Infermieristica Menze
sindacando
NURSIND

Trimestrale di Informazione Sindacale, Professionale e del Lavoro. 2° trimestre 2007

quando i numeri dicono più di tante parole:
in Italia 500.000 auto blu e solo 320.000 infermieri

nuove segreterie e avvicendamenti:
LECCE
BRINDISI
MONZA

All'interno:

audizione NurSind al Senato
richiesta di inserimento tra i lavori usuranti
ipocrisie del Risk Management
infermieri nella bufera (1ª parte)
come farsi male lavorando in corsia
la denuncia di NurSind Campobasso
e molto altro ancora...

NurSind - Sindacato delle Professioni Infermieristiche - Pisa - Periodico Trimestrale - Poste Italiane SpA - Spediz. in abb. post. D.L. 353/2003 (con. in L. 27/02/2004 n. 46), art 1, comma 2 - DCB Vicenza - Reg. Trib. Bergamo n. 4 del 9/03/2006

sommario:

attualità

4 - Se non c'è NurSind nella tua Azienda?
6 - Volantino "contro la svendita dei Contratti di Lavoro"
7 - Di male in peggio
9 - Commissione Igiene e Sanità del Senato: audizione NurSind
12 - Integrazioni all'audizione NurSind al Senato
14 - La nuova Segreteria di Lecce
15 - Richiesta proroga della Legge n. 17 del 26 febbraio 2007
16 - Lavoro usurante
18 - Richiesta inserimento lavori usuranti
19 - Come farsi male lavorando in corsia

dal territorio

20 - Dalle Segreterie Provinciali
21 - Comunicato stampa di Ragusa
22 - La denuncia di Campobasso
24 - Il mio impegno nella Direzione Nazionale

normative

25 - Legge 210/22 - Indennizzo per gli operatori sanitari
27 - Il lato ipocrita del Risk Management

formazione professionale

29 - Infermieri nella bufera (1ª parte)
31 - Ora è tutto più chiaro
32 - Le 10 regole d'oro
34 - L'elefante e l'infermiere

Questo numero è stato chiuso il 30 giugno 2007

InfermieristicaMente sindacando NURSIND

Direttore responsabile: Inf . Donato Carrara
Redazione: Inf. Daniele Carbocci, Dott. Andrea Bottega, Inf. Pietro Sammartino, Inf. Salvo Nicolosi, Dott. Enzo Palladino
Progetto Grafico: Inf. Vincenzo Raucci
email: infermieristicamente@nursind.it
Stampa: Edizioni MAXIMUS - www.edizionimaximus.com - Chiampo (VI)
Registrazione Tribunale di Bergamo n°4 del 13/03/06

Decreto Legislativo n. 66/2003

Una rivoluzione sull'orario di lavoro

Inf. Donato Carrara - *Segretario Nazionale NurSind*

I turni infermieristici sono in aperta violazione. Comminata la prima multa di 15 milioni di euro all'Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio per mancato rispetto dell'art. 7 (riposo di 11 ore consecutive tra un turno e l'altro). Tribunale di Bari e Potenza: la pronta reperibilità festiva da diritto a riposo compensativo compreso nelle 36 ore. Al dipendente spetta il pagamento di mezza giornata di lavoro con arretrati di 5 anni.

Il recepimento della normativa europea in tema di orario di lavoro sta sconvolgendo a macchia d'olio le consuetudini sulla turnazione e sull'orario di lavoro, degli infermieri in particolare.
Grazie a una sentenza del tribunale di Bari e Potenza, la pronta disponibilità prestata in giornate festive da diritto ad un riposo compensativo compreso nelle 36 ore della settimana successiva.
Adesso chi ne usufruisce si ritrova invece in debito orario. La mancata fruizione di tale riposo, è stata riconosciuta dai giudici con un compenso pari a mezza giornata lavorativa, con la retroattività di 5 anni (il termine della prescrizione).
Fatti due calcoli, 40 € x 12 x 5 = 2400 €! Rivalutati ISTAT diventano 2600 €.
NurSind mette a disposizione i suoi legali per presentare il ricorso.
Invitiamo a tal fine i colleghi interessati a rivolgersi alle proprie segreterie di appartenenza.
L'interessato deve sottoscrivere il mandato di rappresentanza legale al NurSind.
Più sono numerose le adesioni e meno costoso è l'onere delle spese legali che in tal modo vengono ripartite e consentono tranquillamente anche di sostenere l'appello. Un altro bubbone che sta esplodendo è l'art. 5 del D. Lgs. 66/2003 che impone un riposo minimo di 11 ore tra un turno di lavoro e l'altro. La denuncia all'ispettorato del lavoro presentata da alcuni dipendenti dell'Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio ha comminato una multa al Direttore Generale di ben 15.000.000 di euro (1/6 del bilancio aziendale). L'azienda è ricorsa in appello ma ha anche chiesto aiuto alla Regione Lombardia la quale si sta adoperando per ottenere una deroga emanata dal Ministro della Funzione Pubblica di concerto col Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali. Tale deroga deve però essere concordata con i firmatari del CCNL.
Cosa faranno CGIL-CISL-UIL?

Chiuderanno un occhio perchè tanto sono gli infermieri a farne le spese?
Troveranno di nuovo la "scusa" del servizio pubblico da garantire che si scontra con la tutela dei diritti costituzionali del diritto alla salute dei cittadini da una parte, e quello altrettanto costituzionale del riposo dei lavoratori?
La Regione Lombardia, nella circolare del 6/6/2007 indirizzata a tutti i Direttori di ASL e Azienda Ospedaliera invita a ripristinare al più presto una turnazione che non sia in contrasto con il D. Lgs. 66, proprio per evitare il contenzioso giudiziario e le pesantissime multe che si abbatterebbero pesantemente sui bilanci aziendali.
Nel frattempo si sono già dati da fare il Sen. Tomassini (Forza Italia) e il Dep. Airaghi (AN) che in un'interpellanza al Ministro della Salute del 15/5/2007 "chiedono quali provvedimenti immediati intendano assumere riguardo in particolare alla deroga delle norme vigenti, in considerazione della peculiarità delle attività sanitarie e della necessità di assicurare la continuità assistenziale del servizio nelle strutture ospedaliere".
Cioè, poichè le attività sanitarie sono peculiari e noi dobbiamo utilizzare i soldi pubblici per i ben noti privilegi non possiamo nè pagare sanzioni nè permettere che gli infermieri conducano una vita sana e dignitosa.
Si preannuncia un'estate infuocata nelle corsie ospedaliere. Le ferie non possono essere bloccate pena ulteriori sanzioni oltre che violazioni contrattuali. Non resta che la chiusura straordinaria di interi reparti di degenza.
A questo siamo arrivati!
Ringraziamo i politici stolti e sordi che non ci hanno ascoltato.
Una nuova stagione si preannuncia e noi Infermieri ne saremo protagonisti alla grande!

A novembre il rinnovo delle RSU aziendali

Se non c'è NurSind nella tua Azienda?

Inf. Donato Carrara - *Segretario Nazionale NurSind*

A Milano, Napoli, Bologna e Palermo inspiegabilmente gli infermieri sono ancora senza sindacato di categoria. Cosa occorre fare per presentare una lista Nursind?

Il 20 settembre l'ARAN indirà le elezioni per il rinnovo delle RSU in 309 tra ASL ed Aziende Ospedaliere italiane. A novembre le elezioni in tutta Italia. Avranno diritto di voto 460.000 dipendenti del SSN, di cui 252.000 infermieri, 76.000 amministrativi, 125.000 operatori tecnici. Guardando questi numeri si direbbe che gli infermieri "sono a cavallo", forti della loro insuperabile maggioranza numerica all'interno del comparto sanità.

Così non è, per una serie di ragioni.

La prima è il forte assenteismo (si reca al voto 1 infermiere su 2) che di fatto ne dimezza la potenzialità numerica. Pur svolgendosi in 4 giorni le elezioni, la metà dei colleghi sembra non riescano a trovare il tempo per votare. E' vero che 1/6 di questi si trova in ferie e che per gli altri vi può essere la difficoltà di recarsi alle urne durante l'orario di servizio a causa dell'impossibilità di abbandonare anche per 10' il servizio. Ciò non accade per gli amministrativi in quanto possono chiudere tranquillamente l'ufficio e neppure per i tecnici in quanto, non responsabili diretti, possono tranquillamente abbandonare il lavoro. Ed ecco spiegato come, già nel godimento dei diritti sindacali, noi infermieri siamo fortemente penalizzati rispetto alle altre figure.

L'infermiere per votare deve partire 1 ora prima da casa o recarsi alle urne dopo il turno, cosa che scoraggia chiunque non abbia una spiccata volontà di partecipazione.

Nelle aziende dove ancora non esiste il sindacato degli infermieri, la loro partecipazione al voto è scoraggiata dal dover votare liste miste di CGIL-CISL-UIL-FIALS-FSI dove per lo più i capifila sono portantini, impiegati, tecnici, cuochi, portinai, ausiliari.

Tutta gente questa che, per il ruolo rivestito in azienda, ha sufficiente tempo da "perdere" per interessarsi di "sindacato", per farsi pubblicità, per mettersi in mostra. Peccato che non sappiano quasi nulla delle problematiche infermieristiche, tanto da far scena muta poi in trattativa oppure tirar l'acqua al loro mulino.

NurSind nasce proprio per questa esigenza e cioè di rappresentare degnamente la categoria cercando per prima cosa di informare correttamente le amministrazioni riguardo alle nostre problematiche (il 50% dei problemi non arrivano neppure a conoscenza dei Direttori Generali). Questa funzione può essere svolta solo da chi vive sulla propria pelle e quindi conosce esattamente le problematiche del disagio infermieristico, non altri.

Quindi il nostro motto è "GLI INFERMIERI PER GLI INFERMIERI" lasciando perdere ogni influenza della politica/partitica che non ha nulla a che vedere con il nostro lavoro se non quella di dividerci faziosamente ed inutilmente.

Votando le liste NurSind l'infermiere non può sbagliare perchè sono fatte esclusivamente da soli infermieri!

Il legame diretto tra RSU e Rappresentatività

La rappresentanza sindacale nei luoghi di lavoro è regolata dagli accordi quadro tra CGIL-CISL-UIL/Governo e dalla legge 165/2001. Chi può sedere al tavolo negoziale nazionale per discutere e firmare il **C**ontratto **C**ollettivo **N**azionale di **L**avoro deve avere almeno il 5% tra iscritti tesserati e voti ottenuti nelle elezioni RSU.

In quelle del 2004 NurSind si presentò in 89 aziende su 309 ottenendo il 3% su scala nazionale. Ma il dato medio ottenuto in quelle 89 RSU fu dell'11%!

Ecco l'importanza di estendere la presentazione di liste NurSind in tutto il territorio nazionale.

Le RSU hanno il compito di contrattare in sede aziendale sulle materie espressamente dichiarate nel contratto nazionale e con i fondi ivi stanziati (indennità, progressione economica, incentivi, produttività, formazione, ambiente ed orario di lavoro, part-time, straordinario, selezioni) e solo su quelle! Se il CCNL non riconosce nulla di più agli infermieri, anche in RSU non si avranno gli strumenti normativi ed economici per chiedere di più.

E' questo il legame sottile, ma al contempo profondo, che lega le elezioni RSU con la rappresentatività e quindi il CCNL.

E' questa la ragione per cui siamo impegnati e chiediamo di impegnarsi a tutti gli infermieri a presentare liste di infermieri in tutte le aziende d'Italia. Dobbiamo mandare gli infermieri a trattare a Roma! Solo così potremo spuntare migliori condizioni contrattuali.

Oggi siamo costretti a subire le scelte delle 3 sigle maggioritarie, CGIL-CISL-UIL. Queste sono per loro natura "generaliste" in quanto rappresentano tutte le categorie del comparto indistintamente, penalizzando fortemente chi all'interno del comparto ci sta male e stretto, come gli infermieri appunto. Solo per fare l'esempio più significativo.

Tra il 2001 e il 2005 gli infermieri del SSN sono calati di 10.290 unità, mentre gli amministrativi sono cresciuti di 3.840 e i medici di 2.850. Alla faccia dell'emergenza infermieristica e nonostante il blocco delle assunzioni imposto dalle finanziarie, derogato solo per infermieri, tecnici di radiologia ed anestesisti. Se CGIL-CISL-UIL svolgessero correttamente il loro compito sindacale, avrebbero dovuto premiare la categoria in emergenza di organici e snervata dal superlavoro. Avrebbero dovuto aumentare consistentemente le retribuzioni infermieristiche per incentivare i giovani ad acquisire la laurea e soddisfare così la sete di assistenza infermieristica che emerge drammaticamente in tutto il paese. Niente di tutto questo!

Anzi, l'opposto!

L'indennità infermieristica di 200.000 lire risalente al 1991 e poi maggiorata a 215.000 nel '96 è stata soppressa nel '99. Stranamente invece è stata mantenuta ai tecnici di radiologia. Stessa sorte alle indennità, di cui la nostra categoria è "rimpinguata" al punto di costituire quasi 1/3 dello stipendio ma che non vengono rivalutate dal '95 determinando un ingente perdita economica del valore stipendiale.

Cosa occorre fare per presentare una lista NurSind?

Chiarita l'importanza vitale per gli infermieri di partecipare in prima persona alla vita sindacale, spieghiamo cosa occorre fare per presentare una lista alle prossime elezioni RSU.

Per prima cosa vanno presi contatti con le Segreterie Provinciali già attive più vicine alla propria azienda o direttamente alla Segreteria Nazionale al 348-7368056 o inviando una e-mail a **nazionale@nursind.it** che si occuperà di inviare tutto il materiale necessario: manuale del presentatore di lista, materiale informativo e pubblicitario.

Cosa occorre fare nella propria azienda?

Occorre che vi sia almeno un infermiere che si voglia mettere in lista. Per presentare la lista, è necessario raccogliere tra i colleghi un certo numero di firme di sostegno a seconda del numero dei dipendenti della propria azienda, in media tra 25 e 60. Con tutta probabilità la data di indizione delle elezioni sarà il 20 settembre, di conseguenza **il termine ultimo per presentare la lista scade 20 giorni dopo, cioè il 10 ottobre**.

Perchè Milano, Napoli, Bologna, Palermo ed in parte Roma mancano all'appello?

Stranamente proprio in queste grosse città il sindacalismo infermieristico ancora non si è svegliato. Eppure solo in queste 5 città sono concentrati 70.000 infermieri.

Contrariamente a quanto si possa pensare, proprio negli ospedali di queste città i problemi non mancano, anzi con tutta probabilità sono così imponenti da scoraggiare chiunque se ne voglia anche minimamente occupare.

Ciononostante il progetto NurSind e del sindacalismo infermieristico ha bisogno di nascere e crescere proprio in queste realtà "spaventose" e per far questo è necessario uno scatto di orgoglio da parte degli infermieri che soffrono direttamente queste problematiche.

Non possiamo attendere ulteriormente che altri si occupino dei nostri problemi e nemmeno credere che si risolvano da soli senza l'intervento dei diretti interessati, così come pensare a queste realtà solo come "basi" di transito per la mobilità in altre sedi.

