



**Congelamento delle Retribuzioni
Blocco delle Assunzioni
Revoca dei Part Time
Riorganizzazioni
Piani di Rientro
Accorpamenti**

**ancora
una volta
si rivolgono
a...**

**Santa
Infermiera!**

attualità

- 04 - Part Time: un diritto per tutti e per nessuno
- 06 - E' boom di straordinari
- 07 - Piano di rientro siciliano: luci per i medici ed ombre per gli infermieri
- 08 - Piano di rientro siciliano: sulla nostra pelle
- 09 - Aggressioni in PS: mentre la Francia prende provvedimenti, l'Italia che fa?
- 10 - In seguito alla nostra segnalazione, l'ISTAT si corregge
- 12 - Da Napoli una novità: la Radio Infermieristica
- 13 - I grandi condottieri e i piccoli eroi senza voce: trent'anni di psichiatria a Napoli
- 15 - Verso un'aggregazione dei sindacati infermieristici europei: siglato un protocollo d'intesa con i serbi
- 16 - La medicina amara della manovra finanziaria
- 16 - Il Nursind all'ARAN
- 17 - Andare dal giudice del lavoro costerà di più
- 17 - Novità in tema di assenze per malattia
- 17 - Tribunale di roma: significativa vittoria del Nursind
- 18 - Perfezionare le proprie competenze: Master o Specialistica?

dal territorio

- 19 - Friuli V.G.: il braccio di ferro con l'Assessore
- 22 - Ennesima vittoria del Nursind in provincia di messina: vestiario da lavoro per il personale del 118
- 22 - Sicilia: la denuncia del Nursind all'assessore. E' carenza di organici!
- 23 - Apre la segreteria di Bolzano
- 23 - Apre la segreteria di Barletta-Andria-Trani
- 24 - Salerno: diffida per demansionamento all'az. osp. Ruggi d'Aragona
- 25 - Il Coordinamento Friuli del Nursind all'assessore: istituire master in Cure Palliative, Onologia e Case Manager
- 26 - Il "Bollettino Cardiologico" intervista il Segr. Prov. Nursind Milano
- 27 - Denuncia degli infermieri del sindacato di polizia: irregolarità nel concorso per caposala

normative

- 28 - La precisazione del Ministero del lav.: le ferie non riducono i permessi per l. 104
- 28 - Nei 15 gg. di riposo biologico non devono essere comprese festività e riposi
- 30 - Gli infermieri e la riforma previdenziale: esclusi dai lavori usuranti
- 31 - La previdenza complementare del Comparto sanità: istituito il fondo Perseo
- 31 - L'INPDAP risponde a Nursind: fasulle le voci sull'indennità di buonuscita

formazione professionale

- 32 - Crocerossine: infermiere o operatrici socio sanitarie specializzate?
- 34 - Ansia preoperatoria: essenze floreali a sostegno del paziente
- 35 - In libreria: il dirigente delle professioni sanitarie; eppur si muove

viaggio tra le associazioni infermieristiche

- 36 - Gli infermieri del SIMEU

Lettere alla redazione

- 37 - Sulle crocerossine
- 37 - Sui crediti ECM
- 37 - Gli stipendi dei parlamentari ed i nostri

esteri

- 38 - Svizzera: sulle cure ospedaliere, svizzeri più soddisfatti degli europei
- 38 - Francia: infermieri delle scuole distribuiscono contraccettivi
- 38 - Spagna: sempre più vicina la prescrizione infermieristica
- 38 - Spagna: no all'obbligo della gonna alle infermiere

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

InfermieristicaMente
sindacando
NURSIND

Progetto Grafico: Inf. Donato Carrara - **email:** infermieristicamente@nursind.it

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



La carta usata per questa rivista ha la certificazione ambientale **ECOLABEL**, cioè utilizza fibre riciclate o fibre vergini provenienti da foreste a gestione sostenibile.

Se non ora, quando?

"Per un Paese che tenga conto delle donne"

Inf. Andrea Bottega - Segretario Nazionale Nursind



"Mio fratello è figlio unico perché non ha mai trovato il coraggio di operarsi al fegato e non ha mai pagato per fare l'amore e non ha mai vinto un premio aziendale, ... perché è convinto che esistano ancora gli sfruttati, mal pagati e frustrati..." Rino Gaetano, Mio fratello è figlio unico.

