente è intenzione della scrivente Organizzazione Sindacale avanzare la richiesta di riconoscere per il personale sanitario un'area contrattuale autonoma.

La richiesta, che può apparire paradossale rispetto alla premessa, è fondata sull'unitarietà del percorso formativo e della conseguente valorizzazione delle competenze specifiche per l'area sanitaria che, per molti enti, rappresenta la mission principale dell'istituzione.

Rendendoci disponibili sin d'ora ad un confronto sul tema e fiduciosi che la richiesta sarà tenuta in debita considerazione, porgiamo distinti saluti

Il Segretario Nazionale NurSind 12/06/2008 Dr. Andrea Bottega

Alla cortese attenzione Del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali Sottosegretario per la Salute On. Prof. Ferruccio Fazio

Oggetto: richiesta direttiva per uniforme unica dell'infermiere del SSN

Egregio Sottosegretario,

la presente richiesta di emanazione di una direttiva agli enti del Servizio Sanitario Nazionale per l'adozione di una divisa con caratteristiche uniche sul territorio nazionale che possa contraddistinguere chiaramente la figura dell'infermiere, nasce dall'esigenza di semplificare la Pubblica Amministrazione per renderla più vicina alle esigenze dei cittadini.

Poter individuare chiaramente la figura dell'Infermiere, per il cittadino-utente, significa sapere chi si ha di fronte e quindi poter indirizzare le giuste richieste al professionista competente.

Molto spesso vengono confuse le diverse figure sanitarie e tecniche che popolano gli ospedali, ritenendo ingenuamente che chi non è un medico è un infermiere (generalmente definito dalla stampa "paramedico").

Così non è. Spesso il cittadino rivolge richieste di assistenza infermieristica a chi non è infermiere (molto spesso sono figure tecniche) ricevendo in alcuni casi il diniego o il disinteresse da parte dell'operatore. Tali equivoci fanno sì che la richiesta del malato non venga soddisfatta tempestivamente o correttamente.

Pertanto, a nome degli infermieri che rappresentiamo, sono a chiederLe di attivarsi per l'emanazione di una direttiva che uniformi la divisa dell'infermiere nelle strutture sanitarie e che riporti chiaramente la dicitura INFERMIRE in evi-

Nella certezza che tale semplice iniziativa sarà ben gradita ai cittadini e ai professionisti rimango in attesa di una Vostra cortese risposta.

Il Segretario Nazionale NurSind 19/08/2008 Dr. Andrea Bottega



Contratto Sanità Privata AIOP-ARIS-Don Gnocchi nessun aumento per il 2006-2007?

Proseguiamo con l'informazione sullo stato delle trattative per il rinnovo del contratto.

18 giugno 2008

Si sono riuniti i rappresentanti del coordinamento tecnico della Commissione Salute e referenti tecnici dell'AIOP, ARIS e della Fondazione Don Gnocchi per un confronto sulle tematiche attinenti la remunerazione delle strutture private accreditate anche con riferimento alle criticità connesse all'applicazione dei CCCCNL.

I nodi affrontati sono:

•Le tariffe dei ricoveri ospedalieri

do l'autonomia delle singole regioni che possono adeguarle agli importi massimi consentiti.

•La questione dei così detti **tetti di spesa** per singola regione trova condizionamenti dai piani di rientro adottati da diverse regioni nonché dalla necessità di governo dei livelli di ospedalizzazione in alcune regioni nelle quali il relativo tasso è ancora molto elevato.

L'incontro si conclude sulle seguenti linee di indirizzo:

•resta ferma e salvaguardata
l'autonomia di ogni singola Regione;
•le regioni, sussistendone le condizioni, esercitano facoltà di incremen-

rimento ai rinnovi contrattuali in corso non sussistendo le condizioni per ulteriori impegni delle regioni con riferimento alle pregresse annualità.

•Ogni ulteriore evoluzione del sistema è necessariamente collegata ad un adeguamento del processo di accreditamento con riferimento alla garanzia di appropriatezza, qualità e sicurezza delle prestazioni da valutare attraverso idonei strumenti di verifica e revisione della qualità delle prestazioni erogate, dell'efficacia dei percorsi assistenziali, della riduzione dei ricoveri inappropriati nella logica della deospedalizzazione nonché

dell'adesione del sistema privato alle linee strategiche della programmazione regionale con impegno anche sul versante della riconversione delle strutture.

Nelle note a verbale. l'ARIS richiede che sia separatamente considerata la condizione delle strutture che hanno adeguato il proprio ordinamento al Sistema Pubblico secondo la previsione del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche. Conseguentemente, attesa la equiparazione al sistema pubblico che impone comunque la erogazione delle prestazioni richieste, che sia individuato un coerente sistema di remunerazione con riferimento all'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/92 che per le strutture equiparate prevede la conclusione di accordi al pari del Sistema pubblico.

AIOP e ARIS dissentono dal documento in quanto i contenuti dello stesso non riescono a risolvere le criticità connesse al rinnovo del CCNL, per il biennio 2006-2007, da erogare nel 2008, per i dipendenti della sanità privata, come previsto nelle premesse. Pertanto gli incrementi delle tariffe ed i tetti di spesa debbono avere inevitabilmente decorrenza dal 1° gennaio 2008.

La Fondazione Don Gnocchi



sono ferme al DM 30.6.1997 adottato dal Ministero della Salute. L'articolo 1, comma 170 della legge 311/2004 ha confermato il mandato al Ministero della Salute circa la determinazione delle tariffe massime stabilendo comunque che restano a carico dei bilanci regionali gli importi superiori alle tariffe massime. La legge 31/2008 all'art. 8 ha fissato al 31 dicembre 2008 il termine entro il quale il Ministero adotta le nuove tariffe massime. Pertanto è necessario attendere quella data per conoscerne l'adeguamento, fermo restan-

tare annualmente, fermi restando i vincoli di finanza pubblica, i Fondi disponibili per la remunerazione dei volumi di prestazioni richieste al settore privato e agli ospedali classificati, in coerenza e nei limiti massimi dell'incremento percentuale del fabbisogno di risorse destinate al SSN in sede di riparto annuale;

- •le strutture private si impegnano ad accantonare annualmente le risorse necessarie per garantire i rinnovi contrattuali.
- •la parte pubblica fa presente che le indicazioni di cui sopra fanno rife-

prot. SN-0162 del 16/08/2008

Alla cortese attenzione

Del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche sociali

On. Prof. Maurizio Sacconi

E pc. Del Presidente Conferenza delle Regioni

Dr. Vasco Errani

Oggetto: Rinnovo CCNL 2006-2009 sanità privata

Egregio Ministro,

come Le è certamente noto da 32 mesi, oramai, il personale dipendente della sanità privata è in attesa del rinnovo contrattuale.

Mentre il comparto della sanità pubblica ad aprile di quest'anno ha provveduto alla sottoscrizione del CCNL 2006-2009, i lavoratori dipendenti delle strutture sanitarie private stanno subendo ancora l'inerzia degli organi politici nazionali e regionali e l'ostruzionismo dei rappresentanti AIOP e ARIS che vogliono utilizzare questa vertenza per chiedere ulteriori risorse pubbliche a finanziamento delle loro attività.

Riteniamo questo atteggiamento non più tollerabile, viste soprattutto le magre paghe degli infermieri e il continuo crescere del caro vita, e chiediamo pertanto il Vostro personale interessamento in qualità di responsabile dell'ufficio ministeriale della Salute affinché al più presto si possa giungere all'apertura del tavolo contrattuale.

> In attesa di un Vostro cortese riscontro, porgo cordiali saluti. Il Segretario Nazionale NurSind

Dr. Andrea Bottega

condividendo il documento e concordando su quanto indicato da AIOP e ARIS in merito alla decorrenza del nuovo sistema di remunerazione, intende evidenziare le proprie specificità.

"La logica della revisione delle tariffe è assolutamente da estendere anche alle prestazioni sanitarie non ospedaliere, non comprese nel DM 30.06.97 (ad esempio le prestazioni riabilitative extra ospedaliere). Tali prestazioni sono erogate da Enti gestori che applicano il CCNL della sanità privata, e che subirebbero il rinnovo del CCNL senza garanzie di revisione delle tariffe. Questo vale a maggior ragione nella logica dell'inserimento degli Enti privati

accreditati nella programmazione regionale, con impegno anche sulla riconversione delle strutture secondo i fabbisogni individuati e verso la "deospedalizzazione": buona parte delle riconversioni ha riguardato proprio attività non volte alle acuzie, ma a riconversioni di posti letto su attività riabilitative e/o di lungo degenza.

Esistono poi diverse correlazioni e interazioni tra le attività sanitarie e quelle socio-sanitarieassistenziali, soprattutto sul territorio, e talvolta in forma progettuale/sperimentale. Occorre far chiarezza anche sulla dinamica integrativa che potrà essere sviluppata tra gli adeguamenti delle tariffe sanitarie e quelle delle prestazioni sociosanitarie-assistenziali correlate, sempre in considerazione del fatto che gli Enti gestori, che erogano tali prestazioni integrate, applicano comunque il CCNL della sanità privata, e non hanno in questo momento alcuna garanzia di revisione delle tariffe non direttamente connesse alle attività sanitario ospedaliere".

Il 30 luglio 2008, la Conferenza delle Regioni e

delle Province Autonome, attraverso il Segretario Generale M. M. Onori, fa sapere a CGIL-CISL-UIL di condividere le linee di indirizzo definite dalla Commissione Salute degli Assessori regionali alla Sanità.

Il 1° Agosto 2008 il Presidente AIOP, avv. E. Paolini, scrive al Presidente del Consiglio ed al Ministro Sacconi, rammaricandosi per la posizione della Conferenza Stato Regioni di non aver risolto il nodo dei finanziamenti per il biennio 2006-2007. L a m e n t a sperequazioni esistenti tra pubblico e privato sono in gran parte dovute agli enormi sprechi delle strutture pubbliche.

Il 4° Agosto 2008 il Presidente ARIS, Fr. M. Bonora scrive al Coordinatore della Commissione Salute del Ministero E. Rossi, evidenziando la criticità connesse al rinnovo del biennio 2006-2007. Chiede di convocare il tavolo politico di concertazione entro la prima settimana di settembre per dare attuazione alle linee di indirizzo condivise della Conferenza, prima dello sciopero indetto per il 18 settembre 2008.

Cgil-Cisl-Uil nel frattempo hanno confermato lo sciopero nazionale della sanità privata per il 18 settembre con manifestazione a Roma.

Numerosi infermieri iscritti a NurSind che lavorano nel privato ci hanno comunicato la propria contrarietà nell'aderire ad uno sciopero che porta unicamente vantaggio ai padroni della sanità privata sfruttando le giuste rivendicazioni del proprio personale unicamente come leva per estorcere ulteriori finanziamenti allo Stato.



altresì che le

Storico accordo aziendale

35 h sett. (1 per l'ECM) - Turno in 5a - Legge Sirchia - Assunzioni

Inf. AFD Silvio Boffelli - RSU Nursind Ospedali Riuniti di Bergamo

Il 12 Giugno 2008 sarà ricordato dagli infermieri di Bergamo come una data storica, grazie all'unione ed alla determinazione, è stato firmato l'accordo che sancisce le loro richieste:

- Basta coi rientri programmati da ottobre 2008;
- 2. Turno in 5a (m-p-n-s-R) regolare
- 3. 35 ore settimanali + 1 ora per l'ECM
- 4. Applicazione della legge Sirchia
- 5. Nuove assunzioni

Storia di una vittoria di 1700 infermieri/e dipendenti degli OO.RR.BG., sarebbe bello e giusto elencarli uno ad uno, viene in mente: l'io c'ero, ecco, ognuno di loro c'era, 1700 persone hanno formato quella entità che sembrava scomparsa: "l'opinione pubblica", la sostanza vitale sulla quale la democrazia, esprime la sua forma; andando oltre il "si salvi chi può".

E poi, una Voce, che li ha ben rappresentati, il NurSind, che ha dato forma, ha concretizzato in azione l'opinione degli infermieri.

Nel giugno 2007 Nursind denuncia alla Dir. Prov. del Lavoro l'inadempimento dell'Azienda del D.lgs 66/03.

L'azienda risponde con una proposta di turno oscena: turno in 10a con la doppia notte e due finti riposi da utilizcome jolli.

L'8 Ottobre 2007 NurSind dichiara lo stato di agitazione. Il 19 NurSind istituisce il "Comitato per le Assunzioni e contro i Turni Massacranti", svolgendo assemblee aziendali, stilando comunicati, parole d'ordine di mobilitazione e raccogliendo 950 firme di adesione. Lo stesso giorno, si esperisce negativamente il tentativo di conciliazione in Prefettura sulla vertenza aperta dal NurSind.