Queste realtà continueranno ad esistere ed in queste realtà noi infermieri dobbiamo fare i conti.

Forza Infermieri, forza NurSind!

AGLI INFERMIERI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CON I LAVORATORI PUBBLICI
CONTRO LA SVENDITA DEI CONTRATTI

CGIL-CSIL-UIL hanno deciso di fare da sole, ignorando persino le sigle rappresentative del sindacalismo autonomo dall'accordo sul rinnovo dei contratti pubblici in essere (17 mesi di ritardo) e futuri (2008-2010). Il risultato è **semplicemente deleterio** sia per la democrazia sindacale, che per la magra contropartita offerta loro dal governo.
I 101 euro tanto attesi partiranno solo dal febbraio 2007 (13 mesi persi di arretrati) ed il prossimo contratto sarà triennale anziché biennale.
Che il sistema contrattuale ridefinito nel '93, sempre dagli stessi attori in seguito all'abolizione degli scatti automatici di contingenza, non fosse adeguato al fine di proteggere gli stipendi dall'inflazione era chiarissimo. A distanza di 15 anni e sotto un governo "popolare" che sfrutta la complicità di CGIL-CSIL-UIL, viene ritoccato **ulteriormente in peggio**.
Non ci stiamo! Non vogliamo essere complici di un meccanismo perverso che vede scivolare sempre più in basso i diritti e le condizioni economiche di chi lavora.
Noi infermieri in particolare ne sappiamo qualcosa, gravati da **15 anni di risparmi sulla nostra pelle**, ridotti all'osso nelle corsie, inconsiderati dalle aziende, dalla politica, dalla stessa triplice di CGIL-CSIL-UIL che persevera nel disconoscimento sia normativo che economico della nostra preziosissima professionalità nel Servizio Sanitario Nazionale, nonostante l'emergenza infermieristica sia divenuta "normalità".
Nursind con lo sciopero nazionale dell'11 dicembre 2006, ha chiesto al governo di aumentare progressivamente fino a 600 euro netti entro il 2010 lo stipendio degli infermieri, adeguandolo alle retribuzioni dei colleghi europei. Il governo sa bene che solo così si potranno incentivare i giovani ad intraprendere la **carriera professionale più ricercata in assoluto** sul mercato del lavoro italiano e pur tuttavia l'unica tra i dipendenti pubblici a non essere ambita.
Il ministro Turco da una parte si spende a parole nei convegni per esaltare gli infermieri, dall'altra non ha speso una parola a favore di un loro aumento retributivo trincerandosi dietro i tagli della manovra economica e il forte deficit della spesa sanitaria. Eppure all'indomani della finanziaria sono comparsi i fondi che prima non c'erano, l'ormai famoso "tesoretto" di 10 miliardi, 2,5 dei quali immediatamente spendibili dallo Stato. **Ebbene ora i soldi ci sono!** Ne basterebbe un quinto di questi per assicurare ai 220.000 infermieri italiani la prima delle cinque trance per portare il loro stipendio all'aumento di 600 euro netti entro il 2010.
Ce lo meritiamo. Basti pensare che il SSN solo nel 2005 **ha risparmiato 198 milioni** a causa della riduzione di 5.244 infermieri. Di contro, sono aumentati di **2.562** unità i medici e di **1.718** gli amministrativi. Non ci risultava che l'emergenza riguardasse questi ultimi.
A fronte di queste sacrosante motivazioni, non intendiamo recedere dalle nostre richieste, anche perché non sappiamo ancora quanta parte dell'aumento stabilito andrà sulle voci fisse e quanta su quelle variabili (produttività, indennità, …) e quanto andrà agli infermieri perché altre sorprese, siamo sicuri, **ce le ritroveremo nel contratto della Sanità.**
Le indennità in particolare che sono **ferme dal '95** e alle quali viene negato persino l'adeguamento ISTAT dell'inflazione.
Nursind si associa a tutte le sigle sindacali del pubblico impiego che vorranno dare una dura risposta con uno **SCIOPERO GENERALE** perché non ci sono "Governi amici" quando è in gioco il potere di acquisto di milioni di famiglie.

La Direzione Nazionale NurSind

Dopo l'ultima ipotesi contrattuale: quali iniziative per gli Infermieri?

Di male in peggio

Inf. Pietro Sammartino - *Direzione Nazionale NurSind*

Sino al 1992 l'adeguamento del salario al carovita era qualcosa di automatico: infatti quella che era chiamata la "scala mobile" costituiva un meccanismo attraverso il quale gli stipendi, periodicamente, venivano "agganciati" alla cosiddetta "inflazione reale".
Il protocollo triangolare d'intesa tra il Governo Amato e le parti sociali del 31 luglio di quell'anno costituì uno spartiacque che, in forza della soppressione definitiva della scala mobile, rese molto più difficile la possibilità di adeguare gli stipendi ai processi inflazionistici.
Iniziò la lunga stagione contrattuale che prevedeva, almeno nel pubblico, contratti collettivi di lavoro di durata quadriennale per la parte normativa, con due bienni economici per il periodo di riferimento.
Erano accordi stipulati tra la parte pubblica (il governo) ed i rappresentanti dei lavoratori (i sindacati) che quantomeno garantivano a questi ultimi, anche se in maniera biennale, un certo adeguamento del loro salario all'aumento del carovita.
Tali accordi non avevano la "capacità" di agire in tempo reale, in quanto la stagione contrattuale (un contratto per ogni comparto del pubblico impiego) si dilatava molto nel tempo, ma in ogni caso davano certe garanzie.
L'accordo del 29 maggio di quest'anno (che potremmo definire quello dei "101 euro") a distanza di quasi quindici anni cambia ancora le carte in tavola, creando le premesse per pesanti penalizzazioni economiche nei confronti dei dipendenti del pubblico impiego.
Ed in cosa consiste la novità?
Essa si basa essenzialmente su due elementi:
- il più rilevante è quello che possiamo definire come "triennalizzazione" della parte economica del CCNL. Anche il meno avveduto dei lavoratori si renderà conto che tale sistema impoverisce il suo reddito, in quanto egli vedrà aumentata la propria retribuzione ogni tre anni e non ogni due come è accaduto sino ad ora. Conseguentemente ciò porterà inevitabilmente ad una diminuzione del potere d'acquisto di salari e stipendi.

- Il secondo elemento, anch'esso di una certa rilevanza, consiste nell'aver rinunciato - le cosiddette organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative (e cioè CGIL, CISL, UIL) - agli aumenti contrattuali relativi all'anno 2006, con perdita economica rilevante per i lavoratori.
Non sappiamo quale sia stata la filosofia ispiratrice di un siffatto accordo, ma siamo indubbiamente certi che esso è il frutto del più becero consociativismo che la dice lunga sull'effettiva e reale efficacia della rappresentanza sindacale.
E' comprensibile, oltre che naturalmente condivisibile, quindi che le organizzazioni sindacali autonome del pubblico impiego abbiano non solo preso le distanze da tale accordo, ma anche e soprattutto, si oppongano ad esso anche attraverso iniziative di sciopero finalizzate a proporre alternative valide atte a ridare valenza reale al lavoro e significativo protagonismo a coloro i quali, tra mille e mille difficoltà, si prodigano per garantire i servizi nel nostro Paese.
Ed a proposito di servizi, sentiamo che è d'obbligo fare un riferimento al SSN ed a quella che NurSind considera come la "spina dorsale" della sanità: la categoria infermieristica.
Tutti, infatti, negli ultimi anni si sono spesi - molto spesso solo a parole - a favore della nostra categoria: Federazione IPASVI, mondo dei media, sindacati, politici, non ultimi i ministri Turco (della salute) e Damiano (del lavoro).
Dicevo solo a parole, in quanto le enunciazioni fatte non hanno trovato applicazione pratica nella realtà. A cominciare dall'attuazione e riconoscimento di tutto quello che è stato l'iter legislativo che ha riguardato la professione: riconoscimento della dirigenza; trattamento

Associarti al NurSind è il miglior investimento della tua carriera!
7,00 € al mese ti ritorneranno in soddisfazione professionale, personale ed economica!
Chiedi come, ai delegati sindacali NurSind della tua azienda.

economico più adeguato non solo rispetto agli standards europei ma anche alla figura professionale che ha raggiunto notevoli traguardi formativi e culturali; maggiore attenzione al disagio di una categoria professionale che garantisce, tra mille difficoltà, l'assistenza sanitaria nelle ventiquattrore; riconoscimento ed inserimento a pieno titolo della professione tra quelle definite "usuranti".
Su questi versanti il NurSind si è mosso ed in atto intrattiene rapporti politico-istituzionali per un confronto tra le parti finalizzato a trovare risposte alle istanze della categoria.
Per tali ragioni è necessario lavorare allo scopo di creare una forte unità sindacale che dia più voce agli infermieri, ormai stanchi di aspettare da altri risposte adeguate alle loro richieste.
E le elezioni per il rinnovo delle RSU, ormai alle porte, costituiranno indubbiamente un importante banco di prova perché il nostro protagonismo riprenda vigore e si rafforzi lo spirito di autorappresentanza presso ogni tavolo di confronto e di contrattazione.

Notizie Flash

Finanziaria: Padoa Schioppa, costi sanità non cresceranno
(AGI) - Roma, 21 nov - "Sono il primo a dire che gli spazi per fare economie di spesa, nel settore pubblico e soprattutto negli apparati dello Stato e dei governi locali, sono ancora grandi". Lo dice a SKY TG24 il ministro dell'Economia Tommaso Padoa-Schioppa. "La legge finanziaria - ha aggiunto il ministro - ha innescato un processo di economia che deve continuare. Credo che si sia mantenuto fede all'impegno che era stato preso dal DPEF di affrontare questi settori della spesa. Ad esempio nel 2007 la spesa sanitaria non aumentera' in valore nominale rispetto al 2006. Era aumentata del 5-6% all'anno in ognuno dei cinque, sei anni precedenti. I servizi sanitari non diminuiranno per effetto di questa economia. E' un intervento straordinario, come risultato, che libera risorse per altri interventi".

Amputato braccio a neonato, a giudizio medici e infermieri
Devono rispondere di lesioni colpose
2 Dicembre 2006
Due medici e quattro infermieri del policlinico di Perugia sono stati rinviati a giudizio per l'amputazione di un braccio subita da un neonato. L'accusa è di lesioni gravissime colpose. La lesione è stata provocata per l'applicazione errata, secondo l' accusa, di una ago cannula dopo il ricovero nel reparto di pediatria. Il processo comincerà il 7 febbraio prossimo. I genitori del bambino hanno avanzato una richiesta di risarcimento di un milione e mezzo di euro.

Commissione Igiene e Sanità del Senato

Audizione NurSind

a cura della redazione di InfermieristicaMente

In data 8 maggio 2007, presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato, NurSind ha potuto confrontarsi con i Parlamentari componenti la Commissione sulla situazione della professione infermieristica. La relazione presentata (riportata di seguito) ha suscitato interesse e alcuni Senatori hanno posto una serie di domande per approfondire alcune delle problematiche esposte.

Sono presenti in rappresentanza dell'Organizzazione Sindacale NurSind, il sindacato delle professioni infermieristiche: l'infermiere Daniele Carbocci e l'infermiere dr. Andrea Bottega della Direzione Nazionale del Nursind.

Rivolgiamo un particolare ringraziamento al Presidente della Commissione, prof. Ignazio R. Marino, e ai membri della Commissione per l'invito e la possibilità che ci è data di relazionare, in una sede così importante, sulle problematiche di una categoria professionale spesso non tenuta in adeguata considerazione.

- - - - -

Signor Presidente, onorevoli senatori, il "NurSind, il sindacato delle professioni infermieristiche", è un'organizzazione di recente nascita e in continua espansione, basti pensare che nei 5 anni di vita ha raggiunto circa 15.000 aderenti. Esso ha come obiettivo farsi portavoce delle istanze della categoria infermieristica, la principale risorsa umana del Servizio Sanitario Nazionale.

Lo scopo prefissato del presente intervento è innanzitutto quello di esporre un problema di fondamentale importanza per tutti i cittadini, ossia la carenza di personale infermieristico nelle strutture sanitarie del nostro Paese.

In secondo luogo è nostra intenzione segnalare alla Commissione del Senato alcuni elementi di analisi e proposte per la soluzione della "questione infermieristica".

Ciò, secondo noi, può avvenire attraverso l'istituzione di un'inchiesta conoscitiva sul fenomeno al fine di garantire una maggior sicurezza dei cittadini che si rivolgono al Servizio Sanitario Nazionale e così soddisfare i bisogni riguardanti la salute, bene tutelato costituzionalmente.

A supporto di tali richieste portiamo le seguenti motivazioni.

La carenza infermieristica

L'attuale situazione in cui versa l'assistenza infermieristica è a dir poco drammatica.

In Italia ci sono circa 342.000 tra infermieri e infermieri pediatrici, di questi circa 220.000 esercitano la professione come dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale. Secondo le valutazioni dell'OCSE in Italia al momento presente mancano 68 mila infermieri. La nostra nazione si colloca agli ultimi posti tra i paesi occidentali in ordine al rapporto infermieri-numero di abitanti; infatti ci sono 5,4 infermieri per 1.000 abitanti rispetto allo standard europeo di 6,9 auspicato dall'OCSE.

E la situazione è destinata a peggiorare, perché la riduzione del personale si accentuerà se presto non saranno posti in essere dei correttivi. Già nel periodo 1998/2004 il turn over professionale ha dato un saldo negativo di 15.000 unità, e una previsione realistica individua in 18.000 unità gli infermieri che ogni anno andranno in pensione o comunque lasceranno la professione. Il fenomeno è particolarmente grave nel Centro –Nord dove le Regioni si trovano già ora in difficoltà a gestire una carenza di personale infermieristico stimato attorno alle 26.000 unità.

A fronte di tutto ciò registriamo una programmazione del fabbisogno formativo per l'anno accademico 2006/2007 di 13.423 unità infermieristiche, comprensive del personale riqualificato, mentre le richieste avanzate dalle Regioni sono di 16.430 unità e quelle dell'organo di rappresentanza professionale di 18.690 unità. Un altro dato fondamentale, utile da considerare, è rappresentato dalla distribuzione della forza lavoro infermieristica compresa tra i 30 e i 39 anni di età. Essa risulta essere il 47,8% del totale. A questo va aggiunto che vi è il numero più basso, tra i Paesi europei, di infermieri sotto i 30 anni. Ciò implica che in un decennio si assisterà a una fuoriuscita di metà degli infermieri attualmente in forza al SSN.

I dati OCSE, inoltre, ci dicono che l'Italia, dopo la Grecia, è tra i paesi dell'Unione europea e quelli

industrializzati, quello con il rapporto più alto medici- abitanti (4,2 per 1000). Se è pur vero che il fenomeno della carenza del personale infermieristico, come denunciato dall'OMS, ha una dimensione internazionale, non si può pensare che la carenza degli infermieri italiani sia un problema di una specifica categoria bensì di tutto il paese.

E' una preoccupazione dello Stato e degli organismi che lo rappresentano garantire il diritto alla salute. Avere più infermieri significa avere più salute per i cittadini. Tale equazione ha valenza sia professionale sia economica, per toccare un tema tanto caro a tutti i governi.