La frase, ripresa dal titolo di un libro di Primo Levi e dal movimento 13 febbraio 2011 (recentemente ritrovatosi a Siena) per un paese che tenga conto delle donne, può apparire forse banale e ripetitiva ma penso sia fuor di ogni dubbio che il nostro destino è sempre più nelle mani delle donne. Ripetitivo, comunque, sarebbe anche la sostanza del commento che ogni anno, in questo periodo, ci troviamo a fare alla manovra economica – questa volta di ben 60 miliardi di euro! - del governo che sempre chiede sacrifici ai lavoratori dipendenti e in particolar modo a quelli pubblici (proroga del blocco delle retribuzioni fino al 2014).

Per evitare la ripetizione dello status quo occorre dunque un cambiamento e questo non può che passare necessariamente per le scelte che il mondo femminile saprà fare.

Per la nostra categoria ciò ha un ulteriore valore strategico perché per l'80 % è composta da donne. Già a partire dalla manovra economica dello scorso anno e dal "collegato lavoro" le donne del pubblico impiego, ed in particolare quelle della sanità, hanno subito una doppia penalizzazione: la prima, di carattere pensionistico, ha innalzato l'età pensionabile da 60 a 65 anni; la seconda, riguardante proprio il rapporto di lavoro in essere, concedendo al datore di lavoro pubblico di trasformare i contratti di part time ante 2008 da tempo indeterminato a tempo determinato.

In particolar modo quest'ultimo aspetto ha prodotto una corsa delle aziende sanitarie a inviare entro il 23 maggio (termine stabilito dalla legge entro cui rivedere i contratti) la comunicazione di rivisitazione del contratto individuale. Particolarmente interessata è la parte femminile della categoria che usufruisce del contratto part time per poter mantenere il posto di lavoro e conciliare la vita familiare (anche se i figli non sono più in tenera età). Vero anche che alcune colleghe hanno evidenziato l'impossibilità ad accedere a tale istituto rispetto a chi, prima del 2008, ne ha avuto accesso a tempo indeterminato, in quanto oggi le aziende non hanno più l'obbligo a concedere il part time nel limite del 25 % del contingente previsto dal CCNL entro 6 mesi dalla presentazione della richiesta. Ciò non toglie che, a nostro parere, l'istituto del part time debba essere tolto a qualcuno o "precarizzato" ma, anzi, vada incentivato ed ampliato perché consente principalmente alle donne di rimanere nel mondo del lavoro conciliando le esigenze legate alla maternità. In questo modo qualcuno lavorerà meno (per scelta volontaria) ma darà ancor più la possibilità a nuovi colleghi di entrare nel mondo del lavoro.

Nonostante ciò abbiamo ben compreso che gli interessi della parte datoriale non coincidono con gli interessi delle lavoratrici che ancora una volta sono poste ai margini del mondo del lavoro. Un tema, quello del lavoro, che per molti aspetti si declina ancora la maschile.

Al di là degli aspetti giuridici che saranno affrontati all'interno della rivista e nelle sedi di contenzioso, mi preme ribadire che le politiche a favore della categoria (si pensi ad esempio al continuo blocco del turn over ad eccezione delle forze dell'ordine e

dei vigili del fuoco, al mancato riconoscimento del lavoro usurante, alla proroga del blocco dei contratti fino al 2014 e al blocco delle progressioni economiche a livello aziendale, all'aumento dei contratti a termine e alla diminuzione dei concorsi pubblici, all'aumento degli straordinari) e in particolare quelle a favore del personale femminile (la disponibilità del part time, la possibilità di un lavoro di giornata, l'asilo aziendale) sono costantemente assenti dalla nostra esperienza quotidiana. Il sindacato infermieristico si è fatto e si fa portavoce di tale marginalità ma ha la necessità che siano in primis le donne a volerlo in modo determinante. In sanità sono tantissime e spesso hanno difficoltà a impegnarsi perché già gravate dai molti ruoli svolti. Eppure oggi, come nel lontano passato delle lotte sindacali sui principi di parità ed equità, è richiesto (e lo chiediamo anche noi) il loro apporto perché più degli uomini sanno affrontare sfide gravose, sono più sensibili alle ingiustizie e sanno schierarsi dalla parte dei più deboli, bisognosi, di chi non scende a compromessi. In questo caso parafrasando Rino Gaetano vorremo poter dire che "mia sorella è figlia unica" e rappresenta un paradosso, una persona che va controcorrente. Benvenute in Nursind!