29 ottobre si espongono in azienda 2 enormi striscioni che sintetizzano la protesta, rimossi dall'Azienda e da noi recuperati e riesposti, di nuovo ritirati e di nuovo riesposti più volte.

Novembre 2007: Elezioni R.S.U.: NurSind 1° sindacato in azienda con 14 Delegati in R.S.U.

07 Dicembre 2007 l'Azienda trasmette all'R.S.U. e alle Organizzazioni Sindacali la sua proposta con oggetto: concertazione, modifiche turni di lavoro in attuazione al D. Lgs 66/2003, nella quale è contenuta l'apertura, a titolo sperimentale, allo svolgimento di 35 ore settimanali prevista dall'art. 16 del CCIA 20/04/2006 (solo per i turnisti), riservando 1 ora settimanale dell'orario di lavoro, anche comulabili. alla formazione.

Per l'area sanitaria assistenziale questione, ritenuto più flessibile e più di assenze improvvise.

Marzo 2008: Referendum, 93% degli infermieri chiedono il turno M-P-N-S-R. Le 950 firme raccolte dal NurSind, più del numero dei turnisti, non bastavano a convincere le altre sigle sindacali del volere degli infermieri.

Le resistenze, di cui sopra, hanno fatto si che ci volessero 7 mesi e 8 Assemblee R.S.U. per arrivare ad una univoca posizione, questo con grave danno dei lavoratori tutti.

Le motivazioni, mai confessate, che determinavano tale resistenza risiedevano unicamente nella aprioristica opposizione al NurSind.

L'08 Maggio, 7a R.S.U., ultimo dibattito sulla questione e invio alla Direzione Aziendale di richiesta unitaria di istituzione del turno M-P-N-S-R.

Giovedì 12/6/08 è stato finalmente firmato tra RSU ed Azienda, l'accordo sui nuovi turni in ospedale. Entrambe le parti condividono la necessità e la giustezza delle norme del D.Lgs. 66/2003 a cui orientare le scelte azien-

E' stato definito il turno: Mattino -Pomeriggio - Notte - Smonto -Riposo, quale turno di riferimento in sostituzione di quelli già in essere nell'area sanitaria.

Viene abbattuto il debito orario annuo grazie al riconoscimento di 1 ora settimanale riservata alla formazione per un totale di 42 ore annue, per Infermieri e OSS turnisti, nonchè ai giornalieri e Caposala operanti nelle unità di degenza con prevista turnazione sulle 24 ore. Eventuali debiti e crediti, saranno monitorati nel corso dell'anno ai quali contribuiranno le ore

di riunione e formazione a qualsiasi titolo previste.

Assunzione di 25 infermieri e 10 O.S.S. a copertura dei rientri sop-

Introduzione della legge Sirchia nº1 del 2002, mai applicata ai Riuniti di BG. Tale legge prevede il pagamento di prestazioni aggiuntive sottoforma di attività Libero Professionale, pagata il mese suc-



dal territorio

dovrà essere esteso a tutti gli infermie-

A fronte dell'impossibilità di eliminare il lavoro notturno ed il disagio, proprio della nostra Professione, viene posto un riconoscimento economico significativo.

Per ultimo, ma non ultimo per importanza, il ricorso a nuove assunzioni.

E finisco tornando all'inizio, l'opinione pubblica: gli infermieri, la voce: il NurSind, ci fanno dire che insieme,.....

Siamo forti!

cessivo e remunerata a 25 euro/ora, con un finanziamento di bilancio pari a 280.000 euro, messo a disposizione per coprire le necessità della copertura dei turni urgenti dal 1° giugno al 31 dicembre 2008.

L'azienda si riserva di attivare, in via sperimentale, il turno da lei proposto (turno in 10a con la doppia notte) in una U.O. campione che sarà successivamente individuata (al momento nessuna U.O. si è offerta).

L'Azienda intende inoltre completare l'adeguamento della dotazione organica nel prossimo biennio con l'ulteriore assunzione di 25 Infermieri nel 2009 ed altri 36 nel 2010, oltre che

Il turno in 5a: con inizio al mattino, e che si compie in 3 giorni, è considerato, da tutta la letteratura, come quello più rispettoso dei cicli circadiani, quindi di minor danno per la persona.

potenziare progressivamente anche il

sta, dalla parte degli infermieri, dalla

parte di chi vive sulla propria pelle la

fatica del proprio lavoro, ci ha sorretto

la voglia di operare per condizioni di

lavoro sostenibili e sicure, per se stessi

Soli contro tutti, ma dalla parte giu-

personale OSS.

e per gli assistiti.

Le 35 ore: introducono, in modo importante, un diritto-dovere, del professionista, che, nel corso del tempo,

Nasce NurSind a Pescara: ...mi sono sentito subito a mio agio"

Inf. Antonio Argentini - Segretario Provinciale Nursind Pescara

"La scelta di abbandonare Nursing UP era nell'aria già da tempo e si è concretizzata nel momento in cui, tacciato di essere un "ribelle" alle gerarchie, sono stato espulso da quella associazione.'

Questa amara considerazione del neo segretario provinciale di NurSind Pescara, Antonio Argentini, è la conseguenza dello sconforto causato dal desiderio di impegnarsi per il riscatto di una categoria, quella infermieristica, fin troppo spesso ai margini della sanità abruzzese e degli imprevisti limiti organizzativi e gestionali di un'organizzazione, quella sindacale, che dovrebbe essere al servizio degli associati.

"Per fare sul serio sindacato in provincia, sono necessarie risorse economiche adeguate e autonomia decisionale nella gestione delle problematiche aziendali. Le difficoltà nella richiesta dei rimborsi spesa e l'impossibilità di accedere alle informazioni sul contratto assicurativo integrale degli associati Nursing Up perché considerate "riservate", sono state le ultime questioni che hanno determinato la mia rottura con una dirigenza regionale e nazionale non più degna della mia fiducia.

Tuttavia mi sono sempre speso per i numerosi infermieri che a Pescara hanno creduto e continuano a credere nel riscatto della nostra professione e della nostra condizione lavorativa. Venendo meno il mio rapporto con il Nursing Up mi sono reso conto che non potevo tradire quanti nella mia provincia avevano aderito al progetto di autorappresentanza della categoria. Così ho deciso di continuare a difendere i diritti degli infermieri e continuare il proficuo lavoro svolto negli ultimi anni aderendo al NurSind "Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche" rinunciando anche ad allettanti offerte di altri più blasonati sinda-

Già nei primi mesi di appartenenza al sindacato infermieristico ho potuto apprezzarne gli aspetti positivi.

Le differenze sostanziali che ho trovato in Nursind sono legate principalmente allo statuto che è primariamente democratico e rispetta l'autonomia delle segreterie provinciali. I vertici del sindacato sono eletti dalla base attraverso il Congresso Nazionale che si svolge ogni tre anni e a cui partecipano con diritto di voto i delegati di tutte le segreterie provinciali NurSind (in base al numero degli iscritti). Esiste, inoltre, un ampio dibattito tra gli iscritti prima di prendere decisioni importanti e questa condivisione di opinioni mi è subito piaciuta. Infine, molto importante per la possibilità di azione a livello locale è l'autonomia dal punto di vista economico di ciascuna segreteria provinciale: le quote sindacali degli iscritti vengono direttamente gestite dalla segreteria provinciale e possono essere di volta in volte impiegate per le esigenze dei propri iscritti (si possono attivare consulenze legali in loco, convenzioni per l'assistenza fiscale, indire cause davanti al giudice del lavoro, ecc.).

Per queste ragioni, oggi più che in passato, mi sento motivato a proseguire nella tutela dei diritti degli infermieri pescaresi forte di una autonomia di azione riservata alla direzione provinciale e all'aver "le spalle coperte" nel garantire agli iscritti i servizi sindacali di cui necessitano. In me nulla è cambiato rispetto a questo obietti-

vo. Ho solo deciso di cambiare alcuni compagni di viaggio perché lo stesso fosse più piacevole e più sicuro per i miei amici.

Ho anche avuto il piacere di conoscere il segretario nazionale e altri membri del direttivo nazionale e posso dire che mi sono trovato subito a mio agio come se li conoscessi da tempo.

La vicinanza dei vertici sindacali alla base e la possibilità di interloquire con loro direttamente sono un punto di partenza indispensabile per riportare nel sindacato la fiducia dei lavoratori.

A tutti i miei colleghi di Pescara e dell'Abruzzo rivolgo il mio invito ad aderire e ad impegnarsi direttamente nel costruire un comune progetto di crescita.



NurSind Pescara contro gli accorpamenti all'H di Popoli:

è giunto il momento di tornare ad investire su chi fa e dà assistenza

Riportiamo l'articolo di denuncia apparso su "Cronaca d'Abruzzo" nel giugno scorso.

Nursind, il neonato sindacato delle professioni infermieristiche, ha espresso rammarico e sconcerto riguardo il comportamento dell'anministrazione aziendale che sta adottando nei confronti del presidio ospedaliero di Popoli.

"Da una struttura che erogava una sanità di alta qualità, infatti era riconosciuta da tutti come la migliore del centro Italia, da qualche tempo la politica aziendale e regionale ha ridotto la qualità del presidio popolese a nullità. Tutto ciò a discapito dei cittadini del circondario - si legge nella nota del segretario provinciale Antonio Argentini - che hanno e che vorrebbero ancora usufruire di una assistenza sanitaria di alto livello.

Tutto ciò viene giustificato da una carenza di fondi, ma si osserva che ci si è permessi il lusso di modificare l'atto aziendale con un aumento dei dipartimenti da 18 a 22 con ulteriori nomine di direttori e dirigenti, di continuare ad usufruire di consulenze ed appalti esterni.

Tutto questo, secondo il nostro modesto parere, comporta un aggravio di spesa non indifferente. Riusciamo anche a capire le ragioni della politica, dove certe scelte e certe strategie a volte s'impongono per determinati equilibri e, sinceramente, c'interessa relativamente poco, sappiamo però che è giunto il momento di tornare ad investire su chi fa e dà assistenza.

Negli anni tanto personale infermieristico è andato in pensione, si è trasferito in altri presidi ma mai sostituito, continuando a lavorare con tante difficoltà e purtroppo con la qualità dell'assistenza che veniva sempre più a deficere per l'impossibilità a cui sono stati portati tali professionisti.

Oggi molti reparti e servizi del presidio sono al collasso con impossibilità di gestione, infatti per risolvere il problema dell'assistenza stanno accorpando i reparti creando dei calderoni dove c'è tutto di più, come sta avvenendo con il reparto di cardiologia che per l'ennesima volta verrà accorpato con il reparto di medicina e nefrologia, con relativo disagio per i pazienti, per il personale infermieristico e di supporto che viene mandato da una parte all'altra per cercare di tamponare le esigenze varie come delle toppe che devono tamponare le falle che stanno creando chi sta amministrando la nostra sanità.

Riteniamo che l'accorpamento di

tali reparti non porti sicuramente ad una sanità di qualità che tutti i cittadini e gli operatori sanitari ritengono necessaria".

Il sindacato ha espresso dunque la netta contrarietà a tutti gli accorpamenti in quanto ritiene che questo modo di fare sanità ci sta portando indietro nel tempo di almeno 50 anni.

"Non si può essere sempre vittime della cattiva organizzazione della gestione delle risorse finanziarie ed umane subendo in silenzio sia come cittadini che operatori. Non è questa la sanità che vogliamo, fatta di improvvisazione e non di programmazione. Se l'intenzione reale della Giunta Regionale e della dirigenza ASL è quella che vanno sbandierando ai quattro venti, in altre parole di dare una svolta positiva e quindi di riportare a fare una sanità di qualità, allora che lo facciano, che cosa stanno aspettando? O è solo pura fantasia?

Il sindacato NurSind ritiene che è ora di dire basta all'agonia a cui ci hanno portato e fa un appello a tutti i cittadini della città di Popoli, dei paesi del circondario e alle forze politiche e sindacali ad alzare la voce affinchè il Presidio di Popoli ritorni al suo splendore come lo è stato".

Riorganizzazione emergenza territoriale a Empoli:

118 e/o triage?

Riportiamo la lettera che Nursind Firenze ha scritto al Direttore Generale Azienda USL 11 di Empoli, al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo, al Direttore Dipartimento le Professioni Sanitarie, al Direttore Relazioni Sindacali e Amministrazione del Personale, al Coordinatore RSU, e per conoscenza alla Presidente Federazione IPASVI, all'Assessore Regione

Toscana Diritto alla Salute.