Per perseguire obiettivi di finanza pubblica le leggi finanziarie degli anni 2000 hanno sempre previsto tagli alla spesa del personale del SSN. Gli infermieri costituendo il gruppo più numeroso del personale dipendente rappresentano l'approdo primario e più semplice per la riduzione dei costi. Tuttavia gli infermieri sono anche "il personale in prima linea nei principali sistemi sanitari e il loro contributo è riconosciuto come essenziale per garantire una adeguata qualità dell'assistenza" . Questo ha evidenze scientifiche a livello internazionale.

Sono molti, infatti, gli studi che mostrano che il risparmio derivato dalla riduzione dei tempi di degenza compenserebbe almeno la metà di ogni aumento del costo del lavoro . Nel nostro sistema basato sul finanziamento pubblico della sanità, avanzamenti, efficienze e risparmio di costi derivato dal miglioramento della qualità dell'assistenza, si traducono in benefici per tutti. Numerose ricerche sottolineano la correlazione tra i livelli di dotazione di personale infermieristico e i tassi di eventi avversi per i pazienti. Si nota un più alto tasso di mortalità dei pazienti dov'è carente la risorsa infermieristica .

Altri studi hanno esaminato eventi avversi non fatali e hanno rilevato che al diminuire del livello di dotazione di personale infermieristico aumentano i casi di: attacchi cardiaci, shock, errori di somministrazione dei farmaci, cadute, lesioni da decubito, trombosi, sanguinamenti gastrointestinali alti, infezioni delle vie respiratorie e urinarie.

Certamente le decisioni di programmazione del fabbisogno di personale infermieristico devono essere volte sia a garantire la sicurezza del paziente sia il contenimento dei costi. Sempre secondo il rapporto OCSE, l'Italia è uno dei Paesi con la spesa più bassa per il personale infermieristico sul totale delle spese sostenute per la sanità.

Poiché gli infermieri costituiscono un'asse portante dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, la nostra organizzazione sindacale e gli infermieri stessi sottolineano con forza le carenze che mettono in pericolo il benessere dei pazienti e la loro sicurezza. Considerando la salute delle persone una priorità per chiunque governando abbia a cuore il bene comune, sottolineiamo che l'assenza di un numero adeguato di personale infermieristico deve essere visto non come una spesa onerosa ma un costo efficace e degno di investimento, per la qualità e la sicurezza degli interventi sanitari.

La questione infermieristica

Secondo il nostro parere, scaturito dall'esperienza quotidiana nelle corsie degli ospedali e nei servizi territoriali, la carenza infermieristica, oltre ad essere un dato di fatto ha anche radici profonde dovute al riconoscimento sociale della professione e all'attuale organizzazione del lavoro. La "questione infermieristica" deriva dalla carenza di personale, dal difficile approccio delle giovani generazioni alla nostra professione, e rappresenta uno stato di oggettivo malessere della categoria dovuto a fattori di carattere lavorativo, economico, sociale e professionale.

Negli ultimi tempi, accanto alla progressiva riduzione della forza lavoro, si è assistito ad una crescita dei bisogni di salute dei cittadini. I pazienti sono molto più malati oggi (affetti da pluripatologie) che in passato e necessitano di un'assistenza più specializzata e competente. L'invecchiamento della popolazione e le varie riorganizzazioni del sistema sanitario hanno reso i carichi di lavoro sempre più pesanti e le precarie e stressanti condizioni di lavoro incidono sulla capacità degli infermieri di erogare un'assistenza di qualità.

Il turn over del personale non è più garantito, come in alcuni casi anche le sostituzioni del personale in maternità (è bene ricordare che il 74% della professione è composta da personale femminile). Ogni utente del SSN può chiedere oggi all'infermiere quanto la normativa vigente prevede che esso debba fare. In particolare il profilo professionale (DM 739/94,) e la

Legge 251/2000 affermano l'autonomia professionale e l'impiego della metodologia della pianificazione per obiettivi dell'assistenza.
Oggi, in moltissime realtà italiane, ciò non è possibile perché la carenza di personale e l'organizzazione del lavoro non lo permette. E' con profonda amarezza che constatiamo l'impossibilità di attuare le norme promulgate dal Parlamento. Le terapie quali quelle farmacologiche, le procedure mediche, gli interventi educativi non possono essere efficaci se agli infermieri non è data la possibilità di erogarli al momento giusto, nel modo giusto o affatto.
La continua riorganizzazione del SSN, con la sempre più pressante necessità di ridurre le spese, ha portato al taglio dei posti letto e alla riduzione dei tempi di degenza. Ciò richiede un'assistenza sempre più specializzata che solo un professionista ben preparato e con esperienza e formazione continua può essere in grado di dare.
Come è possibile pensare che ciò venga offerto senza un riconoscimento del valore e dell'importanza che gli infermieri hanno nel garantire la salute dei cittadini? Nessuna norma riconosce la nostra professione come lavoro usurante. Eppure garantiamo l'assistenza nelle 24 ore con turni massacranti e in situazione di disagio estremo.
Molti di noi abbandonano la professione perché gravati da difficoltà fisiche, eppure nessuna norma prevede alcuna malattia professionale. Coinvolgimento emotivo e depressione per la vicinanza a situazioni umane estreme, patologie a carico del rachide per la movimentazione dei carichi, disturbi del sonno-veglia per il lavoro notturno, i rischi chimici e biologici non sono riconosciuti. Inoltre, come si può pensare di incentivare i giovani a diventare infermieri se il trattamento economico è pari a quello di un operaio generico?
I disagi presenti all'interno della categoria hanno raggiunto un punto di non ritorno, tanto che nell'arco di un solo mese si è assistito a 2 scioperi di categoria e ad una manifestazione a piazza Montecitorio.

Quali proposte per un rinnovamento del Sistema Sanitario Nazionale

Onorevoli senatori, è più che mai necessario attuare lo spirito della prima riforma sanitaria del 1978 e delle riforme della pubblica amministrazione degli anni novanta. Occorre effettuare una rivoluzione copernicana che metta al centro dei servizi garantiti dallo Stato il cittadino. La sanità italiana è ancora troppo medicocentrica.

Per quanto ancora i medici di famiglia saranno in grado di gestire l'assistenza territoriale e fare da filtro alle strutture ospedaliere?
Chiediamo che il legislatore affidi parte di questa assistenza all'infermiere di famiglia, nella definizione dei cui compiti ci dichiariamo fin d'ora disposti a collaborare. Molti ambiti operativi possono di diritto essere ricoperti da personale infermieristico e molte attività possono essere svolte con minor costo a carico della collettività e maggiore efficienza ed efficacia.
Per quanto ancora saranno i medici a dirigere l'organizzazione del lavoro e a occupare le cattedre universitarie ai corsi di laurea infermieristica?
Chiediamo che la governance dell'infermieristica sia degli infermieri! Che il Ministero della Salute si faccia garante dell'effettiva applicazione delle competenze dell'infermiere non solo in ambito assistenziale bensì anche nell'ambito gestionale e formativo.
Chiediamo che agli infermieri sia data la possibilità di esercitare in toto il loro mandato prevedendo l'impiego nell'ambito universitario della formazione e in quello dirigenziale della gestione dei processi produttivi delle strutture sanitarie. Non chiediamo la mera possibilità che già la norma prevede bensì esplicite direttive ed atti concreti per realizzare tale mandato.

Per quanto ancora si dovrà lottare per il riconoscimento sociale della nostra professione?

Chiediamo che non venga assolutamente messa in discussione l'intellettualità della nostra professione. Che il Parlamento approvi una riforma degli ordini che preveda la trasformazione da Collegio a Ordine della nostra rappresentanza professionale e tenga in debito conto le indicazioni della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.
Chiediamo che venga riconosciuta un'area contrattuale autonoma come previsto dall'art. 40 comma 2 del d.lgs n. 165 del 2001, che dia dignità agli stipendi degli infermieri.
Chiediamo che, al pari dei professionisti medici, venga riconosciuta a tutte le professioni sanitarie la possibilità di svolgere la libera professione e venga riconosciuta un'indennità di esclusività per chi esercita tale diritto all'interno della struttura ospedaliera.
Chiediamo che la professione infermieristica rientri a pieno titolo tra i lavori usuranti e ciò a noi sembra un atto dovuto.
Questo con forza chiede oggi la nostra categoria ai rappresentanti del Parlamento nell'aspettativa che essi si prodighino per la soluzione della "questione infermieristica".

Grazie per l'attenzione riservataci.

Commissione Igiene e Sanità del Senato

Audizione NurSind

integrazione alla relazione in risposta ai quesito posti da alcuni Senatori

a cura della redazione di InfermieristicaMente

In risposta alle osservazioni della onorevole senatrice **Erminia Emprin Gilardini**, (vedi foto sotto) si chiarisce quanto segue:

1. i dati OCSE che rappresentano una carenza di personale infermieristico in Italia di circa 68.000 unità non tengono certamente conto di altre figure presenti nell'ambito sanitario. Come indicato dallo stesso rapporto, nella comparazione dei dati si è tenuto conto di alcune specifiche: per Germania, Norvegia e Messico si è tenuto conto del

numero di infermieri rapportati al tempo pieno; per l'Austria e l'Italia si è tenuto conto degli infermieri dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, per la Francia non si sono conteggiate le figure di supporto all'infermiere; i dati della Spagna riguardano solo gli infermieri dipendenti del Servizio Sanitario Pubblico.

La scelta delle variabili, secondo l'Institute de Recherche et Documentation en Enconomie de la Santé che cura la pubblicazione del rapporto, rispetta i criteri di pertinenza per l'analisi dei sistemi di salute e coerenza della serie sul lungo periodo di tempo.

Lo studio di comparazione, per l'Italia, interessa l'infermiere dipendente in servizio (sono esclusi i pensionati e chi esercita la professione in ambiti diversi dalla clinica o in strutture private non convenzionate o in regime libero professionale) secondo i dati forniti dal Ministero della Salute (rapporto annuale sul "Personale delle ASL e degli Istituti di cura pubblici").

I dati contengono anche il personale che ricopre ruoli per cui è richiesta una formazione post base. Sono altresì inclusi gli infermieri generici e le puericultrici (figure "storiche" in via d'esaurimento).

È forse utile ribadire che secondo la classificazione del personale per ruoli (sanitario, tecnico, professionale, amministrativo) le figure di supporto all'assistenza (operatori tecnici addetti all'assistenza, operatori socio-sanitari) appartengono al ruolo tecnico e non al sanitario.

Ciò, a nostro parere, non significa - come affermato dalla senatrice - che *"ci sono dei fantasmi"* che girano per gli ospedali, ma che correttamente si fa riferimento nelle comparazioni internazionali a figure professionali che per legge hanno un ambito autonomo e diretta responsabilità nell'erogare l'assistenza infermieristica (con l'aggiunta nel nostro caso dell'infermiere generico che rappresenta un'arte ausiliaria ed è una figura ad esaurimento).

La comparazione è infatti una relazione tra simili e simili - secondo la definizione aristotelica - sono quelle cose la cui qualità è una. Pensiamo dunque si possa tranquillamente affermare che a livello internazionale il responsabile dell'assistenza infermieristica è l'infermiere con adeguata certificazione e registrazione secondo le norme che ogni paese si è dato. L'unica qualità comunemente riconosciuta è la responsabilità del processo di assistenza infermieristica.

Ciò non significa sminuire l'apporto che le figure di supporto danno all'organizzazione dei servizi bensì semplicemente tenere conto di chi è in grado autonomamente di rilevare, analizzare ed organizzare la risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

2. in merito a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni rep. N. 2152 del 16 dicembre 2004 indicante i criteri e le modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento in attuazione dell'art. 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, ci preme sottolineare l'assoluta contrarietà a ogni forma di sanatoria che dia il titolo di infermiere semplicemente sulla base di un'esperienza clinica limitata a profili di competenza diversi.

Per essere più chiari: l'infermiere generico o la puericultrice o l'infermiere psichiatrico che può vantare una consistente esperienza lavorativa è stato formato e ha svolto tale esperienza secondo quanto previsto dalla normativa vigente che regola la sua arte sanitaria.

Dare su questa base nuove competenze come quelle previste dal profilo dell'infermiere (DM 739/94) significa inevitabilmente porre la responsabilità del processo di assistenza nelle mani di figure non adeguatamente preparate. Se questa è ritenuta dagli enti preposti a tutela della salute pubblica la soluzione per risolvere il problema della carenza infermieristica, fin d'ora ci dichiariamo contrari e motivati a tutela del diritto alla salute del

cittadino a intraprendere ulteriori percorsi per evitare le gravi ricadute che si avranno sulla qualità delle cure erogate.
Abbiamo infatti affermato nella nostra relazione che è mutato il quadro generale entro cui ci troviamo a dare la risposta ai bisogni di salute dei nostri cittadini ed abbiamo affermato che "i pazienti sono molto più malati oggi (affetti da pluripatologie) che in passato e necessitano di un'assistenza più specializzata e competente".
Come è possibile pensare che a fronte della riduzione dei tempi di degenza e dei posti letto, dell'utilizzo di metodiche e strumenti sempre più sofisticati e tecnologicamente avanzati, si possa dequalificare il personale preposto all'assistenza infermieristica?
3. su quanto affermato in merito alla libera professione non riscontriamo alcuna nostra considerazione sul fatto che essa sia lo strumento per ridurre le liste d'attesa. Ciò che la nostra organizzazione sindacale indica è un principio di eguaglianza tra dipendenti pubblici. Come alla professione sanitaria del medico è data la possibilità di esercitare la libera professione intra o extramoenia, così anche per tutte le altre professioni sanitarie chiediamo che sia data la stessa possibilità.
Perché fare questa differenza?
A noi sembra che la legge n. 42 promulgata nel 1999 ci riconosca alla pari e non più come professione ausiliaria della professione medica.
Perché tale principio non viene tenuto in considerazione per quest'aspetto? Perché si usano due pesi e due misure?
A tali domande chiediamo una risposta ai rappresentanti in parlamento eletti anche con i voti degli infermieri italiani.

- - - - -

In risposta alle osservazioni della onorevole senatrice **Paola Binetti** (vedi foto a destra), si chiarisce quanto segue:
1. la nostra organizzazione sindacale è contraria alla creazione di figure che assumano la denominazione di Infermiere derivanti da un percorso formativo diverso da quello attuale (universitario). Pensiamo sia una ulteriore fonte di confusione per il cittadino che afferisce al SSN, il quale si trova spesso a muoversi al suo interno come uno straniero.
La corretta e semplice identificazione delle figure fa si che il cittadino possa rivolgersi correttamente ai professionisti della salute e sia consapevole di cosa si può aspettare da ciascuno.
In secondo luogo non se ne vede l'utilità considerando che la figura di Infermiere esiste già ed è ben definita e esiste inoltre una figura di supporto alla professione infermieristica, l'operatore socio-sanitario.
La creazione della figura dell'*"Infermiere diplomato"* che alcuni propongono è la via breve che, sempre a nostro parere, rappresenta un ritorno al passato.
Ribadiamo che le competenze previste oggi per l'infermiere necessitano di una formazione adeguata, universitaria, come avviene negli altri paesi dell'Unione Europea.
2. per quanto riguarda la correlazione tra la formazione infermieristica nei sui diversi gradi (di base, master, specialistica, dottorato di ricerca) e l'organizzazione del lavoro, certamente la richiesta che viene avanzata implica un adeguato riconoscimento delle competenze ottenute attraverso l'acquisizione di diversi ruoli all'interno dell'organizzazione delle strutture sanitarie e delle università italiane. La dirigenza di struttura e le cattedre universitarie sono posti di ruolo che legittimamente aspiriamo a ricoprire per quanto di competenza.
Auspichiamo, inoltre, che pure a livello contrattuale ci sia un riconoscimento economico e di ruolo per i

professionisti che hanno conseguito dei master clinici o in organizzazione.
L'impegno a una formazione che dia sempre maggiori conoscenze a servizio degli utenti come l'appetibilità per i giovani verso questa professione sono sicuramente incentivati dalla possibilità reale di un percorso di carriera.

- - - - -

In risposta alle osservazioni della onorevole senatrice **Fiorenza**

Bassoli (vedi foto sotto), si chiarisce quanto segue:

1. sulla preoccupazione espressa per l'utilizzo degli infermieri stranieri dipendenti attraverso cooperative

nei reparti delle strutture ospedaliere in particolar modo durante i turni notturni dove spesso non è nemmeno presente la figura del medico, si fa presente anzitutto che la nostra organizzazione sindacale ritiene che il core business delle aziende sanitarie non debba essere ceduto in appalto o esternalizzato (così come ribadito nel recente protocollo d'intesa tra governo e sindacati sul pubblico impiego).

In secondo luogo l'utilizzo di infermieri stranieri, in genere non comunitari, pone diversi problemi inerenti la lingua, i maggiori tempi nell'inserimento nell'organizzazione del lavoro per il raggiungimento di un'autonomia professionale, il depauperamento di tale risorsa nei confronti dei paesi meno ricchi da cui emigrano, l'esercizio abusivo in mancanza del riconoscimento del titolo, lo sfruttamento della forza lavoro che spesso le cooperative attuano per aumentare i ricavi.

Riteniamo, inoltre, che incentivare i nostri giovani ad intraprendere la professione di infermiere possa essere un segno di crescita civile della nostra società che sempre più difficilmente è attenta ai bisogni dell'altro e delle persone più deboli.

2. in merito alle iniziative da intraprendere per incentivare i giovani all'iscrizione ai corsi di laurea in infermieristica si ritiene che la campagna promossa il mese scorso dal Ministero della Salute in collaborazione con l'organo di rappresentanza professionale sia un utile strumento, unitamente all'aumento dei posti disponibili presso le sedi universitarie.

Tuttavia è nostra convinzione che un passo importante da compiere verso una maggiore dignità sociale della professione non può non avvenire anche attraverso un adeguato riconoscimento economico dando dignità agli stipendi degli infermieri italiani.

LA NUOVA SEGRETERIA DI LECCE

Salve,
sono Graziano, infermiere da 12 anni e come tutti o la maggior parte dei colleghi del meridione, ho prestato servizio in Aziende Ospedaliere del nord Italia.

E' la prima volta che svolgo attività sindacale in via ufficiale anche se nel lungo girovagare tra le aziende ospedaliere mi sono interessato dei problemi che quotidianamente s'incontrano durante le ore di servizio e non solo, nei confronti degli infermieri quali turni di servizio, ferie, permessi vari, etc.

Difatti ho riscontrato toccando con mano le problematiche vere della professione infermieristica che risultano essere uguali su tutto il territorio nazionale italiano prima fra tutte la divisione della stessa.

Durante le "passeggiate" in internet vengo a conoscenza, a mio giudizio, del vero sindacato di categoria infermieristica: il NURSIND; difatti dopo aver letto lo statuto, gli obiettivi, le riviste periodiche varie ed il lavoro che sino ad oggi è stato svolto dai colleghi nei vari ruoli, ho ritenuto opportuno fare il porta-bandiera del sindacato infermieristico fino ad oggi assente nella provincia salentina.

Comunque, oltre al sottoscritto e qui voglio ringraziare, altri colleghi che insieme a me hanno sposato la causa del sindacato di categoria nella provincia di Lecce si stanno mobilitando per arrivare ad un numero considerevole di infermieri che preferirebbero essere rappresentati dai loro stessi colleghi e non da esponenti di altre categorie, categorie diverse che non hanno a che vedere con gli Infermieri.

Rivolgo quindi un invito a tutti i colleghi salentini che sono tanti a contattarmi per collaborare e portare alle oramai imminenti elezioni RSU la voce degli INFERMIERI.

Grazie.

(Nursind LECCE Graziano Paolo Accogli - email: lecce@nursind.it - tel. 3473423464)

DIREZIONE NAZIONALE NURSIND
Via F. Squartini, 3 - Pisa 56121
nazionale@nursind.it - www.nursind.it
telefax 0503160049 - cell. 3487368056

prot. : SN-0012 del 16/04/2007

Alla cortese attenzione
del MINISTRO della SALUTE
On. Livia Turco

Del MINISTRO dell'ECONOMIA e delle FINANZE
On. Prof. Tommaso Padoa-Schioppa

Del MINISTRO del LAVORO
On. Cesare Damiano

Oggetto: richiesta proroga termini di cui all'art. 1 comma 2 della Legge 26/02/2007, n.17

Onorevole Ministro,
la presente per chiederLe a nome dei 15.000 infermieri iscritti al nostro sindacato di categoria, Nursind il Sindacato delle professioni infermieristiche, di prorogare il termine del 31 maggio 2007 previsto dall'art.1 comma 2 del D.L. 28 dicembre 2006, n. 300 convertito nella legge 26 febbraio 2007, n. 17:
"2. Per garantire la continuità assistenziale e fronteggiare l'emergenza nel settore infermieristico e tecnico, il termine previsto dall'articolo 6-quinquies del decreto-legge 30 dicembre 2004, n. 314, convertito, con modificazioni, dalla legge 1o marzo 2005, n. 26, e' prorogato al 31 maggio 2007, in attesa della definizione di tali prestazioni e nel rispetto delle disposizioni recate in materia di contenimento delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale dai provvedimenti di finanza pubblica."
A parere della scrivete O.S., non essendo mutato lo stato di carenza del personale infermieristico nelle strutture del SSN e al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza e la riduzione delle liste d'attesa, riteniamo che persistano le condizioni affinché venga data la possibilità alle Regioni e alle aziende sanitarie locali di reperire le risorse umane mancati attraverso l'acquisto di prestazioni orarie aggiuntive dal personale dipendente.
Si coglie inoltre l'occasione per ribadire la richiesta di un impegno a rendere più adeguate le dotazioni del personale infermieristico delle strutture pubbliche attraverso uno sblocco delle assunzioni a tempo indeterminato ed un programma di incentivazione verso i giovani affinché intraprendano il corso di laurea in infermieristica.
Certi di un Vostro impegno a sostegno del servizio pubblico, porgo distinti saluti.

Il Legale Rappresentante NurSind
Inf. Donato Carrara

Si chiede che il lavoro dell'infermiere venga dichiarato...

Lavoro usurante

Dott. Andrea Bottega - *Direzione Nazionale NurSind*

Già nei primi mesi di legislatura, in concomitanza con l'emergere del tema del riequilibrio della finanza pubblica e della necessità di mettere mano all'ultima riforma del sistema pensionistico, più volte la stampa nazionale ha riportato dichiarazioni da parte del Ministro del lavoro Cesare Damiano sulla necessità di allargare la categoria dei lavori usuranti.

Su tale tema, il sindacato infermieristico NurSind da anni conduce una campagna di sensibilizzazione e raccolta firme per chiedere al governo di ricomprendere tra i lavori usuranti tutta la categoria infermieristica.

Recentemente il sindacato di categoria ha scritto a ministri e parlamentari una relazione per evidenziare le gravi condizioni di lavoro in cui l'infermiere svolge oggi la propria attività e sottolineare quali conseguenze sulla salute ha l'esercizio della professione, avanzando la richiesta che il lavoro dell'infermiere venga dichiarato usurante.

Lo studio partendo da dati INAIL ha evidenziato che relativamente all'anno 2005 circa metà delle malattie all'apparato muscolo-scheletrico denunciate all'INAIL nell'ambito sanitario riguardano il personale infermieristico e più del 30% di infortuni interessa la qualifica di infermiere (dati dal 1997 al 2005). Ciò nondimeno alcuni dati di grandi aziende ospedaliere riportano numeri molto superiori arrivando addirittura oltre ad un 60% di infermieri infortunati sul totale dei casi denunciati.

L'elenco delle patologie a carico degli infermieri è abbastanza lungo e comprende:

1. Movimentazione dei carichi causa di patologie muscolo scheletriche (principale causa di limitazioni al lavoro)

2. Burnout

3. Lavoro a turno causa di malattie cardiocircolatorie, alterazioni metaboliche, stress, abuso di alcool e fumo

4. Punture accidentali da taglienti e contaminazioni muco-cutanee, causa di malattie trasmissibili attraverso la via ematica (HIV, Epatite)

5. Trasmissioni di malattie infettive quali, ad esempio, la TBC

6. Esposizione a gas anestetici e altre sostanze chimiche

7. Manipolazione di farmaci e antiblastici causa di alterazioni tissutali e fenomeni di sensibilizzazione e allegrie

8. Esposizione al lattice, causa di reazioni allergiche

9. Aggressioni

10. Radiazioni ionizzanti per l'utilizzo di apparecchiature radiologiche

L'elenco pur non essendo esaustivo, in quanto per definizione l'infermiere si trova a lavorare in un ambiente a contatto con vettori di malattie diagnosticate e non ancora diagnosticate, conosciute e sconosciute, descrive già una situazione alquanto preoccupante per la salute degli infermieri.

Ulteriori dati di particolare valore potrebbero derivare del medico competente presente all'interno di ogni struttura sanitaria per l'attività di sorveglianza per il rischio biologico (secondo quanto previsto dal D. Lgs. 626/94). Purtroppo si è riscontrato non esistere una struttura centralizzata (regionale o nazionale) che raccolga e valuti questi dati epidemiologici.

A fronte di questa deficienza si è svolto un sondaggio tra gli uffici sanitari aziendali di alcune ASL del nord Italia ed è emerso che a più del 10% del personale infermieristico dipendente è stata attribuita una limitazione al lavoro. L'80% circa di tali limitazioni riguarda la movimentazione dei carichi e il 10% dei professionisti è stato esonerato dal lavoro notturno e dal mantenimento della posizione eretta prolungata.

Avendo gli studi di settore confermano che l'aumento delle plurilocalizzazioni dolorose al rachide è associato all'età (dopo i 47 anni) e al cumulo di esposizioni (sollevamento di carichi, posture difficili, sforzi), nel caso del personale infermieristico, che risulta essere una categoria giovane, i dati numerici assoluti delle limitazioni al sollevamento carichi lasciano intendere che il fenomeno è destinato ad aggravarsi.

Le cause di questo aggravio sono in gran parte conseguenza delle trasformazioni che hanno investito il sistema sanitario (aziendalizzazione, sistema dei DRG, la riduzione dei tempi di ricovero, la presenza di degenti sempre più anziani affetti da pluripatologie), le quali hanno

comportato un aumento dei ritmi e dei carichi di lavoro con una conseguente forma di pressione temporale e di selezione con inevitabili ripercussioni sulla salute degli infermieri. Il continuo aumento della produttività sanitaria (numero di ricoveri, numero di interventi chirurgici, numero di interventi ambulatoriali, numero di prestazioni erogate) a fronte di un continuo taglio della risorsa assistenziale porta a una scelta dicotomica: o salvaguardare la salute degli operatori o garantire la qualità dell'assistenza. Risulta infatti impossibile applicare le best practice infermieristiche e attuare il corretto utilizzo dei dispositivi di protezioni individuali previsti dalla legge e garantire lo stesso numero di prestazioni: in molte realtà i rapporti numerici infermieri/pazienti sono al di sotto degli standard e i tempi per erogare le prestazioni sono sempre più contratti.

Ancora poco conosciuti, invece, sono altri tipi di malattia legati sempre all'organizzazione del lavoro e ai carichi di fatica fisica e mentale. Tra questi il burnout è particolarmente evidente negli infermieri in parte per le caratteristiche insite nelle professioni di aiuto, a contatto con la sofferenza e la malattia, in parte a causa di ritmi e organizzazione del lavoro (attività in certi momenti frenetiche, impegno molto intenso, elevato livello di competenza e flessibilità verso nuovi apprendimenti).

La sindrome del burnout evidenzia una situazione di esaurimento emotivo da stress e legato alle condizioni di lavoro e a problemi personali e ambientali. Gli studi dimostrano che più del 35% del personale infermieristico è affetto da disturbi quali ansia e depressione (rispetto al 22,3% in un campione di popolazione generale italiana). Inoltre, uno studio ha osservato che il burnout collegato allo stress aumenta, nei reparti chirurgici, il rischio di morte evitabile nel post-operatorio.

E' riconosciuto che questi disturbi incidono notevolmente sul turnover e sul grado di assenteismo degli infermieri e spesso esitano in malattie psicosomatiche e, a livello relazionale, verso il deterioramento dei rapporti con l'utenza e con i propri colleghi. A fronte delle principali cause organizzative del fenomeno si devono inoltre associare situazioni particolari dovute all'esercizio della professione in ambiti specifici quali le terapie intensive, i reparti oncologici, nelle unità operative di malattie infettive/AIDS.

Si è scelto di soffermarsi su questi due estremi che colpiscono la salute degli infermieri, la movimentazione dei carichi e il burnout, perché rappresentano da una parte la causa più conosciuta e studiata dell'usura del professionista infermiere e dall'altra la causa i cui effetti sono meno noti e meno tenuti in considerazione. Tuttavia essendo l'aspetto relazione una parte importante del lavoro dell'infermiere, con determinazione abbiamo voluto attirare l'attenzione sul peso anche psicologico che il nostro lavoro comporta e sulle sue conseguenze a livello di salute del lavoratore.

A quanto affermato va inoltre aggiunta un'aggravante: il lavoro notturno. Il disagio per la vita sociale e familiare, i disturbi del sonno-veglia, i disturbi metabolici sono sempre più frequentemente presenti in questa categoria di lavoratori. I segni di intolleranza alla turnistica sono maggiori dopo i 40 anni e vi è pure qualche indizio che la turnistica abbia controindicazioni più serie per le donne tanto che alcuni autori in particolar modo pongono l'accento sul "doppio lavoro" domestico che occupa di fatto gran parte del tempo libero dal lavoro principale.

Inoltre, uno studio americano condotto su oltre 78.000 infermiere ha mostrato che le infermiere che hanno lavorato turni di notte a rotazione per oltre 30 anni hanno un 36% in più di possibilità di sviluppare un cancro al seno.

Da tali premesse, ipotizzare di raggiungere l'età pensionabile senza danni fisici risulta oggi impensabile per la maggior parte degli infermieri.