Oggetto: Riorganizzazione Emergenza territoriale Azienda USL 11 di Empoli

In merito all'avvenuto cambiamento dell'assetto organizzativo dell'emergenza territoriale ed in particolare riguardo l'attivazione delle postazioni di Automedica e dei Punti di Primo Soccorso laddove esse stazionano, constatiamo che:

- •la guida da parte del personale Infermieristico e/o Medico della vettura, espone detto personale ad evidenti rischi sul piano civile e penale che, non rientrando nelle mansioni propie dei professionisti interessati, avrebbero dovuto essere oggetto di confronto con le RSU e le OOSS.
- •In merito alla Vs risposta Prot. Nr 40119 del 4/08/08 segnaliamo che, al punto uno, viene dichiarato che la copertura polizza infortuni riguarda

•solo il conducente del mezzo, cosa questa non accettabile alla quale chiediamo urgente risposta visto che il personale esposto è anche il "passeggero", Medico o Infermiere che sia.

•Nei Punti di Primo Soccorso, come da delibera Regionale del 9/07/07 e successivi allegati, è prevista esclusivamente attività Medica. Ci risulta i n v e c e c h e il personale Infermieristico del 118, oltre che adoperarsi fattivamente alla sua realizzazione, anche con lavori di tra-

sporto materiale e pulizie che certo non gli compete, stia continuando nell'accoglienza (triage?!) dell'utenza e nell'erogazione di prestazioni. Tali prestazioni però non risultano in nessun atto ufficiale all'interno dei PPS. Non è accettabile "fare attività" e che questa non sia quantificata e riconosciuta. Per cui, se l'Azienda reputa necessarie anche le prestazioni degli Infermieri, esse devono essere oggetto di apposita delibera da parte Aziendale al fine di definire attività

e responsabilità del personale coinvolto, in quanto, come detto, non coincidente con quanto disposto da delibera Regionale.

Per i motivi sopra citati chiediamo convocazione urgente delle RSU e apposito tavolo di confronto Aziendale.

> Segreteria Provinciale NurSind Empoli Inf. Giampaolo Giannoni

Ai Civili di Brescia la CGIL polemizza con Nursind:

ancora bastonate in corsia

Pompeo Cammarosano, delegato sindacale del Nursind all'Ospedale Civile di Brescia, denuncia al quotidiano "Brescia Oggi" cos'è accaduto nel suo reparto in una "normale" mattina di sabato.

A distanza di una settimana esatta dal grave episodio di bastonate presso la clinica della Ciociaria, il 28 di luglio all' ospedale civile di Brescia, si sfiora ancora una volta la tragedia. Questa volta a buscarle sono state una operatrice di supporto e una infermiera.

Una normalissima mattina di sabato, capita che un paziente già affetto da problemi psicologici, preso da un improvviso raptus di follia, prende a bastonate una operatrice mentre svolgeva le proprie mansioni.

La sfortunata veniva colpita da dietro, alla testa e alle spalle. Se non ci fosse stato l' immediato intervento degli altri pazienti e delle colleghe accorse in suo aiuto, oggi staremmo a parlare di un altro caso di morti bianche. Nel nostro caso la collega se l'è cavata con tre punti di sutura alla testa e 30 giorni di guarigione. Mentre la collega infermiera che si era inserita tra il paziente e l'operatrice, ha riportato ecchimosi sparse su tutto il corpo e guarirà nel giro di una decina di giorni.

Ma perché capitano queste vicende? Forse perché il pericolo non è prevedibile o perché lo si sottovaluta? L' unica cosa certa è che accadono! Ritengo che tutti noi ci si debba assumere ognuno le proprie responsabilità e far sì che i luoghi di lavoro non divengano dei campi di battaglia.

A questo punto non resta che prevedere l' obbligatorietà del casco non solo quando si va in moto ma anche quando si va in corsia di ospedale! Spero che fra una settimana non ci si trovi a parlare di bastonate in un altro ospedale. Ci sono casi in cui è veramente difficile prevenire alcuni comportamenti violenti dei pazienti, specie se schizofrenici, ma cerchiamo di dare il meglio di noi per vedere al di là delle apparenze e cogliere anche gli aspetti violenti più reconditi.

Basterebb e porsi con lo stesso habitus mentale che si adotta quando si fa una diagnosi di una patologia d' organo. Pare che gli aspetti mentali abbiano meno rilevanza. Se un paziente urla o si agita non è come se avesse dolore toracico o altra disfunzione organica. La disfunzione mentale è una disfunzione minore, tanto

è vero che se un paziente è malato mentalmente e organicamente, si predilige il reparto di medicina anziché quello di psichiatria con tutti i pericoli per gli altri degenti e il personale!

In seguito a questo articolo, la CGIL aziendale per bocca del suo rappresentante, polemizza con Pompeo sostenendo che è insito nella professione dell'infermiere il rischio di essere aggrediti e definendo "variopinta" la sua denuncia.

Pedrazzani, segretario di Fp Cgil: «Un infermiere che chiede il casco



Per la Cgil enfatizzare l'episodio è inutile e strumentale, e rischia tra l'altro di offuscare le peculiarità e i nodi che interessano la categoria infermieristica. «Fra questi l'esposizione nella cura dei pazienti, la responsabilità professionale sempre più consistente, e di converso una resistente sottovalutazione di questa responsabilità e dell'esperienza maturata sul campo - spiega Pedrazzani -. C'è poi la questione della nondipendenza dalla gerarchia medica, visto che l'infermiere oggi ha acquisito una posizione sempre meno «ancillare» e più autonoma.

Che questi rischi facciano "parte del mestiere" –come afferma la CGIL – non significa che sia tollerabile un'inerzia, anche sindacale, nel tentare di ridurne l'incidenza concreta nei lavoratori, gli risponde A. Bottega.

Il NurSind, sindacato autonomo degli infermieri, è nato anche per questo. Di fronte al disinteresse di aspetti specifici della categoria da parte delle confederazioni maggiormente rappresentative, molti infermieri hanno deciso di darsi una strumento, il sindacato di categoria appunto, al fine di tutelare

al meglio la propria salute, la propria valorizzazione sociale ed economica e poter soddisfare i bisogni di salute dei cittadini con maggior qualità e sicurezza.

Portare all'attenzione dei datori di lavoro e all'opinione pubblica tali casi che accadono, anche in forma più lieve e meno drammatica quotidianamente nelle corsie degli ospedali, ha lo scopo di sensibilizzare da una parte i cittadini a cui si vuol far capire l'alto valore sociale che la professione di infermiere riveste nel prendersi cura di tutte le condizioni di salute della persona umana, dall'altra parte le istituzioni preposte affinché si prodighino nel ridurre il più possibile i rischi connessi all'esercizio della professione. Di quest'ultimo aspetto ce n'è bisogno in modo particolare perché ciò che è stato fatto non è ancora sufficiente. E in quest'ambito il ruolo del sindacato è centrale.

Si pensi che contrattualmente il rischio riconosciuto agli infermieri è uno solo: quello radiologico. Del resto i sindacati firmatari dei contratti poco o nulla hanno fatto per riconoscere i particolari disagi della categoria: le scarse indennità riguardano i lavoratori delle aree critiche, dell'ADI e chi lavora nel reparto di malattie infettive, altre indennità (di qualificazione professionale, di turno, notturna e festiva, di pronta disponibilità) sono misera cosa e gli importi sono fermi da decenni. Si pensi che l'indennità di profilassi antitubercolare previste per chi lavora nelle pneumologie è di 0,15 €al giorno!

Nulla è stato fatto per riconoscere la professione di infermiere come

lavoro usurante.

L'infermiere, trovandosi proprio a diretto contatto con la persona concreta a cui non inerisce solamente una malattia o un singolo evento morboso bensì un complesso di alterazioni fisiche, psichiche e sociali, è quotidianamente soggetto a rischi di carattere fisico, chimico e biologico. Sottovalutare questo aspetto significa mancare di rispetto ai lavoratori.

Chi vive la professione conosce i rischi della professione dall'esperienza propria e dei colleghi. La mia di lavoratore-sindacalista – solo di questi giorni - la riassumo così: l'infermiere a casa con fratture costali perché colpito da un ragazzo ricoverato in psichiatria, l'infermiera che chiede aiuto per un orario che faciliti la riabilitazione della figlia affetta da sordità a seguito di una sua infezione da citomegalovirus, molto probabilmente contratta durante il lavoro; la collega di sala operatoria che ha contratto una rara forma di tubercolosi ed è sottoposta ad isolamento e massicce terapie antibiotiche, le numerose colleghe operate di ernia lombare a causa della mobilizzazione dei malati. Questi sono solo alcuni casi recenti che dimostrano che molto spesso gli infermieri erogano salute a discapito della propria salute.

Per tali motivi rimando al mittente l'invito di cambiare mestiere.

Il Segretario Nazionale NurSind **Dr. Andrea Bottega**

In risposta all'assessore regione Marche:

altro che "carenza di vocazione"!

Alla redazione dè "Il Messaggero"

Oggetto: Risposta assessore regionale Almerino Mezzolani

Gentile redazione de' "Il Messaggero", l'O.S. NurSind, Segreteria Provinciale di Ancona, ha appreso, da un articolo intitolato "Mezzolani: I pazienti non fuggono da Torrette" pubblicato sul Vostro quotidiano in data 6 luglio u.s., un commento dell'assessore regionale alla sanità sul fabbisogno infermieristico della regione Marche.

Attraverso lo scrivente Ufficio, la cennata segreteria, sentendosi in diritto di replica tiene, a nome dei suoi iscritti, tutti infermieri, a significare quanto segue.

Si ha modo di ritenere che la carenza infermieristica nella regione

Marche, come nel resto d'Italia, non è dovuta ad "una carenza di vocazione" ma piuttosto a manovre politiche e gestionali che hanno prestato poca attenzione alla valorizzazione sostanziale e all'aspetto economico della professione forse proprio per il fatto di credere che gli infermieri intraprendano un percorso di "missionari" spinti da una "vocazione"! Anzi è giusto il momento di ricordare che l'infermiere

è un professionista intellettuale che ha un percorso formativo universitario che, se compiuto integralmente, è pressoché identico a quello della professione medica. La vocazione è una proprietà, una caratteristica, che vorremmo lasciare al mondo religioso e al vero volontariato.

Perché un giovane italiano dovrebbe scegliere di essere infermiere? E quali sacrifici deve affrontare? In cambio di cosa? Questi sono gli interrogativi cui necessita dare una risposta per comprendere a fondo il problema della emergenza infermieristica! Oggi un giovane italiano che decidesse di scegliere la professione di infermiere deve, come minimo, conseguire una laurea triennale in scienze infermieri-

stiche che comprende, oltre alla didattica frontale, un duro tirocinio di circa 1600 ore, più attività di laboratorio. Se il giovane non è residente nella sede universitaria bisogna aggiungere, alle tasse universitarie, le spese per la casa e per il sostentamento.

Alla fine di questo percorso si trova un lavoro che per sua natura lo "costringe" a lavorare di notte, di domenica e nelle festività, prendere le ferie quando può, subire selvaggi cambi turno e salti di riposo tali da non permettergli neanche di organizzarsi una semplice vita privata. Questo ed altro per circa 1100

euro netti al mese di stipendio base (intorno ai 1400 euro se vengono aggiunte varie indennità). Da considerare anche la elevata intrinseca responsabilità, non ultima penale, per eventuali errori causati non sempre per esclusiva colpa del professionista.

Una professione che doveva, e deve, essere incoraggiata anche economicamente: gli infermieri europei percepiscono circa 600 euro in più di quelli italiani. Lo Stato invece ha pensato nell'ottica della razionalizzazione della spesa sanitaria, dopo aver reso l'infermiere generico, professione ad esaurimento, richiedendo, almeno in

teoria, una sempre maggiore professionalità, di creare l'OSS, l'operatore socio sanitario: una figura di supporto all'infermiere che si occupa principalmente dell'igiene del paziente e dell'attività alberghiera.

Questa figura però, se da un lato valorizza l'infermiere depurando il suo carico di lavoro da quelle attività meno "intellettuali"; dall'altro, se "usata" male pregiudica la qualità assistenziale: in qualche realtà ospedaliera, ad esempio al posto di tre infermieri per turno, oggi si hanno un infermiere e due OSS. Si risolve la carenza infermieristica e si diminuisce leggermente la spesa sanitaria però tutto a svantaggio della qualità e del cittadino!

Basta dire che servono meno infer-

lavorativo.

Non ci risulta veritiera la notizia in cui si afferma "Abbiamo dato la nostra disponibilità a fare tutte le assunzioni possibili ...". Se così fosse le dotazioni organiche delle strutture sanitarie pubbliche sarebbero dovute essere al completo e non "stabilizzare" personale infermieristico. Se così fosse le maternità sarebbero state tutte sostituite ed invece si assiste, ad esempio, agli Ospedali Riuniti, a circa 80 maternità non sostituite e la dirigenza nei tavoli di trattativa afferma che è la Regione che ha bloccato le assunzioni.

Piace ricordare all'Assessore che l'assistenza infermieristica si basa su una delicata equazione che vede da una parte il numero degli ammalati e



mieri! Ma quanto guadagna l'OSS? Poco meno dell'infermiere ma ha meno responsabilità, non deve fare tre anni di università Ecco che oggi, per dirla con le parole dell'assessore Mezzolani, non c'è più tanta vocazione per l'infermiere. Cresce invece quella per l'OSS!

Ritornando nelle Marche, l'Assessore ha sbagliato la diagnosi: la malattia non è la vocazione ma una sindrome che racchiude una richiesta di autonomia e ruolo professionale sostenuta da un adeguato riconoscimento economico tale da premiare il percorso formativo e la responsabilità in ambito dall'altra il numero degli infermieri: all'incrementare di una parte deve s e g u i r e n e c e s s a r i a m e n t e l'incrementare dell'altra ovvero alla stabilità dell'una deve seguire quella dell'altra. Con almeno 80 infermieri in meno si ha un decremento qualiquantitativo dell'assistenza erogata con tutti i potenziali danni conseguenti.

Cordialità.

Dr. Enzo PalladinoDir. Prov. NurSind Ancona

il buongiorno si vede dal mattino

Chi mi conosce dal punto di vista sindacale, si ricorda di me come rappresentante del sindacato Nursing Up. Ora, la scelta di passare a Nursind ed aprire la segreteria nella mia città portando così questo sindacato ad essere presente in ogni provincia della Regione è stata per me un'ancora di salvezza.

Per molti versi la mia storia è simile a quella vissuta dal mio collega di Pescara, Antonio Argentini. Con lui ho condiviso molte battaglie sindacali a difesa degli infermieri della mia ASL e della mia provincia. Con lui non è mancata occasione di incontro per decidere come muoversi su molte iniziative, non ultima quella di transitare in un'organizzazione in cui le nostre potenzialità fossero considerate e lasciate esprimere. Già dal primo incontro con il segretario nazionale e alcuni componenti la direzione nazionale ho capito che il clima in NurSind sarebbe stato diverso, più familiare, più vicino alle mie esigenze.

A fronte di un interessamento ad approfondire una reciproca conoscenza e alla richiesta di invito ad un confronto, non hanno esitato a venire in Abruzzo dal Veneto, dalle Marche, dalla Toscana. Così con Andrea, Daniele e Tiziana abbiamo intavolato una discussione sulle problematiche della categoria, sulle difficoltà in provincia e in Regione degli infermieri e della tutela dei loro diritti. Ci siamo confrontati sulle azioni sindacali poste in essere dai due sindacati, sulle vertenze legali che interessavano i nostri iscritti

ed abbiamo discusso delle modalità di soluzione dei nostri problemi.

Il mio interesse fondamentale era ed è quello di poter garantire agli iscritti l'efficacia dell'azione sindacale.

Dopo quell'incontro ho capito che sarei potuto ripartire con nuovo slancio dopo alcune delusioni subite in Nursing Up e soprattutto lo sconforto derivante dalla sensazione di essere stato usato (e, per tramite mio, gli iscritti) per gli interessi di pochi piuttosto che per quelli della categoria.

La questione polizze assicurative – che sono in scadenza a fine anno e di cui non si sapeva se c'era il rinnovo per me e stata fonte di estrema incertezza sulla reale tutela che potevo garantire agli iscritti. La scadenza della promozione in concomitanza con la rilevazione delle deleghe sindacali ai fini della rappresentatività mi ha sempre fatto sospettare che fosse più un'iniziativa propagandistica piuttosto che un reale servizio agli iscritti. Anche per questo motivo non me la sono sentita di stare al gioco e, coerentemente con quanto ho sempre sostenuto, ho deciso di riservare il mio impegno per tutti quelli infermieri della mia provincia che ancora credono nei valori di autorappresentanza della nostra categoria e, come me, ritengono di poter costruire qualcosa di nuovo ed importante che possa cambiare il nostro avvenire.

Solo da alcuni mesi è aperta la segreteria dell'Aquila e l'entusiasmo è alto come la voglia di collaborare con le altre province per una maggiore sinergia.

Il mio invito ad iscriversi al Nursind è rivolto a tutti gli infermieri dell'ASL 1 Avezzano/Sulmona e dell'ASL 4 L'Aquila. Chiunque vorrà collaborare per la crescita della segreteria provinciale troverà in me la massima disponibilità e l'aiuto necessario per farsi in quest'esperienza. Spirito di aiuto e amicizia è quanto ho trovato in Nursind al



mio arrivo.

Se il buon giorno si vede dal mattino, ...

Sulmona, li 18 Agosto 2008

Il Segretario Provinciale NurSind L'Aquila Inf. Antonio Santilli Cell. 333 / 4125508 santilli.antonio@fastwebnet.it aquila@nursind.it

Vieni anche tu nella grande piazza virtuale



www.nursind.it

troverai molti Infermieri che si confrontano e soprattutto... non si sentono più soli! Nuoro: importante accordo sulle prestazioni aggiuntive

finalmente gli Infermieri assumono un ruolo centrale

Finalmente gli Infermieri assumono un ruolo centrale nelle trattative sindacali a livello aziendale, questo grazie ad anni di lavoro sindacale che ci hanno permesso di sindacalizzare nel senso di far capire ai colleghi l'importanza del sindacato e della presenza sindacale infermieristica nelle trattative sindacali.

Se nelle precedenti delegazioni trattanti parte sindacale RSU erano assenti gli infermieri o presenti in numero esiguo, nella attuale gli infermieri sono in maggioranza. Questo perche anche le sigle confederali per poter contrastare la nostra avanzata hanno dovuto inserire colleghi, il tutto a vantaggio degli infermieri, che grazie anche al fatto di aver avuto la fiducia di poter coordinare l'assemblea delle RSU, ci ha permesso di poter portare argomenti di interesse infermieristico nelle trattative aziendali.

Ultimo importante risultato ottenu-

to prima delle ferie estive e la firma del nuovo regolamento per l'acquisto di prestazioni aggiuntive, finalmente si regolamenta e soprattutto si aumenta l'importo delle stesse.

Le principali novità previste in esso sono:

▶per ogni ora di prestazione aggiuntiva è corrisposto un compenso



di €28 lorde per gli infermieri/tecnici radiologia/ostetriche (cat D), € 18 lorde per gli infermieri (cat. C);

le prestazioni rese sono maggiorate del 15% in caso di prestazione notturna o festiva, un incremento che varia dal 40% al 50% rispetto al precedente accordo di €20 lorde;

▶sono stati eliminati tutti i vincoli che in precedenza per varie interpretazioni penalizzavano i dipendenti che facevano prestazioni aggiuntive e poi usufruivano di permessi o incombevano in un giorno di malattia.

Un importante risultato che provvisoriamente in attesa che si stabiliscano le dotazioni organiche per ogni singolo servizio, premierà i colleghi che garantiranno l'assistenza con prestazioni extra.

Inf. Mauro Pintore

Coordinatore RSU Segr. Prov. Nursind Nuoro

prosegue da pag. 22

per un solo giorno di malattia. Prima era facoltativa. Resta invariato quanto previsto dalle disposizioni preesistenti circa il periodo di comporto, la sospensione in caso di ferie e i tempi di invio della certificazione comprovante la malattia.

Come ultima precisazione richiamata dalla circolare ministeriale è che "in osservanza dei principi della necessità e dell'indispensabilità che improntano la disciplina in materia di trattamento dei dati personali, in linea generale (salvo specifiche previsioni) le pubbliche amministrazioni non possono chiedere che sui certificati prodotti a giustificazione dell'assenza per malattia sia indicata la diagnosi, essendo sufficiente l'enunciazione della prognosi (si veda in proposito anche la Delibera del Garante per la protezione dei dati personali del 14 giugno 2007)...". Circostanza, quest'ultima, già segnalata dall'autore del presente articolo in "Quando la malattia non è solo un pro*blema di salute*", pubblicato su questa stessa rivista sul 2° e 3° trimestre 2006.

Bibliografia e sitografia

Cui S. (2005), "Malattia: assenza alla visita fiscale" Diritto & Pratica del lavoro n. 28

Palladino E. (2006), "Quando la malattia non è solo un problema di salute", Infermieristicamente Sindacando, Edizione Maximus, 2° e 3° trimestre 2006

D.L. 12 settembre 1983, n. 463 e Legge di conversione con modifiche n. 638 dell'11 novembre 1983

D.L. 25 giugno 2008, n. 112 e Legge di conversione con modifiche n. 133 del 21 agosto 2008

Circolare 7/2008 del Dipartimento della Funzione Pubblica

Corte Costituzionale, sentenza n. 78 del 26 gennaio 1988

Cassazione, sentenza n. 1711 dell'11 febbraio 1993

Cassazione, sentenza n. 8058 del 3

agosto 1995

Cassazione, sentenza n. 4216 del 14 maggio 1997

Cassazione, sentenza n. 9731 del 7 ottobre 1997

Cassazione, sentenza n. 7691 del 22 aprile 2004

Cassazione, sentenza n. 14745 del 2 agosto 2004 Cassazione, sentenza n. 266 del12

gennaio 1994
TAR Abruzzo, sentenza n. 56 del 7

febbraio 1997

TAR Lombardia, sentenza n. 1946 del 17 novembre 1997

Cassazione, sentenza n. 18718 del 30 agosto 2006

Cassazione, sentenza n. 1809 del 28 gennaio 2008

CCNL Comparto Sanità 1° settembre 1995

CCNL Comparto Sanità 7 aprile 1999

www.neteditor.it

è ora che l'infermiere si prenda cura della "malattia"

Dr. Enzo Palladino - Direzione Nazionale NurSind

Dal 25 giugno 2008, con l'entrata in vigore del DL 112 convertito con modificazioni nella Legge del 6 agosto 2008 n. 133 sono cambiate alcune "regole" da rispettare nel caso che un infermiere, e più in generale un dipendente della pubblica amministrazione, si ammali. Tutto resta invariato per ciò che riguarda il settore privato. Anche la giurisprudenza ha apportato novità su alcuni elementi caratterizzanti l'istituto della malattia. Le novità del decreto riguardano: le fasce orarie di reperibilità, il trattamento economico, l'obbligatorietà della visita fiscale e le modalità di produzione della certificazione della malattia. Si analizzano questi elementi anche in funzione della giurisprudenza e delle previsioni contrattuali.

La reperibilità.

La parte del provvedimento che ha suscitato più clamore prevede che il dipendente sia reperibile dalle ore 8 fino alle ore 20 escludendo l'intervallo temporale che intercorre dalle 13 alle 14. Ciò vale, ed è sempre bene ricordarlo, non solo per i giorni feriali ma anche per quelli festivi e domenicali. Tale disposizione annulla la precedente che prevedeva come fasce di reperibilità gli intervalli tra le 10 e le 12 e tra le 17 e le 19.

In assenza di altre indicazioni la visita fiscale avrà luogo presso l'indirizzo comunicato all'Azienda all'atto dell'assunzione. Sarà premura del dipendente informare l'amministrazione circa eventuali variazioni domiciliari.

Secondo una sentenza della Cassazione del 1996 la mancata visita di controllo per cambio di domicilio non comunicato o per l'inesatta comunicazione configura l'ipotesi di irreperibilità del dipendente al domicilio. Particolare attenzione deve essere data anche al citofono/campanello specificando nella comunicazione il nominativo (non sempre il dipendente, infatti, ha il proprio nominativo sul citofono), il numero od altro elemento identificativo presente sul citofono. Il campanello deve essere funzionante e bisogna fare in modo di poterne sempre udire il suono. In effetti, il TAR Lombardia afferma che "... è considerata ingiustificata l'assenza di un dipendente se non sia stato possibile ese-

guire la visita medica domiciliare per un guasto al campanello dell'abitazione...", mentre la Cassazione ricorda che "Deve considerarsi come assenza al domicilio il dipendente che, pur in casa, non ha sentito il campanello, perché impegnato a fare la doccia.". Durante le fasce orarie il dipendente può allontanarsi dal domicilio ma a determinate condizioni. Il comma 12 dell'art. 23 del CCNL 1° settembre 1995 del Comparto Sanità così recita: "Qualora il dipendente debba allontanarsi, durante le fasce di reperibilità dall'indirizzo comunicato, per visite mediche, prestazioni o accertamenti specialistici o per altri giustificati motivi, che devono essere, a richiesta, documentati, è tenuto a darne preventiva comunicazione all'azienda o ente".