Ci pare quindi di poter tranquillamente affermare che:

- l'infermiere ha una minor attesa di vita al compimento dell'età pensionabile rispetto ad altre categorie;
- in presenza o assenza di strumenti di protezione individuale è molto spesso impossibile prevenire i danni biologici;
- l'attività svolta ha una prevalenza usurante (sia dal punto di vista fisico che psichico);
- il lavoro attraverso turni notturni aggrava notevolmente lo stato di salute del lavoratore;
- l'esercizio della professione sotto il profilo ergonomico ha un valore rilevante;
- con l'avanzare dell'età la compatibilità psico-fisica con il lavoro turnista è sempre minore.

Di tutti questi aspetti la categoria infermieristica, anche nella componente più giovane, ne è consapevole e da anni aspetta un adeguato riconoscimento che tarda a venire.

Pertanto, a nome di questi professionisti della salute abbiamo chiesto al Governo e al Parlamento di prodigarsi affinché venga riconosciuto il lavoro dell'infermiere tra i lavori usuranti.

DIREZIONE NAZIONALE NURSIND
Via F. Squartini, 3 - Pisa 56121
nazionale@nursind.it - www.nursind.it
telefax 0503160049 cell. 3487368056

prot. SN-0016 del 10/05/2007

Alla cortese attenzione
del MINISTRO del LAVORO e PREVIDENZA SOCIALE
On. Cesare Damiano
del SOTTOSEGRETARIO del MINISTRO del LAVORO
Dott. Antonio Montagnino
del MINISTRO della SALUTE
On. Livia Turco
del SOTTOSEGRETARIO del MINISTRO della SALUTE
Dott. Giampaolo Patta
Del MINISTRO dell'ECONOMIA e delle FINANZE
On. Prof. Tommaso Padoa-Schioppa
Del SOTTOSEGRETARIO alla PRESIDENZA del CONSIGLIO
On. Enrico Letta
Del MINISTRO per le RIFORME e INNOVAZIONI NELLA PA
On. Prof. Luigi Nicolais
Del MINISTRO per i DIRITTI e le PARI OPPORTUNITA'
On. Barbara Pollastrini
Del MINISTRO per le POLITICHE per la FAMIGLIA
On. Rosy Bindi
Del PRESIDENTE della COMMISSIONE LAVORO del SENATO
On. Tiziano Treu

Oggetto: richiesta inserimento della professione infermieristica nella lista dei lavori usuranti

Onorevole Ministro,
il Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche, che conta circa 15.000 infermieri iscritti nel Servizio Sanitario Nazionale, già dalla sua recente nascita (12 maggio 1998) si è fatto portavoce di una esigenza che la categoria aspetta da molto tempo: il riconoscimento del lavoro di infermiere tra i lavori usuranti.
Pur essendo una categoria giovane – metà della forza lavoro è compresa tra i 30 e i 39 anni d'età – i dati inerenti gli infortuni, le infermità e le limitazioni al lavoro sono rilevanti ed evidenziano la particolare gravosità dell'esercizio della professione.
Patologie a carico del rachide per la movimentazione manuale dei carichi, disturbi psicosomatici dovuti all'organizzazione del lavoro e al carico psicologico di vicinanza con situazioni estreme tipico delle professioni d'aiuto, disturbi del sonno –veglia e sullo stato di salute generale dovuti al prolungato lavoro in turno, sono alcune situazioni che rendono particolarmente gravosa la permanenza in servizio sino ad avanzata età.
Pertanto, anche a seguito delle recenti affermazioni sull'intenzione di revisione del sistema pensionistico, siamo a chiederLe un impegno verso il riconoscimento della professione di infermiere tra i lavori usuranti.
Su tale tema il nostro sindacato si rende sin da ora disponibile ad un eventuale incontro e a produrre a supporto di tale questione un documento corredato di dati e motivazioni.
Certi di un Vostro impegno a sostegno della categoria infermieristica, porgo distinti saluti.

Il Legale Rappresentante NurSind
Inf. Donato Carrara

Dal mensile "Dati INAIL" del gennaio 2007

Come farsi male lavorando in corsia

a cura della redazione di InfermieristicaMente

Il settore della Sanità e dei servizi sociali da' lavoro in Italia ad oltre 800mila persone. Di queste più di mezzo milione è occupato nei Servizi ospedalieri veri e propri (ospedali, cliniche, case di cura) con una distribuzione sul territorio concentrata soprattutto nel Mezzogiorno (40%) e nel Nord-Ovest (30%).

Ambienti di lavoro non sempre rispettosi delle norme sulla sicurezza, l'utilizzo frequente di svariati macchinari ed utensili specifici dell'attività, l'esposizione ad agenti infettivi e fisici, fanno sì che a volte siano proprio medici, infermieri ed il personale in genere dell'ospedale a dover ricorrere alle cure di colleghi per infortuni occorsi nell'ambiente lavorativo.

I più colpiti risultano essere in assoluto gli infermieri (un infortunato su due ricopre tale qualifica) seguiti da operatori, ausiliari, portantini e assistenti sanitari che complessivamente rappresentano un 30% del fenomeno; il 5% dei casi, circa 900 denunce l'anno, riguarda il personale medico, mentre quello amministrativo solo il 3%. Fra le modalità di accadimento, sono lo scivolamento (soprattutto per impiegati e portantini), la perdita di controllo di macchinari e utensili (la causa più frequente per medici e infermieri) ed i movimenti scoordinati a generare oltre il 60% degli infortuni.

Ma non manca neanche la "violenza e aggressione da persona esterna": nel 2005 oltre 400, tra medici, infermieri ed altri operatori sono stati aggrediti fisicamente da pazienti o parenti, a riprova di un ambiente di lavoro, quello della corsia, dove possono nascere situazioni di tensione ed esasperazione.

Maggiormente interessate agli infortuni sono le mani (20% dei casi) e la colonna vertebrale (17%) mentre per la natura della lesione, contusioni, lussazioni e distorsioni rappresentano circa il 60% dei casi, seguite da ferite (13%) e fratture (8%).

(Andrea Bucciarelli)

INFORTUNI DENUNCIATI NEI SERVIZI OSPEDALIERI PER QUALIFICA PROFESSIONALE E MODALITÀ DI ACCADIMENTO - ANNO EVENTO 2005

QUALIFICA PROFESSIONALE	Modalità di accadimento							
	Scivolamento	Perdita di controllo di mezzo, utensile	Movimenti scoordinati	Movimento sotto sforzo	Violenza, aggressione	Caduta, crollo di materiale	Altre e indeterminate	TOTALE
Infermiere	1.838	1.966	1.628	1.280	234	204	1.984	9.134
Operatore	656	669	464	445	57	60	628	2.979
Ausiliario sanit., Portantino	455	356	277	303	30	41	392	1.854
Assistente sanitario	234	211	176	203	31	30	175	1.060
Medico	196	245	161	70	31	17	177	897
Impiegato	156	108	80	61	7	11	87	510
Altre e indeterminate	578	527	392	251	39	64	480	2.331
TOTALE	**4.113**	**4.082**	**3.178**	**2.613**	**429**	**427**	**3.923**	**18.765**

Dalle Segreterie Provinciali

Antonio Coluccia e Luigi Fanizza (nella foto) subentrano a Vincenzo Rollo e sua moglie Rosa Cisternino che ringraziamo per il coraggioso e importante impegno profuso da Nursind Brindisi fin dal 2001.
Facciamo ad Antonio e Luigi i migliori auguri per il rilancio dell'attività sindacale nel brindisino, certi che sapranno dare il meglio del loro prezioso contributo.

Nella foto i colleghi della Segreteria Provinciale di Matera durante i festeggiamenti del 1° anno di attività. Un grande abbraccio da parte di tutta la Redazione.

Avvicendamento al vertice nella Segreteria di Monza: Elisabetta Pinna è il nuovo Segretario Provinciale. Sostituisce il collega Vincenzo Raucci, dal 2002 alla guida della locale sezione del NurSind.
A Vincenzo vanno i nostri ringraziamenti e a Betty un grande "in bocca al lupo".

Si è concluso, a Pisa, il 30 marzo il *"Corso di formazione sui fondi contrattuali"* riservato ai Dirigenti NurSind. Abbiamo con piacere registrato una grande partecipazione di quasi tutte le Segreterie, stimolo a ripetere esperienze come questa.

SEGRETERIA PROVINCIALE NURSIND RAGUSA
Via Narciso, 2 – 97018 Scicli (RG)
ragusa@nursind.it - Telefax 0932.834595

"La vita non sottoposta ad esame non vale la pena di venire vissuta" (Socrate)

Prot. N° /07 Segr. Prov. Scicli lì

Agli Infermieri Az. USL 7 Ragusa
Agli organi di Informazione

Oggetto: comunicato stampa.

Gli infermieri della AUSL N° 7 lavorano con grave disagio, sono stanchi di fare il lavoro degli altri, non possono continuare a sostenere gravi carichi di lavoro che per altro non sono più di loro competenza, continuano a lavorare subendo continue violazioni delle norme contrattuali, che vanno dal costante demansionamento e dequalificazione professionale, alle mancate sostituzioni di personale mancante, al mancato riconoscimento del lavoro straordinario prestato, alla mancata assegnazione dei buoni pasto, al mancato riconoscimento e remunerazione dei festivi infrasettimanali, ad un numero di turni in pronta disponibilità che superano di gran lunga quelli contrattuali e per di più nelle ore giornaliere dove tale accessorio per il personale del comparto non è attivabile, alla mancata fruizione dei riposi tra un turno di lavoro ed un altro, ad un degno contratto aziendale.
Tali proteste arrivano da tutti i Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL N° 7.
A tutto ciò si aggiunge l'aggravante: "Programmazione ferie estive 2007", ove si deve garantire contrattualmente un periodo di ferie di tre settimane dal 1° Giugno al 30 Settembre, già allo stato attuale non programmabile e fattibile.
Il NurSind ribadisce che non si può lavorare in condizioni così stressanti, rilevando che tutto ciò porta ad una "precaria condizione assistenziale e organizzativa" che si ripercuote sull'utenza, inoltre la tutela della salute dei lavoratori deve essere un'esigenza prioritaria anche da un punto di vista mentale e sociale non soltanto fisica. In particolare, gli infermieri denunciano una carenza di personale si ripercuote negativamente nella qualità dell'assistenza offerta ai pazienti. A questo si aggiunge il demansionamento a cui è sottoposto il personale infermieristico, che nelle Unità Operative spesso dedica gran parte del tempo lavorativo a prestazioni igienico-alberghiere, attività non prevista dal contratto di lavoro e che deve essere espletata dalle figure di supporto. "L'assegnazione dei dipendenti alla mansione inferiore è in palese contrasto con l'articolo 2103 del Codice civile, e l'art. 52 del D.Lgs. 165/2001, dove il lavoratore deve essere adibito ai compiti per i quali è stato assunto. Riteniamo di non dovere sopperire alle croniche carenze di personale ausiliario e di supporto, e chiediamo dei processi assistenziali ed una organizzazione del lavoro che deve essere migliorata nel rispetto dei ruoli e dell'utenza.

NurSind Ragusa
Il Direttivo Provinciale / La RSU

La situazione sanitaria in Molise

La denuncia del NurSind di Campobasso

Dott. Antonio Licursi - *Segretario Provinciale NurSind Campobasso*

Quello che segue è il testo della lettera inviata recentemente dalla Segreteria Provinciale NurSind di Campobasso:

Spett.le On. Livia Turco
Ministero della Salute
Roma

Ai capigruppo delle
forze politiche regione Molise

Al Direttore Generale
Ing. S.Florio
Asrem Campobasso

All'Assessore alla Sanità
Dott. Di Giacomo
Campobasso

Al Sindacato Nazionale
Nursind - Pisa

Ai sindaci dei comuni
del basso Molise

Al Vescovo diocesi
Termoli-Larino

Ai dipendenti della Asrem
Zona Termoli Larino

Ai quotidiani locali
Loro sedi

La Segreteria Provinciale NurSind (il Sindacato delle professioni infermieristiche) di Campobasso, a seguito degli innumerevoli articoli apparsi sui quotidiani locali nonché sul sito www.primonumero.it di Termoli, riguardante un'organizzazione sanitaria che mentre interpreta la legge ed i contratti del personale in un senso per alcuni dipendenti, applicandoli rigidamente per tutto il resto dei lavoratori che quotidianamente sacrificano la propria vita, mettono in evidenza una gestione sempre più favorevole a pochi "eletti" mandando allo sfacelo tutta la organizzazione sanitaria .

Difatti stiamo assistendo alla pubblicazione di articoli, delibere alla mano, che evidenziano come lo sperpero del denaro pubblico venga riversato su strutture inesistenti, su nomine, su promozioni di "carriere facili" per alcuni dipendenti, a danno di tutto il resto che subisce passivamente tagli e carichi di lavoro eccessivi.

Tutto ciò con la totale assenza delle rappresentanze sindacali, della RSU (eletti dai voti di tutti i dipendenti!) con l'ottica che la loro azione doveva mirare a far applicare le disposizioni contrattuali e di legge uguali per tutti.

Invece assistiamo a vicende che in alcuni casi, riguardano proprio loro, i loro parenti, i loro conoscenti.

La legge, qui nella zona Termoli-Larino, si interpreta quindi per gli amici, e si applica,in modo restrittivo, per il resto del personale; mentre appunto vengono creati posti ad hoc con indennità appetitose, senza aver prima esperito un concorso o un avviso interno, (indennità che spesso raggiungono il reddito lordo di una famiglia!).

E la RSU sta a guardare o non si rende conto delle responsabilità in termini di gestione delle risorse dei fondi messi a disposizione, bloccando ogni progressione nelle fasce orizzontali e verticali, al personale interessato.

Si pensi a quell' unico infermiere in servizio di notte nel reparto di appartenenza, o a quei due infermieri in area critica , senza ausiliario, e disponibili anche per le emergenze di tutto il presidio ospedaliero. E che dire di quegli infermieri che prestano la propria attività durante il turno istituzionale, ma costretti a coprirne

Azienda Sanitaria Regionale Molise

ASREM

un altro con il lavoro straordinario o le prestazioni aggiuntive e poi passare di notte alla pronta disponibilità? Ma è tutto regolare?

E che dire dei coordinatori infermieristici responsabili dei turni del personale infermieristico ed ausiliario che quotidianamente devono fare i salti mortali per poter realizzare un'assistenza minima ai pazienti ricoverati, spesso non potendo concedere le ferie ne' tanto meno concedere i riposi compensativi per le ore in più cumulatesi per la mancanza di personale.

Si pensi che parecchie unità infermieristiche, con malattie serie e lunghe, non vengono sostituite, costringendo chi resta a fare prestazioni straordinarie: ma quale qualità si può pretendere dopo aver lavorato con attenzione e responsabilità durante il proprio turno e subito dopo iniziarne un altro? Per non parlare dei professionisti infermieri che quotidianamente stanno lasciando le corsie per potersi godere finalmente la meritata pensione, e che non vengono sostituiti!