Data la giurisprudenza si ritiene che il citato comma possa sopravvivere anche in presenza della sopravvenuta Legge 133/2008. Possono ritenersi giustificati motivi la testimonianza in una causa, la partecipazione ad un corso di aggiornamento, la partecipazione ad un esame di selezione, ecc.. È solo sufficiente dare la "preventiva comunicazione" considerato che non viene esplicitata una conseguente autorizzazione da parte dell'azienda. Certo sarebbe opportuno che la contrattazione decentrata prevedesse un elenco, anche non completo, degli "altri giustificati motivi" ed i termini entro cui deve essere fatta pervenire la comunicazione: si eviterebbero, così, diversi ricorsi a procedimenti disciplinari nonché successivi ricorsi al Giudice del Lavoro.

Per la Cassazione i "giustificati motivi" rappresentano "situazioni cogenti o comunque tali da comportare adempimenti non effettuabili in ore diverse da quelle comprese nelle fasce orarie di reperibilità.". Molta giurisprudenza riguarda perlopiù motivi di salute che hanno fatto ritenere opportuno al dipendente il ricorso al proprio medico di famiglia durante le fasce orarie. La Corte di Legittimità, in particolare, ha caratterizzato sempre di più le argomentazioni delle sentenze al fine di riconoscere i "giustificati motivi" per situazioni improrogabili.

Una sentenza, ad esempio, dove la Cassazione non ha riconosciuto una valida giustificazione riguarda il caso di un dipendente che si è allontanato dal domicilio per accompagnare la moglie, sprovvista di patente, a fare la spesa. Altri motivi ritenuti non validi sono la riscossione dello stipendio (Pretura di Napoli – 10 dicembre 1984) e la partecipazione alla Santa Messa (Pretura di Como – 12 novembre 1987). Ed ancora non sono validi motivi, secondo la Cassazione, il recarsi dal medico curante per far visionare una radiografia, per il controllo della pressione arteriosa e per la prescrizione di farmaci: esigenze, queste, programmabili in anticipo e che possono essere soddisfatte anche al di fuori delle fasce orarie.

I motivi per cui è possibile allontanarsi devono essere quindi seri e l'onere della prova è a carico del dipendente. Può darsi che i giudici, sia di merito che di legittimità, in considerazione delle nuove ampie fasce orarie possano ritenere validi i motivi sopra descritti proprio per il fatto che le stesse fasce copranol'intera giornata.

L'infermiere deve dimostrare particolare attenzione su quanto detto poiché, l'assenza dal domicilio senza giustificato motivo durante le fasce orarie, per effetto dell'art. 5 del D.L. 12 settembre 1983, n. 463 convertito con modificazioni nella legge 11 novembre 1983, n. 638, si incorre nella perdita del diritto a qualsiasi trattamento economico per i primi dieci giorni di malattia e nella misura del 50% per i rimanenti giorni per tutta la durata della malattia, esclusi i periodi di ricovero ospedaliero o già accertati da precedente visita di controllo.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 78 del 26 gennaio 1988, ha dichiarato l'illegittimità della disposizione "nella parte in cui non prevede una seconda visita medica di controllo prima della decadenza dal diritto a qualsiasi trattamento economico di malattia nella misura della metà per l'ulteriore periodo successivo ai primi dieci giorni"; pertanto, l'assenza ingiustificata al controllo determina la perdita al trattamento economico per i primi dieci giorni mentre l'assenza ingiustificata al secondo controllo anche la perdita economica del 50% per tutto il periodo restante della malattia. Da un punto di vista strettamente contrattuale l'allontanamento dal domicilio durante le fasce orarie è prevista come fattispecie sanzionabile disciplinarmente.

Il trattamento economico.

L'aspetto economico costituisce l'altra nota dolente del provvedimento normativo. Il primo comma dell'articolo 71 della Legge 133 prevede, infatti, che "Per i periodi di assenza per malattia, di qualunque durata, ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni ... nei primi dieci giorni di assenza è corrisposto il trattamento economico fondamentale con esclusione di ogni indennità o emolumento, comunque denominati, aventi carattere fisso e continuativo, nonché di ogni altro trattamento accessorio."

Con la circolare 7/2008 il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione chiarisce che "...si considerano rientranti nel trattamento fondamentale le voci del trattamento economico tabellare iniziale e di sviluppo economico, della tredicesima mensilità, della retribuzione individuale di anzianità, ove acquisita, degli eventuali assegni ad personam per il personale del comparto ministeri e analoghe voci per il personale dipendente da altri comparti...".

In altri termini, vengono escluse quelle voci stipendiali accessorie fruite in funzione della effettiva presenza in servizio (indennità su due o tre turni, indennità per lavoro notturno, indennità per giorni festivi, ecc.) e pertanto non esiste un calcolo univoco circa la perdita economica giornaliera di un infermiere. Ad esempio la perdita per un infermiere che lavora solo di mattina, dal lunedì al sabato, è piuttosto irrisoria rispetto a quella patita da un infermiere turnista di sala operatoria. In secondo piano è passata, invece, un'altra disposizione che

per i suoi effetti avrà comunque una ricaduta sulle entrate degli infermieri.

Infatti, sempre il comma 1 prevede che "I risparmi derivanti dall'applicazione del presente comma costituiscono economie di bilancio per le amministrazioni dello Stato e concorrono per gli enti diversi dalle amministrazioni statali al miglioramento dei saldi di bilancio. Tali somme non possono essere utilizzate per incrementare i fondi per la contrattazione integrativa.". Al comma 5 inoltre viene previsto che "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.".

La produzione della certificazione medica.

L'elemento che ha suscitato maggiore confusione nel tentativo di interpretare l'articolo 71 è stato indubbiamente quello relativo alla produzione del certificato medico comprovante lo stato di malattia. A chi ci si deve rivolgere in caso di sopravvenuta malattia per ottenere la relativa certificazione?

otesi di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni, e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare l'assenza viene giustificata esclusivamente mediante presentazione di certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica." I più hanno ritenuto che per "struttura" dovesse intendersi qualcosa di effettivamente materiale sostenendo che, per un certificato di malattia superiore a dieci giorni e comunque dopo il secondo nell'anno solare, bisognava rivolgersi al Pronto Soccorso. Puntuale è stata la circolare interpretativa con la quale si chiarisce che bisogna dare "un'interpretazione che supera il dato meramente testuale della disposizione, per cui deve ritenersi ugualmente ammissibile la certificazione rilasciata dalle persone fisiche che comunque fanno parte del Servizio in questione e, cioè, dai medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale (es. medici di base - ndr), i quali in base alla convenzione stipulata con le A.S.L. e all'Accordo collettivo nazionale vigente sono tenuti al rilascio della certificazio-



Benché venga prevista la possibilità di presentare sia nel primo che nel secondo evento di malattia, purché non superiore a 10 giorni, certificazione anche di "strutture" non convenzionate (es. medico libero professionista), si sconsiglia vivamente di avvalersi di detta modalità poiché una "malattia protratta" che superi i dieci giorni e documentata da due certificati, di cui il primo ricevuto da un medico non convenzionato, non è valido, secondo la più volte

citata circolare.

In altre parole, come può prevedere l'infermiere all'atto del rilascio del primo certificato da parte di un medico non convenzionato (ad es. di 7 giorni s.c.) che non avrà necessità di un ulteriore periodo di prognosi tale da superare il decimo giorno? Questa situazione si può verificare perché nella circolare interpretativa si afferma che "Quanto all'individuazione del "periodo superiore a dieci giorni", la fattispecie si realizza sia nel caso di attestazione mediante un unico certificato dell'intera assenza sia nell'ipotesi in

cui in occasione dell'evento originario sia stata indicata una prognosi successivamente protratta mediante altro/i certificato/i, sempre che l'assenza sia continuativa ("malattia protratta").". È utile chiarire che per evento di malattia si intende un caso identificabile in un periodo continuo di malattia che può essere anche della durata di un solo giorno.

Altro

Rilevante è anche la previsione obbligatoria della visita fiscale anche

prosegue a pag. 19

Il lato oscuro del rischio

(breve dissertazione estiva sul Rischio Clinico)

Inf. Maurizio Giacomini - Direzione Nazionale NurSind

Dopo Verifica e Revisione della Qualità (VRQ), Qualità Totale, Evidenze, Certificazione, Accreditamento, oggi si parla molto di Rischio Clinico. E' opportuno, per i neofiti come il sottoscritto, chiarire il livello manageriale a cui (come infermiere e sindacalista) ci si pone. Il Rischio Clinico è UNA delle componenti della Clinical Governance (Governo Clinico), ovvero una delle braccia operative nella gestione di una struttura sanitaria.

E' alla moda perché è utilizzato come un indicatore (spesso inappropriato) della buone pratiche delle cure e dell'assistenza. A parere personale riveste invece molta importanza perché può essere una "sentinella" (sindacalmente parlando) della qualità della gestione aziendale. Mettere in evidenza che la carenza degli organici porta inevitabilmente all'aumento dei rischi per i pazienti e per gli operatori non serve a nulla se non accompagnata da una politica di confronto serrato con la controparte aziendale.

Dove sta andando la gestione dei rischi? Il sentiero tracciato delle esperienze dell'aeronautica (confermate peraltro dai disastri di questi mesi) sembra parzialmente perseguibile in sanità non solo perché si ha a che fare con persone e non con aerei ma anche per le scelte politiche che sono state fatte. Il federalismo del SSN porta inevitabilmente a perseguire politiche di preven-

zione locali (delle singole regioni) piuttosto che integrate (esiste una ceck list degli eventi sentinella nazionale, ma non basta).

Le direttrici sostanziali stanno convergendo verso un'introduzione di elementi "hard" come lo sviluppo del Tecnology Assestment (prescrizioni informatizzate, braccialetto con codici a barre, ecc.): i supporti tecnologici, a volte però, non vengono colti e applicati nelle loro potenzialità né si valuta preventivamente l'impatto che hanno sui vari sistemi con il concreto rischio di produrre successive inefficienze.

Altro elemento, sempre "hard", riguarda il problema dei premi e dei rimborsi assicurativi. Le esperienze australiane e nordamericane suggeriscono di governare il sistema: la dissonanza premi/rimborsi sta portando ad un aumento spropositato dei costi che non sono sostenibili in un sistema di risorse a crescita limitata. Vi è la necessità di nuove regole che devono garantire al cittadino danneggiato sia il rimborso per il danno subito sia la garanzia di procedure sanitarie in linea con elevati standard qualitativi. Le Aziende sanitarie oggi come oggi non seguono questa logica proattiva ma si limitano (quando va bene) ad adattarsi ai cambiamenti in corso, legando ipocritamente la loro organizzazione a criteri di efficienza a scapito dell'efficacia.

Infermieristicamente e sindacalmente dove ci troviamo e cosa dobbia-

mo aspettarci?

Oggi i professionisti hanno capito di dover sviluppare elementi "soft" come procedure e linee guida e supportare i cambiamenti organizzativi. Dato che il paziente, si presume, sia ancora tra i nostri obiettivi primari abbiamo notevoli spazi di intervento. Sindacalmente ritengo di debbano denunciare gli ambiti critici a tutti i livelli, manageriale ma anche nei rapporti con i cittadini: non si può dimenticare che un grosso stimolo alla sensibilizzazione alle problematiche del rischio proviene proprio dalle associazioni dei pazienti.

Interessante sarà poi vedere se e come verrà sviluppato il sistema di incident reporting, strumento molto utile nelle esperienze dell'aeronautica, per evidenziare gli errori. Qui si tratterà di superare notevoli barriere sul versante giuridico.

In conclusione, la gestione dei rischi rappresenta un ulteriore opportunità non solo per il miglioramento dell'assistenza, delle pratiche e dei risultati, ma anche un versante con cui confrontarsi con la controparte nel costruire organizzazioni con standard professionali volti a minimizzare e ridurre i rischi: solo con un'organizzazione partecipata si può garantire la qualità delle prestazioni ed un contenimento del danno.

La Cassazione sulla programmazione dei turni mensili:

devono essere comunicati con congruo anticipo per consentire di programmarsi la propria vita privata

Più volte NurSind ha ribadito alle Amministrazioni delle varie aziende sanitarie di comunicare ai colleghi i turni con largo anticipo (entro il 20 del mese precedente) per permettere ad ognuno l'organizzazione della propria vita privata e familiare.

Ora la Cassazione con **sentenza del 21 maggio 2008, n. 14668** sancisce questo diritto dei lavoratori.

Alla luce di questa sentenza ci auspichiamo che i coordinatori prestino più attenzione, evitando di far incorrere l'azienda in una possibile richiesta di risarcimento che a sua volta potrebbe rivalersi in solido su loro stessi.

Fatto.

Alcuni dipendenti di un'azienda esercente pubblici servizi di trasporto, hanno chiesto al Tribunale di Napoli di condannare l'azienda al pagamento di un'indennità di disagio per omessa tempestiva programmazione degli orari di lavoro.

Essi hanno fatto presente che lo svolgimento della loro prestazione lavorativa era articolato sulla base di una turnazione predisposta autonomamente per ogni giornata dalla datrice di lavoro e comunicata il giorno precedente. Ciò li collocava in "disponibilità" e impediva loro di programmare le ore di svago, la vita di relazione e i riposi quotidiani, in quanto essi non erano posti nella condizione di conoscere, con adeguato anticipo, quale parte della giornata sarebbe stata impegnata dal lavoro.

In prima istanza ottenevano ragione dal Tribulane, mentre successivamente, la Corte d'Appello negava loro il diritto.

I lavoratori ricorrono quindi in Cassazione censurando la decisione della Corte di Napoli per vizi di motivazione e violazione di legge.

Diritto.

La Suprema Corte ha accolto il ricorso. asserendo che l'art. 10 della L. 14 febbraio 1958 n. 138 dispone che le aziende esercenti autoservizi pubblici di linea extraurbani adibiti al trasporto dei viaggiatori "devono"

affiggere i turni di servizio negli uffici, nelle autostazioni, nei depositi e nelle officine in modo che il personale ne possa prendere conoscenza"; tale disposizione, imponendo al datore di lavoro di affiggere i turni, è intesa a consentire al lavoratore stesso una ragionevole programmazione del proprio tempo in relazione agli impegni lavorativi e non può quindi essere interpretata nel senso che l'affissione possa avvenire a ridosso dell'inizio della prestazione.

Corte – appare del tutto arbitrario e lesivo della dignità del lavoratore che la norma di riferimento, letta anche alla luce dell'art. 32 Cost., mira, invece, a tutelare; né può sostenersi che un tale ragionamento sarebbe applicabile solo al lavoro part-time (nel quale, prima l'art. 5 della legge 19 dicembre 1984 n. 263 e poi l'art. 2 del D.lgs. 25 febbraio 2000 n. 61, hanno previsto espressamente l'indicazione della collocazione temporale della prestazione lavorativa),



La Corte d'Appello – ha osservato la Cassazione - al contrario, ha affermato, a sostegno della propria decisione, che, in tema di orario di lavoro. limiti allo ius variandi non sarebbero configurabili, trattandosi di rapporti di lavoro a "tempo pieno", rispetto ai quali nessuna norma di legge o di contratto ne faceva previsione, sicché il comportamento dell'azienda doveva ritenersi legittimo; ma così interpretando la disposizione in oggetto, non si è fatta carico di considerare la finalità della stessa, ritenendo, in mancanza di una norma che specificasse il tempo necessario per una adeguata conoscenza preventiva, che anche una comunicazione dell'inizio del turno lavorativo avvenuta soltanto il giorno precedente, fosse rispettosa del generico dettato legislativo. Tale convincimento - ha affermato la Suprema

giacché le esigenze di programmabilità del tempo libero, ravvisate espressamente dal legislatore nell'ambito del rapporto di lavoro part-time, sussistono, anche se in maniera meno pressante, all'interno del rapporto di lavoro a tempo pieno.

Anche per i rapporti a tempo pieno, infatti – ha osservato la Corte – il
tempo libero ha una specifica importanza stante il rilievo sociale che assume lo svolgimento di attività sportive,
ricreative, culturali, sociali, politiche,
scolastiche ecc., o anche di un secondo lavoro, nel caso in cui non sia prevista una clausola di esclusiva. Con
questa motivazione la Suprema Corte
ha cassato la decisione impugnata,
rinviando la causa, per nuovo esame,
alla Corte d'Appello di Napoli, in
diversa composizione.

Convenzione per i Master agli iscritti NurSind:

da Ottobre partono tre nuovi corsi

Da tutta Italia, 250 infermieri del NurSind hanno raccolto la "sfida" iscrivendosi al Master in Management nelle Organizzazioni Sanitarie (MOS1), attraverso la convenzione stipulata tra Nursind e la società PerForma di Bologna. Il Master, organizzato da UniPegaso di Napoli (www.unipegaso.it), prevede 1000 ore di formazione online. 3 seminari di studio e 500 ore di tirocinio.

Le sedi dei seminari del master in corso sono Bergamo, Bologna e Napoli.

Il Master è rivolto ai laureati ma anche agli infermieri con diploma di scuola media superiore, ai quali è riconosciuta l'equipollenza del titolo di studio.

E' iniziato a fine Aprile e terminerà con tre sessioni di esami, previste da gennaio a marzo 2009 sempre nelle tre sedi attualmente attive sopracitate.

Grazie ai vantaggi della convenzione con Nursind, il costo ufficiale dell'iscrizione è stato ridotto di ben 1.050

In seguito alla risposta positiva ricevuta dal master in management nelle organizzazioni sanitarie, in termini di iscrizioni e gradimento, comunichiamo che è in atto il rinnovo della convenzione stipulata dal NurSind con la società Performa, polo didattico remoto dell'Università telematica Pegaso.

La convenzione riguarda:

- > agevolazioni economiche sul costo finale dei master proposti
- > sedi di esami in funzione della dislocazione geografica degli iscritti
- > seminari in presenza, con sedi in funzione della dislocazione geografica degli iscritti, al fine di garantire un confronto diretto docente-discente tipico della formazione residenziale.

Contestualmente al rinnovo della convenzione per il master in Management nelle Organizzazioni Sanitarie, stiano definendo i contenuti ed i programmi per l'attivazione di un master in Infermieristica Legale e Forense ed un master in Formazione e Tutoraggio.

Appena conclusosi l'iter organizzativo, daremo tutte le comunicazioni del caso sul sito www.nursind.it orientativamente per la metà di Ottobre 2008 e dove contestualmente si potrànno effettuare le preiscrizioni

Per informazioni: master@nursind.it



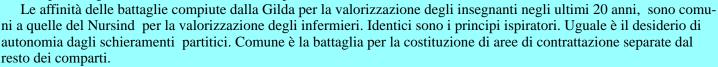


C.G.U. Confederazione GILDA-UNAMS

Dal 26 marzo 2008 Nursind è affiliato alla Confederazione CGU, sesta in ordine di importanza per numero di iscritti.

La scelta di affiliazione è maturata dalla necessità di essere presenti ai tavoli nazionali per la definizione dei Contratti Collettivi Nazionali Quadro, dove vengono decisi gli accordi di massima tra sindacati e governo.

Le sigle affiliate alla CGU sono autonome all'interno dei propri comparti di appartenenza. Vi fanno parte: Nursind nella Sanità; la Gilda per gli insegnanti nella Scuola; l'Unams nel comparto degli istituti di alta formazione e specializzazione artistica e musicale.



L'adesione alla CGU è per Nursind prodromica al raggiungimento e superamento della soglia del 5% all'interno del comparto Sanità, raggiunta la quale potremo godere delle prerogative sindacali che fin qui ci sono negate e poter rafforzare la presenza e l'estensione del Nursind in tutto il Paese, consentendoci di incidere e far pesare l'infermieristica nella contrattazione nazionale.

viaggio tra le Associazioni Professionali



Cos'e Aniarti

L'Aniarti è un'Asociazione di professionisti che, dal 1981, su tutto il territorio nazionale, promuove e valorizza la cultura, le competenze e l'operatività degli infermieri di area critica.

L'area critica è l'insieme delle strutture di tipo intensivo intra ed extraospedaliere e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità e dall'instabilità dell'ammalato e della complessità dell'intervento infermieristico.

L'infermiere di area critica garantisce un'assistenza infermieristica tempestiva, intensiva e continua a qualunque persona si trovi in situazione di instabilità e/o criticità vitale, utilizzando anche strumenti e presidi ad alta componente e complessità tecnologica.

Associarsi all'Aniarti significa:

far parte della più numerosa associazione infermieristica italiana di area assistenziale:

partecipare attivamente a determinare gli orientamenti per l'infermieristica specialistica a livello nazionale;

essere informati su proposte di aggiornamento e formazione speciali-

stica:

contribuire a sviluppare la professionalità infermieristica nei confronti del malato in condizioni vitali instabili e/o critiche, sia in ambito intra che extraospedaliero;

partecipare attivamente ad iniziative e studi a livello locale e nazionale;

stabilire collegamenti con colleghi e gruppi delle strutture nazionali ed internazionali;

conoscere le più importanti esperienze infermieristiche in area critica;

disporre di informazioni sulla bibliografia italiana ed internazionale più significativa del settore;

ricevere la rivista scientifica ed informativa, organo ufficiale dell'associazione, SCENARIO: il nursing nella sopravvivenza.

Il Presidente è Elio Drigo presidenza@aniarti.it

Il Vice Presidente è Fabrizio Moggia

Il Tesoriere è Gianfranco Cecinati

www.aniarti.it

In questi 27 anni, Aniarti ha attivato moltissime iniziative:

- un congresso nazionale ogni anno con 1200 partecipanti mediamente;
- almeno 15 iniziative annuali, locali-regionali;
- è provider ECM con oltre 200 eventi formativi tenuti;
- un sito, www.aniarti.it,
 molto documentato e frequentatissimo da infermieri e studenti:
- ha organizzato la prima manifestazione nazionale degli infermieri italiani (5000) a Roma, il 12 maggio 1992, per chiedere maggiore attenzione alla formazione;
- ha promosso le prime sperimentazioni dei corsi di specializzazione infermieristiche in area critica in 5 regioni, che sono poi diventati master;
- molto altro ancora, a disposizione sul sito.



Influire sull'assistenza infermieristica di area critica in Europa

 Influencing Critical Care Nursing in Europe -Firenze – Italia 9 – 11 Ottobre 2008

Aniarti / EfCCNa: l'Europa delle Associazioni

Il 2 ottobre 1999 a Berlino è nata **EfCCNa** (European Federation of Critical Care Nursing Associations), la Federazione Europea delle Associazioni Infermieristiche di Area Critica.

L'Aniarti è una delle associazioni che hanno contribuito a fondare e sostenuto questa nuova realtà.

La Federazione intende essere uno strumento di supporto alle singole associazioni di area critica e rappresentarle allo scopo di rendere efficace la loro presenza e la loro voce unitaria in ambito europeo. 18 paesi hanno finora aderito alla Federazione.

Gli obiettivi che la Federazione Europea si pone sono:

- •rappresentare gli infermieri e l'assistenza di area critica nei paesi europei;
- •far progredire l'arte e la scienza dell'assistenza di area critica nei paesi europei;
- •promuovere la cooperazione e collaborazione tra gli infermieri dell'area critica europei;
- •migliorare il riconoscimento dell'assistenza infermieristica di area critica nelle istituzioni sanitarie europee;
- •mantenere un'efficace cooperazione fra tutti i professionisti sanitari, le istituzioni, le agenzie e gli organismi di volontariato coinvolti nell'assistenza ai malati in condizioni critiche;
- •definire standard per la formazione, la pratica ed il management dell'assistenza in area critica;
- •armonizzare i programmi di specializzazione per l'assistenza in area critica in Europa;
- •creare opportunità di conferenze, congressi e formazione continua per gli infermieri di area critica.





L'AISACE (Associazione Infermieri Specializzati in Area Critica ed Emergenza) nasce a Pordenone il dicembre del 1995. E' una Società Scientifica no profit aperta a tutti coloro che operano in area critica ed emergenza e ai simpatizzanti.

Possono iscriversi in qualità di soci effettivi gli Infermieri e i Medici ed in

Scopi statutari dell'associazione sono:

▶tutela e riconoscimento professionale dell'Infermiere specializzato in area critica ed emergenza;

▶ promuovere, rivolto ai soci e agli altri operatori sanitari, percorsi formativi, di aggiornamento e culturali inerenti lo specifico della professione;

▶proporre attività ed incontri, rivolti alla popolazione, per sviluppare l'attenzione e la sensibilità alle problematiche riguardanti l'emergenza sanitaria;

► collaborare con Collegi professionali, Associazioni, Enti, Organizzazioni, che perseguono i medesimi obiettivi:

►elaborare e proporre metodiche organizzative finalizzate al miglioramento della funzionalità dei servizi di emergenza;

Attivare momenti di confronto con le Associazioni rappresentanti dell'utenza ed il volontariato sociale per promuovere, in collaborazione con le Aziende Sanitarie gli Enti Pubblici e Privati, seminari e corsi di educazione sanitaria nell'emergenza rivolti alla popolazione.

qualità di soci simpatizzanti tutti gli altri Operatori sanitari e del Volontariato.