Abbiamo di fronte a noi una sanità malata, qui non è solo il cittadino che è stato colpito dalla forza distruttrice del cancro (a proposito leggasi il libro bianco sulle morti giovanili nel basso Molise), ma gli scandali più volte pubblicati dai quotidiani locali.

Descrivono chiaramente una "gestione malata" della sanità pubblica che invece di stabilire canali preferenziali per la prevenzione e la cura dei pazienti afflitti da patologie devastanti che colpiscono innumerevoli famiglie, dirottano le risorse verso premi di risultati senza aver mai stabilito a priori gli obiettivi da raggiungere e senza che ci sia una verifica di tali progetti.

Si capisce chiaramente che è arrivato il momento in cui tutti gli operatori del settore, ma anche i singoli cittadini, incomincino a ribellarsi verso questa gestione malata.

Ognuno, percorrendo le strade che la legge assegna (consigli comunali, associazioni di categorie, sindacati, forze politiche rinnovatrici ed incontaminate, associazioni cattoliche e cristiane e quant'altro), deve collaborare per estendere un documento programmatico che possa, nel giro di poco tempo, verificare le disfunzioni ormai incancrenite, correggerle o modificarle completamente, e creare l'avvio per una gestione nuova, trasparente della cosa pubblica.

In questa sanità malata ci sono tantissimi operatori che con senso di responsabilità ed abnegazione quotidianamente danno il meglio di se stessi, della propria professionalità, della propria umanità, onde evitare che anch'essi prima o poi si lascino trascinare in questo girone infernale.

La scrivente organizzazione sindacale chiede al Ministro della Salute di inviare degli ispettori per verificare, una volta e per tutte, l'applicazione delle normative nazionali, regionali e locali che vanno applicate e rispettate da tutti.

Nel contempo si chiede alle forze politiche sensibili a questi argomenti di farsi carico di quanto sta accadendo e di portare nelle giuste sedi le argomentazioni per poter porre fine ad una situazione ormai incresciosa che determina solo demotivazione e senso di impotenza.

Rivolto alle segreterie in difficoltà

Il mio impegno nella Direzione Nazionale

Inf. Salvo Nicolosi - *Direzione Nazionale NurSind*

Quando sono venuto a conoscenza dell'esistenza di un sindacato di categoria ne sono rimasto subito affascinato: far parte di un sindacato di soli infermieri, dare il mio contributo, piccolo o grande che sia, ma partecipare ad un progetto, sembrava quasi un sogno…

Così ho aperto la segreteria nella mia provincia e da allora, maggio 2002, molto è stato fatto e molto resta da fare.

Da subito ho capito che sarebbe stata una strada in salita, con molti sacrifici da affrontare e qualche delusione dietro l'angolo, ma altrettanto subito ho capito che le soddisfazioni sarebbero state infinitamente di più… far parte di una grande famiglia fatta di colleghi di tutta Italia!

Poi con il tempo conoscendo personalmente i vari iscritti, segretari provinciali e responsabili sindacali, scambiandoci le nostre impressioni mi sono accorto che in particolare le mie difficoltà e dubbi erano molto simili ad altre segreterie "piccole" come la mia ed in "certe" aree geografiche.

Mi ricordo in particolare delle discussioni avute a Bagno di Romagna con Vincenzo Rollo, ex segretario di Brindisi e di come le nostre idee fossero in sintonia; bisognava capire e far capire che la realtà di certe segreterie della Puglia o della Sicilia, zone particolarmente "calde" dove gli infermieri arrivano ad un posto di ruolo già "spremuti" da mille ricatti e compromessi inevitabili, fossero da affrontare in maniera diversa rispetto ad altre dove gli infermieri sono più "liberi" di decidere da chi farsi rappresentare.

Questo l'ho espresso apertamente nel mio intervento a Senigallia, motivandolo e sostenuto da Vincenzo ed altri segretari provinciali che si sono identificati in questo ragionamento, mi è stato proposto di candidarmi da parte di Graziano e non potevo certo a questo punto lanciare il sasso e nascondere la mano.

La mia candidatura è stata molto "gradita", e ne sono rimasto piacevolmente sorpreso, solo per pochi voti non ho fatto parte del DN, questo a dimostrazione non tanto delle mie qualità personali ma delle esigenze da me espresse e condivise da molti.

Adesso che sono stato chiamato a far parte del Nazionale in sostituzione di Fiorella, ho portato subito le mie motivazioni e la mia volontà a volere portare avanti il progetto per il quale è nata la mia candidatura: un sostegno diretto alle "piccole" segreterie.

La mia proposta è stata subito avallata dal Direttivo Nazionale e appoggiata da Donato con convinzione, ed eccomi quindi al lavoro…

Invito tutti i segretari provinciali delle "piccole segreterie" ovvero quelle segreterie appena nate o che sono in particolari realtà territoriali e che hanno esigenza di essere rappresentate ed esprimere le loro difficoltà, di mettersi in contatto con me. Il mio impegno sarà di fare da tramite con la Direzione Nazionale in modo che nessuno si senta isolato o peggio ancora escluso dalle scelte politico/sindacali del nostro sindacato.

Un saluto a tutti e buon lavoro.

Vieni anche tu nella grande piazza virtuale

@gorà www.nursind.it

troverai molti Infermieri che si confrontano e soprattutto... non si sentono più soli!

Legge 210/1992

Indennizzo per gli Operatori Sanitari

a cura della redazione di InfermieristicaMente

Caratteristiche

Tipo di indennizzo: Assegno Bimestrale cumulabile con qualsiasi altro emolumento economico.
Incompatibilità: nessuna
Importo: la categoria più bassa è la ottava di 1097,00 € a bimestre.
Beneficiari: Operatori Sanitari che durante il servizio sono stati contagiati da virus epatici (HCV-HBV-etc.) o HIV.
Altri Beneficiari: danneggiati da trasfusioni, emoderivati e vaccinazione obbligatorie.

Storia

La legge dal 1992 prevedeva l'indennizzo solo per gli operatori sanitari contagiati da HIV e non da epatite C o altri virus epatici, come già previsto per chi era danneggiato da trasfusioni o emoderivati.

Legge 25 febbraio 1992, n. 210
Art. 1 Comma 2
L'indennizzo di cui al comma 1 spetta anche ai soggetti che risultino contagiati da infezioni da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati, nonché agli operatori sanitari che, in occasione e durante il servizio, abbiano riportato danni permanenti alla integrità psico-fisica conseguenti a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV.

EpaC Associazione Onlus
Educazione
Prevenzione
Ricerca
sull'Epatite C
www.epac.it - mail: info@epac.it

Dopo tante richieste di indennizzo da parte di operatori sanitari che durante il servizio erano stati contagiati da epatiti, è stato sollevata la questione di illegittimità dinanzi alla Corte Costituzionale che si è espressa, con sentenza 20 novembre 2002, n. 476, estendendo il diritto all'indennizzo stesso anche agli operatori sanitari che, in occasione del servizio e durante il medesimo, abbiano riportato danni permanenti alla integrità psico-fisica conseguenti a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatiti.
Per gli operatori sanitari il termine di prescrizione è decennale e non triennale, consigliamo sempre di inoltrare domanda, in quanto la giurisprudenza è in continua evoluzione sulla materia in oggetto.
La domanda si inoltra alla propria ASL/USL di Residenza :
1. Reperire il modulo per i Danni da Trasfusione ed emoderivati presso la propria ASL/USL, e compilarlo solo nella parte che interessa l'operatore sanitario.
2. Allegare Certificato di Nascita e di Residenza.
3. Allegare Causa di Servizio o Indennizzo INAIL se in possesso (non avere nulla non esclude la possibilità di fare domanda).
4. Allegare la documentazione che attesti la patologia.
5. Consegnare a mano se possibile, tutta la documentazione in un plico all'ufficio protocollo dell'ASL/USL di Residenza, mettendo come destinatario:
Al Responsabile del Procedimento Amministrativo della Legge Indennizzo 210/92.

EpaC

Sede Legale:
Piazza Cavour, 3 - 20121 Milano
Sede Amministrativa:
Via Luigi Cadorna, 17/A
20059 Vimercate (MI)
Tel.: 0396612460
Sede Operativa:
Via Colonnello Tommaso Masala, 42
00148 Roma
Tel.: 0660200566
Fax: 0660209056

Dal prossimo numero inaugureremo
la rubrica di posta
InfermieristicaMail
inviaci i tuoi quesiti, dubbi, proposte,
lamentele, pareri, suggerimenti
ti garantiamo ua risposta celere e,
se si tratta di argomento di interesse generale,
anche la pubblicazione su questa rivista
scrivi a:
infermieristicamente@nursind.it
oppure a:
DIREZIONE NAZIONALE NURSIND
Via F. Squartini, 3 - 56121 Pisa

ERRATA CORRIGE

A causa di un errore di impaginazione, l'articolo ***"Firmato il Contratto della Sanità Privata"***, apparso sul numero scorso, ha subito un taglio nella prima parte. Pubblichiamo di seguito il testo mancante scusandoci per l'inconveniente sia con i lettori, sia col collega José Gonzalez Rodriguez, autore del pezzo.

- - - - - - -

Continua l'epopea del rinnovo del contratto della sanità privata.
Dopo 36 mesi (ben tre anni) di ritardo, perciò con un altro biennio economico da negoziare, finalmente le associazioni ARIS (sanità privata religiosa) e AIOP (sanità privata laica) hanno firmato il contratto ma… sentiamo tutta la storia. Prima si era dovuto aspettare che si firmasse il contratto della sanità pubblica. Poi che non c'erano risorse per garantire l'aumento e che si attendevano dalle regioni i finanziamenti. Le regioni hanno avuto una posizione altalenante.
Se a volte lasciavano capire che non c'erano più soldi per nessuno altre volte che si potevano sbloccare.
Dopo c'è stata una riunione fra confederali e ARIS-AIOP il 30/11/2006.
Di quella riunione pare che ci sia un inizio d'accordo con le regioni che sarebbero (a parole) disposte a dare un po' di soldini. Il problema grosso è che ARIS e AIOP continuano a nicchiare sugli arretrati.
La terza associazione "D. Gnocchi" ha firmato e pare che pagherà gli arretrati. E continuano ancora a nicchiare, perché quando hanno firmato il contratto (a fine gennaio) sono riuscite a includere una postilla che renderà molto difficile da parte dei lavoratori avere gli arretrati.
"Le specifiche situazioni di difficoltà economico-finanziarie saranno individuate congiuntamente a livello decentrato-regionale, e saranno esaminate in un incontro che si terrà tra le parti firmatarie entro il 25 marzo 2007, al fine di definire scadenze posticipate per la liquidazione delle competenze pregresse. In ogni caso, la liquidazione di dette competenze (con riferimento alle situazioni di difficoltà finanziaria prospettate al tavolo nazionale) potrà avvenire solo a seguito di intesa tra le parti firmatarie.
Letto, confermato e sottoscritto: AIOP, CGIL, CISL, UIL".

Al fine di integrare la tua sete
di informazioni sul mondo
del sindacalismo infermieristico,
oltre al sito ufficiale
www.nursind.it
sono nati numerosi
siti provinciali:
www.nursindmonza.it
www.nursindbergamo.it
www.nursindvicenza.it
www.nursindancona.it
www.nursindragusa.it
www.nursindroma.it
...e molti altri ancora...

PER ESSERE SEMPRE PIU' VICINI ALLA TUA REALTA'!

Il lato ipocrita del Risk Management

Inf. Tiziano Petracchi - *Direttivo Provinciale NurSind di Livorno*

Nelle corsie degli ospedali, negli uffici delle Asl, al Ministero della Salute e perfino in televisione. Adesso va di moda parlare di Risk Management, e se ne parla come se esso rappresentasse la ricetta contro la malasanità. Il Ministro della Salute Livia Turco ha recentemente firmato il decreto che struttura il centro di riferimento nazionale sulla sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico. Lo ha annunciato il ministro stesso intervenendo ad Arezzo per il I° Forum del Risk Management.

Ma che cos'è il Risk Management? Proviamo a discuterne osservando l'argomento da due prospettive diverse, ovvero dal lato meramente scientifico/teorico, e dal lato sindacale.

Il Risk management rappresenta l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza, tra l'altro, basata sull'apprendere dall'errore.

Solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori, contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi delle prestazioni. La riduzione del rischio deve tradursi in minori costi assicurativi. Ciò che si risparmierà potrà essere reinvestito nella qualità (diminuzione degli errori – diminuzione delle cause civili per danni ai pazienti – diminuzione dei costi legati al rischio medico – investimento dei risparmi in qualità). Il Servizio Sanitario Regionale della Toscana ad esempio, spende circa 40 milioni di euro per assicurare la responsabilità professionale degli operatori. Non solo, ma addirittura alcuni ospedali hanno difficoltà a trovare una compagnia disposta ad assicurarli. Da anni viene alimentata una guerra assurda tra medici e utenti, che continuano a contrapporsi nelle aule dei tribunali o nei cosiddetti “tavoli di conciliazione”.

Si tratta di un problema senz'altro grave e complesso, ma affrontarlo esclusivamente da un punto di vista legale o risarcitorio non permette né di recuperare la fiducia degli utenti, né di garantire la buona professione medica.

Raramente, infatti, vengono affrontati quelli che a nostro avviso sono gli aspetti chiave della questione, ossia comprendere perché l'incidente si è verificato e come poteva essere evitato. Sulla base di una lunga esperienza possiamo infatti affermare che gli eventi che arrecano danno alle persone sono quasi sempre ascrivibili a problemi organizzativi. Occorre quindi ricercare e applicare strumenti che non si limitino a rilevare le responsabilità personali (come accade nei contenziosi), ma che rivolgano l'attenzione alle condizioni e all'ambiente di lavoro, permettendo di promuovere azioni atte a prevenire gli incidenti.

Parlare di errore in medicina significa parlare di sicurezza dell'ambiente sanitario e questo è forse il modo migliore per affrontare l'argomento, per non cadere nel facile equivoco di caccia al colpevole che il termine "errore" evoca inevitabilmente. Sbagliare è umano, e dal momento che l'errore umano non può essere eliminato completamente, è fondamentale costruire dei sistemi robusti che siano in grado di prevenire e/o limitare l'insorgenza di errori e delle conseguenze ad essi legate.

Fin qui, almeno dal lato scientifico, non fa una grinza.

Leggendo tra le righe però potremo trovare diverse argomentazioni sindacabili.

La prima riguarda il lato economico, in quanto qualcuno potrebbe ipotizzare che si tratti soltanto di un palliativo, che non risolve quindi il problema della malasanità, ma rappresenta soltanto un tentativo per evitare il collasso economico dovuto dal sempre più insostenibile peso della spesa assicurativa per coprire la responsabilità professionale degli operatori (soprattutto Medici e Infermieri).

Ogni anno in Italia 320 mila pazienti subirebbero danni evitabili e 14 mila morirebbero a causa di errori (come se cadesse un jumbo ogni due settimane). Se avessimo a cuore la salute del Cittadino, dovremmo investire da subito in qualità, senza cioè dover aspettare i proventi del risparmio (ipotetico) proveniente dagli effetti della messa in pratica di tecniche di risk management.

Oppure no?

Per quanto riguarda la carenza di personale, non vorrei dilungarmi troppo, essendo un argomento trito e ritrito (anche se purtroppo non ancora risolto). L'Italia, spiace sottolinearlo, occupa gli ultimi posti nella classifica Europea per numero di Infermieri ogni 1000 abitanti. Basti pensare che la media in

Europa è di 8 Infermieri ogni 1000 abitanti, mentre l'Italia può contare miseramente su 5,4 Infermieri ogni 1000 abitanti Negli ultimi dieci anni, le politiche governative di destra e di sinistra, si sono concentrate per lo più nella riduzione degli organici infermieristici . Questi continui tagli al personale, stanno costringendo gli Infermieri al demansionamento, per dedicare sempre meno tempo a quello che è il vero mandato professionale, e cioè di occuparsi del Cittadino malato. L'Infermiere oggi fa il segretario, il portantino, il cameriere, il magazziniere e persino le pulizie.
E se gli avanza tempo, a volte, si dedica anche al malato. Secondo recentissimi studi per ridurre il rischio di complicanze e di mortalità un buon rapporto infermieri/pazienti dovrebbe aggirarsi su 1 a 5 o comunque inferiore a 6.
L' Italia non si avvicina neanche a questi standard neppure sommando infermieri e operatori di supporto. Durante la notte addirittura i pazienti per infermiere diventano più di tredici.
Carenza di personale, stanchezza, demansionamento e frustrazione sono componenti che mettono l'Infermiere a serio rischio di "Burn Out". In questo contesto diventa assai improbabile promuovere con successo la cultura del risk management.
Infine un ultimo argomento su cui vorrei dire qualcosa, e riguarda i meccanismi punitivi ampiamente utilizzati. Personalmente ritengo che gli errori siano i nostri più grandi maestri, sia nella vita che nel lavoro. L'errore occorre studiarlo e capirlo al fine di prevenirlo. Chi trova un errore trova un tesoro! Al tempo stesso non posso biasimare chi, di fronte ad un proprio errore, preferisce (se possibile) non segnalare alcunché, temendo di incorrere in sanzioni disciplinari.
Se cambiamento culturale dovrà essere, la classe dirigente dovrà muoversi per prima, e trasmettere subito due concetti basilari:
1) smettere di fatto di colpire l'autore dell'errore (che di solito è soltanto l'ultimo attore in un contesto disorganizzato) in quanto punire chi sbaglia non elimina la causa dell'errore;
2) progettare e realizzare sistemi che rendano difficile alle persone fare le cose sbagliate e che rendano invece facile fare le cose giuste.

Notizie Flash

Un breve sonnellino aiuta, e molto, medici e infemieri del turno di notte a sentire meno sonnolenza e stanchezza e quindi a svolgere decisamente meglio il loro lavoro . Lo afferma uno studio condotto presso la Stanford University School of Medicine e pubblicato sulla rivista Annals of Emergency Medicine.
Chi non preferisce essere curato da un medico lucido e attento piuttosto che da uno con la palpebra che cala? Eppure i turni di notte continuano ad essere assegnati senza criterio e senza pause previste, mentre chi viene sorpreso a schiacciare un pisolino in sala infermieri viene additato a traditore della patria. Ma, come afferma Steven Howard, coautore dello studio nonché professore associato di anestesia a Stanford: "Concedersi un sonnellino è una maniera molto efficace ed economica di migliorare la qualità del proprio lavoro"
Dopo un periodo di sperimentazione condotto su due gruppi di medici e infermieri, uno che ha lavorato ininterrottamente tutta la notte e un altro che si è concesso un breve riposo, si è proceduto ad una serie di test: una simulazione di guida di 40 minuti, un test di memoria scritto di 10 minuti, una simulazione al computer dell'inserzione di un catetere endovenoso periferico e un questionario NASA per la misura degli stati d'animo come rabbia, confusione, fatica, tensione e depressione.
Il gruppo di sperimentazione ha riportato una minor diminuzione nella qualità delle performance, un minore livello di affaticamento e un inferiore grado di sonnolenza. I membri di questo gruppo, inoltre, hanno completato più rapidamente l'inserzione del catetere endovenoso e si sono dimostrati più attenti e prudenti nel test di guida. Esattamente l'opposto dei risultati ottenuti dai membri del gruppo di controllo, che hanno fatto un vero disastro.

i due giorni "straordinari" dell'Heineken Jammin Festival

Infermieri nella bufera (1ª parte)

Introduzione a cura del Dott. Enzo Palladino - *Direzione Nazionale NurSind - Segretario Nazionale UCoVeL*

Non è raro, guardando la televisione, ascoltando la radio, leggendo giornali o riviste e collegandosi ad internet, apprendere delle notizie che trattano di gesta eroiche dei carabinieri, poliziotti, vigili del fuoco e quanti altri che salvano un bambino, evitano che malviventi scippino una nonnina e così via discorrendo. Gesti di grande umanità ed altruismo! Puntualmente si pensa a queste persone che con grande spirito di abnegazione e senso civico mettono a repentaglio la loro vita per salvare la vita di altre persone! Il commento conclusivo è che per il lavoro che fanno guadagnano poco!
In altri ambienti con altri scenari vive un'altra categoria di lavoratori: gli infermieri. Questi pure lavorano per garantire la salute e la vita di altre persone rischiando di contagiarsi in mille modi con virus di malattie infettive che possono portare anche alla morte (AIDS, Epatiti, ecc.). Ma di questi i mass-media poco si interessano. Lavorano senza microfoni e telecamere, senza far "rumore" e al "buio" eppure costituiscono un pilastro indispensabile del Sistema Sanitario. "Forse" anche gli infermieri guadagnano poco!
Circa una settimana prima dell'Heineken Jammin Festival incontro Antonella, una delle protagoniste del racconto, nel corridoio degli Ospedali Riuniti: lavoriamo sullo stesso piano. La vedo più solare del solito, quasi avesse vinto una lotteria. Nel tentativo di conoscere le motivazioni di tanta felicità mi risponde che di li a poco avrebbe vissuto due giorni straordinari: tanta bella musica, tanto divertimento ed in buona compagnia.
Rivedo Antonella dopo l'Heineken Jammin Festival e subito, sorridendo, mi chiede: avremo qualcosa in più sulla busta paga di giugno? Le rispondo, ironicamente e non ricordando affatto di quanto avevo appreso dalla radio e dalla tv: prima te ne vai in giro a divertirti e poi pretendi anche più soldi! E lei, abbandonando il sorriso: non sai cosa ci è capitato!? E mi racconta la storia.
Ho ritenuto opportuno che quella storia poteva e doveva essere messa a disposizione di tutti in quanto rappresentava uno spaccato di vita infermieristica extra-lavorativa ricca di pregiati momenti etici e professionali.
Sinceramente sono felice ed orgoglioso di avere una amica come Antonella e la pubblicazione del racconto che segue vuole essere un piccolo ringraziamento mio, ma anche della Direzione Nazionale NurSind, nei confronti di chi porta in alto il nome della professionalità infermieristica anche nella vita di tutti i giorni.
Un grazie di vero cuore a Lorenzo, Sacha, Antonella, Manuele e Michele che attraverso il loro racconto ci hanno permesso di vivere un momento di profonda umanità.

Era da Gennaio che avevamo acquistato i biglietti per la decima edizione dell'Heineken Jammin Festival. Erano mesi che attendevamo gli Iron Maiden, gli Slayer, gli Aerosmith, i Pearl Jam, i Linkin Park, gli Stone Sour, i My Chemical Romance, gli Smashing Pumpkins, gli Incubus e Vasco Rossi. Era da Aprile che avevo segnato le mie vacanze estive le ultime due settimane di giugno, conscio che poi avrei dovuto sgobbare a testa china per tutto Luglio, Agosto e Settembre.
Ma l'attesa di mesi schiacciati da altri mesi e l'entusiasmo che di giorno in giorno lievitava è crollato a picco in cinque minuti.
Tutto è capitolato agli albori del secondo giorno del festival.
Sino alle sedici e trenta, afa, ragazzi sorridenti a torso nudo, Le Mani che si esibivano sul Palco principale, risate. L'atmosfera era pregna di quel giusto carico di spensieratezza ed euforia che caratterizza ogni buon festival.
Ma dopo una mezz'ora, alle diciassette consumate da poco, ecco che, dopo circa cinque interminabili minuti di caos e panico, ci siamo ritrovati catapultati in uno scenario funesto caratterizzato da urla, gente che piangeva sconvolta, ragazzi che sbracciavano gridando aiuto tentando di richiamare l'attenzione dei soccorsi, pozzanghere di acqua e sangue, giovani seduti a terra fradici e con volti stralunati.
Il primo istinto è stato quello di gettarci nel primo soccorso ai feriti.
Decine e decine di persone si sono fiondate a sollevare le torri e altri subito hanno estratto chi era rimasto imprigionato fra queste e il suolo.

Solo dopo la partenza delle ambulanze, con dentro tutti i feriti più gravi, abbiamo cominciato a guardarci intorno, con ancora l'acqua che ci stillava dai capelli.
Quel contrasto così netto, avvenuto tra l'altro in un così esiguo lasso di tempo, tra l'atmosfera spensierata e leggera di poco prima e quell'atmosfera greve e drammatica

che ci circondava, non era di immediata cognizione.
Ci guardavamo intorno con la bocca semi-aperta e un espressione inebetita e vedendo quelle torri di amplificazione alte venti metri tutte sradicate e afflosciate al suolo, il suono ancora imperterrito delle sirene, stand scappottati, gente abbracciata, era come…come se constatassimo tutto senza però riuscir a comprendere davvero.
Io sentivo come un fiatone al cuore e abbracciavo stretta la speranza che non vi fosse alcun morto.
Ma veniamo per gradi.
Noi eravamo in cinque. Io, Sacha, Antonella (tre infermieri), Manuele (laureando in Ingegneria Meccanica) e Michele (un ricercatore scientifico).
Dopo un primo giorno entusiasmante conclusosi con l'esibizione magistrale dei sempre giovani Iron Maiden eravamo intrepidi e smaniosi di vedere i concerti dei Pearl Jam e dei Linkin Park.
Entriamo nel Parco San Giuliano pressappoco alle quindici e trenta e ci sediamo in uno spiazzo d'erba a bere un po' di birra e mangiare qualche panino.
Il Parco di San Giuliano è di gran lunga più accogliente e affascinante rispetto all'autodromo di Imola.
Innanzitutto per lo spazio a disposizione molto maggiore e in secondo luogo per il vellutato manto erboso che sembra quasi invitarti al pic-nic (vabbè… pochi metri sotto al manto erboso c'è una discarica... ma questo è un altro paio di maniche!).
Così, consumati i panini, restiamo ancora per circa un'ora a ridere e scherzare sdraiati sull'erba soffice.
Il caldo è rovente. Siamo molto distanti dal Palco principale e dal Tamburello, così è chiamata la zona prospiciente l'imponente palco (che tra l'altro è la zona imputata, quella gremita dalle torri di ritardo).
Comunque decidiamo di avviarci verso il Main Stage quando Le Mani sono in procinto di concludere la loro esibizione.
Mentre camminiamo il cielo comincia a chiudersi e qualche timida goccia d'acqua prende a cascare, ma ancora si suda, è caldo.
Quindi poco male, tiriamo fuori chi il k-way e chi l'ombrello e proseguiamo festosi verso il palco.
Scherziamo, riserviamo molte aspettative per quel secondo giorno di festival e quel cielo plumbeo non ci intimidisce affatto.
Io nascondo le mani dentro alle maniche del mio k-way e prendo a ripetere varie volte: “Ragazzi! Non ho più le mani!”.
Solo quando mi rendo conto di aver attirato la giusta attenzione di tutti gli altri quattro me ne esco con una delle mie usuali battute puerili: “Sapete com'è… stanno ancora suonando sul palco!”.
Vengo raggiunto da alcune doverose spinte per quell'umorismo infantile, ma fanno parte del gioco.
La pioggia, con passo felpato, aumenta d'intensità.
Le Mani concludono il loro concerto, ma noi siamo ancora distanti dal Tamburello.
Appena m'avvedo che il cielo non promette di migliorare in breve tempo decido di prendere lo zaino, che portavo sulle spalle, e infilarlo da davanti sotto al k-way, sorreggendolo solo con un braccio.
Sono quasi le diciassette quando giungiamo nelle vicinanze del Main Stage. Già penzola la grande insegna dei My Chemical Romance.
La maggior parte della gente è accalcata sotto al palco, il resto è sparsa nell'immenso parco di San Giuliano. In confronto alla capienza del parco e rispetto alla sera precedente durante i concerti di Slayer e Iron Maiden, siamo pochi.
Mi guardo un po' intorno.
La pioggia, nel frattempo, si è fatta più consistente, quasi seccante. Molti si coprono con dei parapioggia, mentre molti altri si coprono con delle tendine parasole verdi marchiate Heineken.
Non è più caldo. Le moderate raffiche di vento che sopraggiungono sono fresche, quasi pungenti.
Poi ci fermiamo guardandoci.
I nostri visi sono un po' sull'infastidito e non sappiamo bene dove posizionarci per assistere il concerto.
Sacha esclama: “Mannaggia! Mi sto bagnando tutti i piedi!” con Michele che cerca di sdrammatizzare: “Suvvia, che passerà…”.

(Continua sul prossimo numero di InfermieristicaMente)

Lorenzo Lampis, Sacha Pacini e Antonella Casciato (infermieri degli Ospedali Riuniti di Ancona); Manuele Pandolfi (laureando in Ingegneria Meccanica); Michele Mattioni (Ricercatore Scientifico).