Il Consiglio Direttivo AISACE è composto da 11 membri (Il Presidente e 10 Consiglieri), che restano in carica 5 anni.

Presidente: dott. Luciano Clarizia

Vice Presidente: dott. Gianni Pizzol Attualmente l'Associazione conta circa 5000 iscritti (dati aggiornati al dicembre 2007).

L'AISACE è registrata come Organizzatore scientifico culturale presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua (ECM) del Ministero della Sanità (n° reg. 1166)

L'AISACE è registrata come Organizzatore scientifico culturale presso la Commissione Regionale per la Formazione Continua (ECM) della Regione VENETO (n° reg. VEN-ORG469)

L'AISACE è registrata come Organizzatore scientifico culturale presso la Commissione Provinciale per la Formazione Continua (ECM) della Provincia Autonoma di Trento (n° reg. 285)

Dal 2004 l'AISACE ha iniziato una serie di collaborazioni internazionali con associazioni medico-infermieristiche presenti in Spagna e Malta e per ottobre 2008 ha organizzato "The 1st Malta Emergency Nursing Association Conference – Working together ...the importance of networking in emergency care" in collaborazione con il MENA (Malta Emergency Nurses Association), il CENA (College of Emergency Nursing Australasia) e il MUMN (Malta Union Midwives and Nurse).

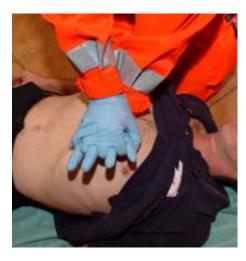
Il 13° convegno nazionale AISACE quest'anno si svolgerà a palmanova (UD) nei giorni 5 e 6 dicembre e tratterà: "Emergenze pediatriche"

L'AISACE è fornita di un Centro di Formazione per l'Emergenza Sanitaria (Ce.F.E.S.) che ha la sua sede operativa nazionale in Friuli Venezia Giulia e di Centri di Formazione in tutte le regioni d'Italia. Vengono organizzati molteplici corsi (BLSD; immobilizzazione pediatrica; SET - estricazione, immobilizzazione e trasporto del traumatizzato; SAT - Soccorso Avanzato al Traumatizzato; ACLS, PBLS, Primo

soccorso, PTBLSD, ecc.

L'AISACE è dotata di una Commissione Scientifica composta da Medici ed Infermieri che elabora ed attiva corsi di formazione (seguendo le linee guida internazionali) e convegni di interesse medico-scientificoinfermieristico.

Dal 10.04.97 è attivo un sito Internet dove si possono trovare tutte le informazioni sull'Associazione ed altre notizie e servizi utili. (http://www.aisace.org)



Attualmente sono presenti Centri di formazione Regionali e Provinciali in: Sicilia, Veneto, Piemonte, Friuli V.G., Lombardia, Liguria, Toscana, Emilia Romagna, Campania, Puglia, Basilicata, Sardegna ed altre sono in corso di istituzione.

I referenti regionali e provinciali (che rappresentano a tutti gli effetti l'Associazione nel territorio di competenza), possono organizzare convegni, corsi, incontri, pubblicare lavori, collaborare con i Collegi IPASVI di zona, con gli Ordine dei Medici, con le A.S.L., etc., perseguendo gli scopi statutari dell'Associazione.

Per contattarci:
AISACE
Via Cappuccini, 1 c/o CRI
33170 Pordenone
aisace@aisace.it
aisace@aisace.org
presidente@aisace.it (Presidenza)



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

L'IDENTITA' PROFESSIONALE E IL MOBBING

La professione infermieristica, negli ultimi decenni, si è aperta ad una vera e propria evoluzione culturale, organizzativa e sociale, esponendo l'infermiere ad una realtà sempre più complessa e difficile da comprendere. Ogni giorno combatte con la sua nuova "identità professionale" messa in discussione dall'organizzazione aziendale, dai medici, ed a volte, dal paziente stesso.

La realtà lavorativa spinge il professionista a colmare tutti i vuoti assistenziali e funzionali esponendolo ad un sempre maggiore stress lavorativo, insoddisfazione, demotivazione, privazione della progressione di carriera, costringendolo a far convivere l'esistenza lavorativa con una forma di **mobbing strutturato**, difficile da combattere, accettato con rassegnazione. E' ora di dire BASTA!!

Gli infermieri devono unirsi e, con la consapevolezza di essere la colonna portante di una struttura ospedaliera, combattere contro chi abusa del suo potere per attaccare, non tanto le prestazioni lavorative, le quali la maggior parte delle volte sono svolte correttamente e con la massima serietà e professionalità, quanto la personalità stessa dell'individuo, con frasi ingiuriose e diffamatorie. (cfr art. 2059 C.C. dove oltre al danno morale viene riconosciuto un danno esistenziale - art. 2 della Costituzione)

All'infermiere si richiede di essere professionale, di sapersi relazionare con l'utente, di prostrarsi al volere del medico e della dirigenza, di non lamentarsi mai e di non difendersi dalle accuse che gli vengono rivolte, di avere 10 braccia, 10 gambe, 10 occhi e 10 orecchie, di non sbagliare mai altrimenti si ritrova dritto dritto in carcere, di saltare i riposi e di essere sempre disponibile anche in quelle unità operative dove non è prevista la reperibilità, di non lamentarsi se le ferie estive anziché essere di 15 gg consecutivi lavorativi (quindi non contando domeniche e feste) sono di soli 15 gg esatti di calendario ecc.

Ma non ci si chiede mai in che condizioni si è costretti a lavorare? Spesso la struttura dei reparti è fatiscente, non ci sono tutti i presidi che occorrerebbero; si parla tanto di ottimizzazione del servizio e poi ancora il paziente non ha a disposizione un bagno in camera ma deve usufruirne di uno comune posizionato in mezzo ad un corridoio e non sto qui ad elencare tutto il resto...

L'infermiere è anche troppo bravo in quanto, nonostante le condizioni ambientali e strutturali nel quale si ritrova a lavorare, riesce sempre a portare a termine i suoi compiti; oltre a destreggiarsi tra richieste continue di parenti e pazienti; far lavoro di segreteria rispondendo al telefono che squilla in continuazione; andare alla ricerca continua di medici che non si trovano mai finita la visita; a non sbagliare la somministrazione della terapia interrotta di continuo per andare a rispondere ai campanelli ecc.

E' proprio vero :"l'infermiere deve stare zitto e lavorare" secondo la politica aziendale. Il brutto è che ,molto spesso, funziona così, in quanto l'infermiere non si sente tutelato, pensa di essere solo, di non avere voce in capitolo; ha paura di ripercussioni e quindi, sbagliando, accetta con rassegnazione la sua condizione.

Nonostante 3 anni di laurea e l'introduzione di figure di supporto quali gli OSS l'infermiere ancora impegna buona parte delle ore lavorative a svolgere attività alberghiere di base. Non che ciò non sia importante ma, nonostante un'evoluzione della professione sul piano culturale, l'abolizione del mansionario e l'introduzione del codice deontologico e del profilo professionale, l'infermiere si ritrova ancora oggi a lavorare per mansioni e spesso non gli viene consentito di gestire

autonomamente l'assistenza generale del paziente per ciò che gli compete.

Purtroppo l'immagine e l'apparire contano molto di più dei piccoli risultati raggiunti ogni giorno con spirito di sacrificio e buona volontà. Non viene premiata la meritocrazia ma si va avanti per favoritismi e spinte politiche con la conseguenza che l'arroganza e l'ignoranza la fanno da padrone. Solo quando ci sentiremo uniti come categoria riusciremo ad ottenere grandi risultati.

E' proprio per questo che mi sono iscritta al NURSIND. Credo fermamente che l'unione faccia la forza!!

Inf. Simona Cesaretti

AI PIEDI DELL'ETNA

Il congresso nazionale del NURSIND, quest'anno si è svolto in una regione, la Sicilia, ricca di cultura e di paesaggi stupendi. Acireale, a pochi passi dal gigante Etna, ha ospitato il congresso che, per il particolare momento storico attraversato dalla organizzazione, può rappresentare un passaggio fondamentale per il futuro dello stesso sindacato.

Si è parlato abbondantemente di raggiungimento del famoso 5%, che ci consentirebbe di poter sedere al tavolo nazionale delle trattative con i .confederali. Lascio ad altri, l'analisi degli eventuali percorsi strategici ed organizzativi da seguire per arrivare all'obiettivo.

A me, sta a cuore, soffermarmi su un aspetto umano ed emozionale del meeting.

Va sottolineata ed evidenziata la presenza sulla scena di un uomo che senza esagerare, definirei mandato dalla Provvidenza!

E'stato il Caronte di turno che ha traghettato il sindacato in un mare di acque un po' tempestose. Un uomo dell'essere più che dell'avere, direbbe E. Fromm. Ha saputo intervenire, supportato anche da altre persone illuminate, e con una virata degna dei migliori skippers, ha riportato la barca in acque più sicure e tranquille. Un bravo condottiero sa sempre quando farsi da parte. E' troppo facile abbandonare dopo una sconfitta, mentre è più difficile mollare dopo una vittoria, per il semplice fatto che ci si aspetta il dovuto

ettere alla redazione

riconoscimento. Ebbene, le persone mandate dalla provvidenza escono di scena, proprio dopo che hanno messo le cose in ordine ed a posto.

L' uomo dell'era post-indusriale, invece, sembra fare di tutto per creare disordine alle generazioni future! Meditate gente, meditate!

Non c'è scritto da nessuna parte che per essere un bravo sindacalista si debba aver frequentato corsi di oratoria ma anzi un bravo sindacalista debba saper parlare poco ed essere concreto. Una cosa è fare politica e un'altra cosa è fare sindacato. Qualcuno a volte viene rapito da un leggero delirio confusionale.

Abbiamo molto da imparare da una persona come ad esempio il nostro segretario uscente Donato Carrara!

Lui sì che è una persona concreta.

In quei giorni congressuali dovevo essere da tutt'altra parte, avevo solo l'imbarazzo della scelta. Ma all'affermazione del mio Segretario che il congresso sarebbe stato "un momento forte", cancellai tutti i miei altri impegni e prenotai il treno per Acireale. La scelta di andare in quel di Acireale mi è costata la perdita di un'amicizia di lunga data ma pazienza, poiché il mio cuore desiderava andare in Sicilia! Alla fine sono stato ricompensato ampiamente dalla commozione ed emozione vissuta in quei giorni!

Mi è dispiaciuto non aver potuto ascoltare il discorso di apertura del nostro Segretario uscente, per motivi di orario dei mezzi pubblici! Infatti se la Sicilia è stupenda, però, bisogna migliorare qualcosa dal punto di vista dei pubblici trasporti! Alla fine tutto è bene ciò che finisce bene! Infatti ritornai a Catania, dove dimoravo, facendo l'autostop. Evviva la solidarietà. Per me il congresso è stata anche l'occasione per viaggiare e salire sull'Etna.

Ho seguito attentamente gli interventi di tutti i delegati e quando è stato il momento della delegata del Nursind di Matera, sono scoppiato in lacrime a causa del discorso pieno di pathos e molto toccante.

Altri discorsi con un taglio più oratoriale mi hanno appassionato di meno. Alla fine non contano le parole ma i sentimenti che uno infonde in un discorso.

Ben vengano persone che fanno vibrare le corde del cuore anche se non sono andati alla scuola di oratoria, ma, a questa hanno preferito quella dei sentimenti!

Un grazie di cuore a chi ha parlato poco e ha fatto del motto dell' agire un suo motto.

Grazie Donato!

Inf. Pompeo Cammarosano

Delegato Nursind RSU Spedali Civili Brescia

Dalla Regione Abruzzo: L'ETICA PERDUTA.

Lettera aperta scritta il 25 luglio 2008 ai Colleghi Infermieri della ASL di Pescara dopo lo scandalo che ha visto coinvolta la dirigenza regionale abruzzese dal Coordinatore Infermieristico della UO. Terapia del Dolore-Cure Palliative P.O Pescara

Il senso di indignazione che si prova per quanto è accaduto ai vertici della dirigenza regionale abruzzese, impli-



cata nel caso di tangenti, è sconcertante quanto lo stupore e lo sdegno per la solidarietà espressa ai politici coinvolti nello scandalo, da noti esponenti di partito e sindacali.!

Da mesi nella nostra ASL, come del resto nell'intero Abruzzo, in seguito a precise direttive, (nazionali e regionali), è in atto un piano di risanamento economico, che si traduce in una drastica riduzione dei posti letto, nel mancato rinnovo dei contratti ai precari, anche a quelli che lavorano ormai da un decennio......