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

da "il gabbiano" n. 11

Ora è tutto più chiaro

Inf. Vincenzo Raucci - *Direttivo Provinciale NurSind di Monza e Brianza*

Per molto tempo ho pensato che la mancata difesa dei nostri diritti (quelli degli infermieri) ai tavoli di trattativa da parte delle altre Organizzazioni Sindacali fosse un deliberato "atto di cattiveria" preventivamente meditato.
"Cattivoni gli altri, che non ci vogliono bene e non ci difendono adeguatamente", pensavo.
Ora, invece, è tutto più chiaro.
Si, tutto molto più chiaro!
Il fatto è che loro non sanno!
Molti di loro non sanno quasi nulla di noi. Non conoscono la recente evoluzione normativa e professionale. Non conoscono il significato, nuovo e nel contempo antico, di "Assistenza Infermieristica".
Non immaginano, una parte di loro, per carità, i nuovi carichi di responsabilità e gli inediti risvolti giurisprudenziali che ci pendono sulla testa come spade di Damocle.
E allora cosa dobbiamo fare, senza umiliare e condannare chi per decenni ha svolto onestamente il proprio lavoro, foriero di tante battaglie sindacali, difensore di sacrosanti diritti dei lavoratori?
Prima ancora di scegliere se stracciare la tessera e/o rivolgerci altrove il mio consiglio è di andare dai signori sindacalisti e parlargli, raccontargli di noi, fargli capire che non siamo più quelli di quindici-vent'anni fa.
Ma neanche quelli di cinque anni fa, perché, vedete, la nostra è una professione in rapida evoluzione!
Andrei da loro e gli direi, molto semplicemente: *"Nel 1999 la Legge n. 42 ha abrogato l'anacronistico mansionario, che ci vedeva esecutori di una "lista della spesa" di compiti, e ha eliminato l'odioso termine "ausiliaria" dalla nostra "Professione Sanitaria", riconoscendoci piena autonomia professionale. Prima avevamo "papà medico", ora in famiglia siamo tutti Infermieri. Prima qualcuno ci diceva cosa fare, ora decidiamo da soli (pagando, in caso di errore, tutto da soli)"*.
A questo punto credo di conoscere almeno una delle possibili reazioni.
Qualcuno potrebbe dirvi: *"Ma a che è servito creare delle nuove gerarchie? Avete abolito*

l'infermiere generico e ora è stato necessario inventarsi l'OSS e l'OSS-S, avete abolito l'Infermiere Professionale col mansionario e ora avete comunque un Infermiere, anche se laureato, avete mandato a casa le suorone caposala e vi siete inventati il Coordinatore. Tutto è simile a prima, anche se con nomi diversi".
In questo caso risponderei che è tutto vero, tranne un piccolo ma fondamentale particolare: il livello complessivo dell'assistenza (e in particolare quella infermieristica) si è innalzato, poiché al vertice della piramide di quello che chiameremo "governo assistenziale" ora c'è un infermiere (*), e non più il medico, come una volta.
La formazione è passata alle aule universitarie e la disciplina ha trovato una sua dimensione, addirittura filosofica.
A questo punto, ma solo a questo, se continueranno a non capire quanto sarà necessario impegnarsi e rimboccarsi le maniche fin d'ora per affrontare la "questione infermieristica", se continueranno a non lavorare affinché non vengano riconosciute condizioni contrattuali più favorevoli, non ultime quelle economiche, se continueranno ad ignorare coloro che, con buona pace di tutti, sono il vero motore della sanità, beh… le conclusioni più logiche ve le lascio trarre da soli.
Io la mia scelta, sofferta, ve lo garantisco, l'ho fatta qualche anno fa. E solo dopo essermi scontrato con dei veri e propri "muri di gomma", solo dopo aver portato le nostre legittime rivendicazioni nelle apposite sedi istituzionali e sindacali, solo dopo aver cercato, invano, di argomentare la nostra confusione e i nostri disagi presso interlocutori che però erano forse più attenti a mantenere i loro privilegi e le loro poltrone che non ad ascoltare le nostre sacrosante ragioni.
Fatela anche voi, fino in fondo la vostra esperienza, cari colleghi, e poi sappiatemi dire se sarà, anche per voi, finalmente tutto più chiaro.

(*) *In quasi tutte le Aziende Ospedaliere Lombarde è stato istituito il Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale (SITRA) e, in rari casi, come all'Ospedale San Gerardo di Monza, addirittura il Dipartimento (DITRA).*
Tale struttura va considerata una grande conquista per noi infermieri, poiché fornisce ad ognuno di noi, a qualsiasi livello, maggiori ambiti di autonomia rispetto a prima.

articolo tratto da YAHOO Italia - salute

Le 10 regole d'oro

a cura della redazione di InfermieristicaMente

Elaborate con il contributo del Ministero della Salute da direttori generali e rappresentanti dell'AIFA e della SIFO, queste regole rappresentano un importante progetto condiviso di gestione del rischio.

Le regole.

1. Adottare in ogni ospedale il Foglio Unico di Terapia (medico e infermiere).
2. Sottoporre a revisione le procedure usate in ospedale e negli ambulatori nei processi di prescrizione, trascrizione, allestimento, stoccaggio, preparazione, distribuzione dei farmaci e dei dispositivi medici, ponendo particolare attenzione ai passaggi a rischio di errore.
3. Attivare processi di formazione sulla sicurezza in cui coinvolgere tutti gli operatori sanitari interessati.
4. Attivare nelle Aziende Sanitarie organismi e protocolli di controllo dell'introduzione negli ospedali di nuove tecnologie e, in particolare, di dispositivi medici.
5. Diffondere l'uso di:
   A. sistemi di distribuzione, prelievo e allestimento controllato di farmaci e di dispositivi medici,
   B. sistemi di prescrizione informatizzata,
   C. gestione dei trattamenti farmacologici basati sulla dose unitaria, privilegiando le tecnologie che dimostrino il miglior rapporto costo/efficacia.
6. Migliorare la tracciabilità dei farmaci (attraverso un utilizzo più efficiente del codice a barre) e attivare un sistema di tracciabilità dei dispositivi medici.
7. Attivare un registro nazionale del tipo "incident reporting" coordinato dal Ministero della Salute e dall'AIFA, per la registrazione e la valutazione di una serie limitata e predefinita di errori più frequentemente rilevati nel corso delle attività sanitarie.
8. Rendere obbligatorio l'utilizzo dello 0,05 per cento del budget assegnato alle Aziende Sanitarie per l'acquisizione di tecnologie di provata efficacia rispetto all'obiettivo di innalzare il grado di sicurezza delle pratiche sanitarie.
9. Introdurre l'obbligo per le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie di predisporre un Piano per l'innalzamento dei livelli di sicurezza delle attività sanitarie da inserire nell'Atto Aziendale e da aggiornare annualmente, modulato sulla base di linee guida appositamente predisposte dal Ministero della Salute e dall'AIFA.
10. Migliorare la comunicazione con il paziente/cittadino.

Queste le 10 regole della Sicurezza al letto del paziente, elaborate con il contributo del Ministero della Salute da direttori generali e rappresentanti dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera (SIFO) a seguito dell'incontro di studio "La sicurezza al letto del paziente" svoltosi nel novembre 2006 a Frascati e promosso dall'Accademia Nazionale di Medicina. Un'iniziativa destinata ad attirare l'attenzione degli operatori sanitari italiani.

Metodo e finalità.

"Il metodo seguito per l'elaborazione del decalogo mi pare soprattutto molto significativo", spiega Ubaldo Montaguti, Direttore Generale dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma. "Il tentativo era di chiedere ai partecipanti al convegno di Frascati dei punti sensibili per intervenire sul tema del rischio clinico in modo semplice e diffuso, senza che le differenze geografico-sociali e la tradizione amministrativa potesse influire. Abbiamo

raccolto i suggerimenti di tutti, che poi sono stati valutati a seconda della priorità. Da questo ulteriore passaggio sono emersi (devo dire in modo plebiscitario) i 10 punti che abbiamo presentato. Non è una situazione 'zero', perché queste cose in molte strutture sanitarie italiane per fortuna vengono già fatte. Non si tratta nemmeno di qualcosa di impositivo: piuttosto il tentativo di coinvolgere gli addetti ai lavori senza limitarsi all'evento mediatico fine a se stesso e senza fondare una Società per la sicurezza sanitaria con un presidente e un vicepresidente, per carità. Senza formalismi, vogliamo dare strumenti
operativi, creare una rete informativa così che le strutture sanitarie italiane possano confrontarsi con un qualcosa di medio, possano avere un punto di riferimento imitabile senza troppo sforzo".

L'esperienza operativa.

"Uno dei problemi centrali del rischio clinico è legato ai farmaci, e quindi era ovvio che la SIFO si occupasse di questo decalogo", spiega Giovanna Scroccaro, Presidente della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera (SIFO) e Direttore di Farmacia Interna presso l'Azienda Ospedaliera Ospedale Civile Maggiore di Verona.

"Al di là della carica, ognuno di noi haportato la sua esperienza personale.

Nell'ospedale dove lavoro molti punti sono già stati adottati, esistono procedure precise in tal senso. La parte più difficile è stata diffondere le regole, ma posso testimoniare che è possibile. Occorre però che le direzioni degli ospedali investano nelle procedure di audit per verificare l'applicazione delle regole.

Qui il ruolo dei farmacisti ospedalieri può essere prezioso, perché è parte integrante del loro lavoro fare ispezioni nei reparti per verificare conservazione e gestione dei farmaci. Un'ottima occasione per parlare con medici, caposala e infermieri e far capire loro che deve sparire l'abitudine di preparare sacche con su solo il numero del paziente e non i farmaci contenuti, oppure quella di togliere le compresse dai blister, e che bisogna sempre verificare che i pazienti assumano - e assumano correttamente - i farmaci che vengono loro consegnati".

Le istituzioni.

Alessandro Ghirardini, dirigente ufficio qualità presso la Direzione Generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, spiega: "Da alcuni anni ormai ci occupiamo come Ministero della gestione del rischio clinico: una storia lunga, ma ora abbiamo deciso di fare di più. Dobbiamo promuovere un'alfabetizzazione di massa degli operatori sanitari.

È nostra intenzione, anche grazie a quanto previsto dal decalogo, raccogliere queste informazioni per poi inserirle in un sistema di sorveglianza routinario che permetta non solo di quantificare gli eventi, avversi ma anche di analizzarli. Ognuno dovrà impegnarsi con il proprio livello di responsabilità: il Ministero e l'AIFA forniranno indirizzi di carattere generale; le Regioni li dovranno trasferire sul piano organizzativo; infine le aziende li renderanno attuali e operativi. Questa 'catena', già sperimentata nel corso degli ultimi anni, ha ora bisogno dello spinta ulteriore data dal decalogo per poter avere una ricaduta positiva sui cittadini".

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

una parabola sulla nostra condizione, per pensare e riflettere...

L'elefante e l'infermiere

a cura della Segreteria Provinciale NurSind di Monza e Brianza

Quando ero piccolo andavo al circo, soprattutto perché mi piacevano gli animali.
Ad attirarmi era in particolar modo l'elefante, perché durante lo spettacolo quel bestione faceva sfoggio di un peso, di una dimensione e di una forza davvero fuori dal comune.
A colpirmi tuttavia era anche il fatto che dopo il suo numero, e fino a un momento prima di entrare in scena, l'elefante era sempre legato a un paletto conficcato nel suolo, con una catena che gli imprigionava una delle zampe.
Eppure il paletto era un minuscolo pezzo di legno piantato nel terreno soltanto per pochi centimetri. E anche se la catena era grossa e forte, mi pareva ovvio che un animale in grado di sradicare un albero potesse liberarsi facilmente di quel paletto e fuggire.
Era davvero un bel mistero…
Che cosa lo teneva legato allora?
Perché non scappava?
Fu solo quando crebbi ed ebbi la fortuna di imbattermi in chi riuscì finalmente a dare una risposta a queste mie domande, che scoprii questo: l'elefante del circo, nonostante la sua forza e le sue monumentali dimensioni, non scappa perché è stato legato a un paletto simile quando era molto, molto piccolo...
Chiusi gli occhi e immaginai l'elefantino indifeso appena nato, legato al paletto. Immaginavo che in quel momento l'elefantino provasse con tutte le sue poche forze a spingere, a tirare, nel tentativo di liberarsi, ma che nonostante gli sforzi non ci riuscisse perché quel paletto era troppo saldo per lui.
Lo vedevo addormentarsi sfinito e il giorno dopo provarci di nuovo, e così il giorno dopo e quello dopo ancora…
Finché un giorno, un giorno terribile per la sua storia, l'animale accettò l'impotenza rassegnandosi al proprio destino…
È dunque questa la conclusione di questa triste storia: l'elefante enorme e possente che vediamo al circo non scappa perché, poveretto, crede di non poterlo fare.
Reca impresso il ricordo dell'impotenza sperimentata subito dopo la nascita.
E il brutto è che non è mai più ritornato seriamente su quel ricordo.
E non ha mai più messo alla prova la sua forza, mai più…

Federazione Sindacale Infermieristica Europea

NurSind ne è promotrice insieme al Sindacato degli Infermieri Spagnoli (SATSE) che conta ben l'80% di iscritti, ed al Sindacato degli Infermieri Sloveni (SDZN) che ha già ottenuto un contratto nazionale per soli infermieri.

INSIEME ABBIAMO PIU' FORZA!

Scheda di Iscrizione

Da consegnare compilata alla

Segreteria Provinciale di .....

Il/la sottoscritto/a Nome ....

Cognome .....

Nato a ..... **il** .....

Domicilio via ..... **n°** .....

Località .....

CAP ..... **Città** .....

Telefono .....

Dipendente dell'Azienda .....

Distretto di .....

Reparto .....

Qualifica .....

Telefono Lavoro .....

Fax Lavoro .....

Email .....

Si Iscrive al sindacato NURSIND dal _ _ / _ _ / 20 _ _
secondo le modalità indicate dallo Statuto Nazionale.

Firma .....

Ai sensi della 196/03 art. 13 e 23 per il trattamento dei dati personali autorizzo al trattamento dei dati personali ai soli fini associativi NURSIND.

Firma .....

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

Scheda di Iscrizione

Da consegnare compilata

all'*Uff. Protocollo e/o Uff.Stipendi*

Spett.le Az. .....

.....

Il/la sottoscritto/a .....

.....

In servizio presso .....

.....

In qualità di .....

Numero di matricola .....

Si iscrive al sindacato NURSIND dal _ _ / _ _ / 20 _ _ ed autorizza codesta amministrazione ad effettuare una trattenuta sulla propria retribuzione mensile, per tredici mensilità, e che dovrà essere canalizzata secondo le indicazioni da NURSIND comunicate.

Firma .....

Ai sensi della 196/03 art. 13 e 23 per il trattamento dei dati personali autorizzo al trattamento dei dati personali ai soli fini associativi NURSIND.

Firma .....

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

AGRIGENTO	339 1548499
ALESSANDRIA	348 7730047
ANCONA	339 2221513
AREZZO	339 8144382
ASCOLI P.	347 4761644
BARI	328 7033492
BENEVENTO	333 8935921
BERGAMO	348 7368056
BOLOGNA	333 6990714
BRINDISI	333 1093968
CAGLIARI	348 7368056
CALTANISSETTA	380 4100516
CATANIA	339 3085542
CHIETI	338 2561933
COSENZA	339 8124656
CROTONE	338 2748311
ENNA	333 6106527
FIRENZE	389 9994148
FOGGIA	320 8811330
FORLI'	054 3731259
GORIZIA	349 3749909
LATINA	334 3335787
LECCE	328 0064662
LECCO	349 6441234
LIVORNO	320 0825291
LUCCA	348 7495960
MACERATA	333 9697131
MATERA	338 1489380

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE

338 7770909	MESSINA
347 9745959	MILANO
0536 884531	MODENA
339 1935053	MONZA
349 1772611	NUORO
347 7196131	OLBIA
338 4464589	ORISTANO
347 8947402	PADOVA
340 3774179	PESARO-URB.
320 0826435	PISA
347 1174975	PORDENONE
333 7419404	PRATO
393 9912449	RAGUSA
338 2368798	RIMINI
347 0587322	ROMA
340 2769892	ROVIGO
328 0066979	SASSARI
338 8506516	SIENA
339 7179432	SIRACUSA
347 3069513	SONDRIO
329 1293767	TARANTO
347 8841155	TERAMO
347 8122482	TORINO
333 7345437	TREVISO
328 4614838	TRIESTE
338 4963220	UDINE
348 4722368	VICENZA

NURSIND

NurSind e gli Infermieri:

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

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

www.nursind.it cell. 348 7368056 nazionale@nursind.it