Il terremoto giudiziario è da giorni sulle prime pagine dei giornali, non solo su testate nazionali ma anche su quelle estere, vengono riportate, nei minimi particolari, notizie su come trascorre le giornate l'ex governatore **Del Turco**, nella cella d'isolamento, pare, dipinga paesaggi campestri, è il suo hobby, ma dei malati, offesi da una politica truffaldina, che impone sacrifici, sottrae servizi, non assicu-

ra il bene della persona, dei nostri pazienti, vilipesi, da chi, di quel bene si era fatto garante, neanche una parola!

Ma la politica non si qualifica, forse, come la ricerca del bene comune? Il bene di tutta la società?

Evidentemente no, i nostri politici da molto tempo e da molte legislature fanno altro.....!

Sia ben chiaro non è mia intenzione processare, né tantomeno infierire su chi in altra sede e da chi con altra professionalità dovrà giudicare, ma piuttosto richiamare le coscienze a riflessioni che sembrano diventate amaramente superate ed inopportune.

Non arroganti calcoli politici, ma un risveglio dell'etica e della onestà.

L'obiettivo di questa lettera nasce dalla volontà di rappresentare tutti coloro che nel travaglio della malattia grave, spesso ad esito infausto, sono esposti al disagio, alla precarietà e all'umiliazione. Essi chiedono maggiore rispetto e attenzione, meno leggi di mercato nell'ospedale, l'onestà e l'integrità nella gestione della cosa pubblica.

Ritengo sia legittimo e doveroso risanare l'Azienda, quando i conti non tornano, ma sia bandito l'economicismo esasperato, i tagli siano congrui, gli interventi responsabili, che non siano solo i pazienti a pagare un prezzo altissimo e che non si debbano più vedere corridoi affollati, adibiti a sale d'attesa, dove i pazienti attendono, ore ed ore, gli esiti di esami ematochimici per cicli di terapie, o a luoghi di degenza, dove i malati, vengono "sistemati", in mancanza del posto letto, riparati da paraventi che, "parano" poco, estintori che fungono da porta abito, bombole d'ossigeno a terra, con urinali e bottiglie d'acqua, e...... l'igiene, la privacy, la Costituzione e la dignità dell'uomo?

Ai miei colleghi infermieri, soprattutto ai più giovani, compresi i precari, (pare, siano quest'ultimi, i soli a dover far quadrare i bilanci, ma è proprio così?), esasperati, perché siamo pochi, perché dobbiamo sempre correre, rinunciare alle ferie, fare turni massacranti, cosa dire?

Li esorto a tenere duro, senza scoraggiamenti, siamo dei professionisti, sappiamo come prenderci cura del malato, che è Persona, sappiamo umanizzare le cure, è una nostra prerogativa, che non possiamo delegare...; è

INTERNIERISNICHE

RSIND

dura, ma andiamo avanti, con la consapevolezza di adempiere un mandato morale, culturale, che il nostro Codice Deontologico evoca; ed a fronte di tutti quelli che, incuranti dei valori etici della professione politica, sociale e sanitaria, hanno curato i propri interessi, favorito i profitti personali, nuocendo alla collettività, noi promuoviamo, nell'esercizio della nostra professione, pur tra le difficoltà, la valorizzazione dei principi divini, quindi universali, la promozione del bene comune e della giustizia, la dignità della persona, il rispetto dei valori etici e culturali dei pazienti e dei propri familiari.

Per noi, operatori sanitari, la quotidianità è difficile, perché la nostra etica professionale, non è a buon mercato, ma ha un costo, in termini di responsabilità civile e morale ed ogni giorno, nelle nostre corsie, siamo impegnati in un'opera di rinnovamento per una società decaduta e sprezzante dei valori autentici, che ha bisogno di cambiamento e risanamento, sicuramente non solo economico e contribuire a tutto ciò è semplicemente straordinario!

Inf. Coord. D'Amico Rossana U.O. Cure Palliative P.O. Pescara

L'AZIENDALIZZAZIONE HA FALLITO

L'organizzazione dei servizi sanitari, la loro gestione e le risorse loro assegnate, sono di grande importanza in una società che non può più aspettare.

Il sistema sanitario ha bisogno di persone virtuose, capaci di comportamenti virtuosi. La forte ingerenza politica nel sistema sanitario ha invece determinato l'opposto. Il sistema sanitario diventa, per le grosse risorse assegnate, campo di battaglia di un mondo politico-affaristico, allontanandosi sempre di più dalla sua mission primaria: governare la salute dei cittadini.

I costi lievitano a fronte di un prodotto scadente. L'aziendalizzazione del sistema sanitario ha fallito, perché non solo non ha saputo risolvere i problemi economici, ma ha addirittura peggiorato l'assistenza.

La sanità oggi rispecchia quanto ha saputo esprimere la sua classe dirigente: più che le competenze sono stati premiati i legami con il potere. L'intelligenza e la professionalità sono requisiti che disturbano e quindi, emarginati.

La ricetta Brunetta è la risposta più facile e comoda in questo momento. Essa sarà solo repressiva. I fannulloni sono la causa scusante di una degenerazione etica che abbraccia tutta la società per colpa soprattutto di chi ha gestito la politica nazionale con la cultura del bisogno. Le cause dell'inefficienza dei servizi sono da ricercarsi nei comportamenti poco virtuosi di chi gestisce i sistemi. Quello che ci aspettiamo dal ministro è una politica sugli organici infermieristici, sugli standards assistenziali, sui salari.

Negli altri paesi europei la questione infermieristica viene affrontata come una emergenza sociale. La ricerca di



infermieri è vitale per la sopravvivenza degli ospedali. In Italia, per cinici calcoli di bilancio, viene negata la speranza di crescita di una categoria che tanti progressi ha fatto negli ultimi anni.

Il servizio sanitario è costituito da migliaia di lavoratori con livelli di intelligenza e capacità altissimi. La politica deve essere al servizio del sistema. Deve essere capace di provvedere alle risorse e non ricercare risorse dal sistema. Mentre in altri paesi europei la spesa per la salute tende a salire, anche per un progressivo invecchiamento della popolazione, in Italia si cerca solo di tagliare, non si investe sul personale che si riduce sempre più e si impoverisce. I nostri infermieri oggi sono attratti dai paesi europei che offrono stipendi dignitosi a fronte di carichi di lavoro più misurati. Ancora

più controverso appare l'orientamento verso una devolution che darà vita a tanti piccoli governi, diversi tra loro, con tanti piccoli sistemi sanitari, che apriranno le porte ad uno scenario di conflittualità con relative ricadute sulle regioni più deboli. La forza e l'unione sono indissolubili: la divisione indebolisce tutti.

Abbiamo bisogno di un piano sanitario con obiettivi chiari e realistici. Servizi più efficienti ma anche sistemi di controllo della spesa e della qualità, dirigenti capaci e non subordinati alla politica.

E' importante raggiungere questo fine. In tutto il mondo e speriamo anche in Italia, si avvii un processo di rinnovamento radicale di tutto il sistema sanitario che ad oggi si regge su una concezione medico-centrica imperniato soprattutto su azioni mediche. Bisogna superare questa concezione avviandosi verso una gestione medico-infermieristica. L'infermiere oggi è capace di gestire processi assistenziali di elevata criticità così come avviene per l'area medica, ruoli diversi ma che si integrano per lo stesso fine.

Le professioni sanitarie non possono ammettere mediocrità di gestione: la salute è un bene troppo importante per essere messo in mano ad incompetenti.

Un'ultima riflessione riguarda la realtà della sanità irpina ed in particolare la scarsa attenzione nella programmazione e gestione degli organici infermieristici ospedalieri. Gestione poco misurata nel tempo e poco coerente con i reali carichi di lavoro. La mancanza di regole nella distribuzione del personale di assistenza lascia intravedere inefficienze e sperequazioni da parte di chi gestisce queste dinamiche. Si poteva fare meglio nonostante la carenza di infermieri. L'esplosione delle attività sanitarie ha visto il moltiplicarsi di nuove U.O. che però non si è accompagnata con analogo incremento infermieristico con deludenti risultati di avere tante "targhe" e poca risposta effettiva alla domanda di salute.

Simili errori non saranno più accettati, il Nursind sarà attento e vigile perché il processo di sviluppo e crescita non sia unidirezionale ma coinvolga tutte le componenti dell'assistenza sanitaria.

Salvatore Galasso Inf. Coord. Nch. di Avellino

In una clinica di Cadiz, Andalusia

infermiere penalizzate perché non portano la gonna!



Una decina di infermiere della Clinica S. Rafael di Cadiz che non si sono volute adeguare all'imposizione della direzione di portare la nuova divisa che prevede la minigonna, si sono viste detrarre dallo stipendio una multa di 50 euro al mese sottratta dal premio di produttività.



La delegata sindacale Adela Sastre, denuncia un atteggiamento discriminatorio senza precedenti. "Collegare il premio di produzione all'abbigliamento è offensivo e lesivo della privacy della donna. Nessuno ci può costringere a tenere le gambe in aria" afferma la delegata, "i pantaloni sono uno strumento di protezione insostituibile, specie negli ambienti ospedalieri, dove liquidi organici e batteri sono di casa".

"L'obbligo ad indossare la gonna è frutto di una cultura "sessista" della società che vorrebbe dalle infermiere, oltre che la prestazione professionale, anche quella di "appagamento visivo" voluta dal pro-

prietario Pascual, che si nasconde dietro la scusa che la divisa dell'azienda da 30 anni prevede la gonna per le donne.

Tale imposizione viola la legge di parità tra i sessi ed in quanto tale, sporgerà denuncia in tribunale".

Qualche giorno dopo il giudice del lavoro invia gli ispettori in clinica i quali non fanno altro che constatare la verità dell'accusa oltre che evidenziare che l'azienda non aveva coinvolto i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza in merito alla decisione

sugli indumenti da lavoro. Il tribunale da ragione alle infermiere e condanna la clinica al pagamento di una multa di 6.251 euro e alla restituzione delle multe inflitte alle in fermiere. L'accusa inflitta dal giudice del lavoro è di "grave discriminazione"



sessuale" ai sensi della legge sulla pari opportunità.

La clinica insiste e procederà in appello in quanto ritiene suo diritto stabilire la divisa dei propri dipendenti

A distanza di qualche mese dall'episodio, la clinica torna a sanzionare 3 dipendenti che non indossano la minigonna. Il sindacato denuncia la clinica per repressione antisindacale in quanto le tre dipendenti avevano partecipato ad un sit-in di protesta davanti alla direzione della clinica. Una di queste, delegata sindacale, subisce anche un trasferimento "forzato" sul quale sono in corso le udienze.

La clinica, denunciano le sindacaliste, ha costrui-

to un impero con i soldi pubblici ed ora crede di poter padroneggiare oltre che sui lavoratori, anche sulle leggi dello Stato.



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



NurSind

Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche

All'Ufficio del Personale

Nata/o a			il/
Residente in via			N°
Città			Prov. () CAP
Tel		Cell	
Email:			
Codice Fiscale			
Qualifica			Matricola
In servizio presso			
	ecorrenza immediata ed l Nursind per dodici m	ensilità sulla propria	Amministrazione ad effettuare la tratare retribuzione e che dovrà essere cana
Con la presente inoltre, si in altro sindacato ()	ntende esplicitamente r	evocata ogni eventu	ale precedente delega a favore di
	Data / /	_ in fede	
Ai sensi del D.lg. 196/03 ar Nursind	t 13 e 23, autorizzo il t	rattamento dei miei	dati personali ai soli fini associativi
	Data / /	_ in fede	

Associarti al NurSind è il miglior investimento della tua carriera!
il contributo mensile ti ritornerà in soddisfazione
professionale, personale ed economica!

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

AGRIGENTO	339 1548499	333 9699713	MACERATA
ALESSANDRIA	348 7730047	349 8455285	MASSA-CARRARA
ANCONA	339 2221513	338 1489380	MATERA
AREZZO	339 8144382	338 7770909	MESSINA
ASCOLI PICENO	347 6459027	331 5643203	MILANO
AVELLINO	340 2645906	340 3149340	MODENA
BARI	348 8231774	338 4898419	MONZA
BERGAMO	340 5464883	331 3846283	NAPOLI
BENEVENTO	333 8935921	339 6805023	NUORO
BRESCIA	328 8043717	338 4464589	ORISTANO
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	347 8101335	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	320 6762843	339 2397838	UDINE
LUCCA	328 0596018	320 0650894	VICENZA
L'AQUILA	333 4125508		

NURSINIO

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

VurSind e gli Infermier