Una collega francese in corteo a protestare...

un diritto per tutti e per nessuno

Inf. Andrea Bottega - Segretario Nazionale NurSind

È strano che in un periodo di crisi del lavoro e disoccupazione le politiche governative siano improntate alla detassazione degli straordinari (solo per i privati!) e alla riduzione dei lavoratori a tempo parziale. Lavorare un po' meno per lavorare tutti non è nell'ottica del pubblico impiego e non lo è nemmeno nell'ottica di genere, in quanto le più penalizzate, ancora una volta, sono le donne e in particolare le madri. E la nostra categoria, composta per i 2/3 da donne, subisce continuamente i disagi della conciliazione dei tempi lavorativi con quelli familiari.

In Italia il part time è meno utilizzato rispetto agli altri Paesi europei e non è nemmeno incentivato nonostante nel 2003 si sia tentato di facilitarne il ricorso (DLgs 276/2003). In epoca di flessibilità, invece di aumentarne l'utilizzo si limita tale opzione per il lavoratore pubblico e si demanda tutto all'interesse della Pubblica Amministrazione di contenimento di costi e del numero di teste di personale.

Così il primo intervento, nel contesto del Pubblico Impiego, in controtendenza avviene con l'art. 73 della legge 133/2008 che modifica l'art. 1 comma 58 della legge 23 dicembre 1996, n. 662: *“La trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale può essere concessa dall'amministrazione (al posto di “avviene automaticamente”) entro sessanta giorni dalla domanda, nella quale è indicata l'eventuale attività di lavoro subordinato o autonomo che il dipendente intende svolgere. L'amministrazione, entro il predetto termine, nega la trasformazione del rapporto nel caso in cui l'attività lavorativa di lavoro autonomo o subordinato comporti un conflitto di interessi con la specifica attività di servizio svolta dal dipendente ovvero, nel caso in cui la trasformazione comporti, in relazione alle mansioni e alla posizione organizzativa ricoperta dal dipendente, (tolta la parola “grave”) pregiudizio alla funzionalità dell'amministrazione stessa (soppressa la seguente parte “può con provvedimento motivato differire la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale per un periodo non superiore a sei mesi”). La trasformazione non può essere comunque concessa qualora l'attività lavorativa di lavoro subordinato debba intercorrere con un'amministrazione pubblica. Il dipendente è tenuto, inoltre, a comunicare, entro quindici giorni, all'amministrazione nella quale presta servizio, l'eventuale successivo inizio o la variazione*

dell'attività lavorativa.” La stessa legge prevede poi la modifica dell'art. 59 che destinava il 20% dei risparmi derivanti dai part time a integrazione del fondo della produttività, rimandando questa quota a economia di bilancio **provocando un'ulteriore decurtazione del fondo per la produttività**. Detto per inciso, già questa prima azione lasciava intravedere l'aleatorietà della riforma Brunetta (DLgs 150/2009) di premiare il merito mentre si andava a decurtare il fondo che doveva finanziare i premi.

Dal giugno 2008, quindi, non è più automatica la concessione del part time a tempo indeterminato anche in presenza di disponibilità del posto secondo i contingenti previsti dalla contrattazione del 25%, aumentabile fino ad un ulteriore 10% in contrattazione integrativa, della dotazione organica complessiva del personale.

Recentemente la legge 4 novembre 2010, n. 183, nota come “collegato lavoro”, ha ulteriormente modificato tale istituto arrivando a mettere in discussione i contratti precedenti al giugno 2008.

Dal 24 novembre 2010 alle Pubbliche Amministrazioni è stato dato quindi un tempo di 6 mesi (entro il 24 maggio 2011) per sottoporre a nuova valutazione i contratti trasformati precedentemente al giugno 2008 secondo i criteri di correttezza e buona fede. Alcune regioni come il Veneto e l'Emilia Romagna hanno dato delle indicazioni applicative al fine di evitare “fughe in avanti” e ribadendo la volontarietà da parte del dipendente ad accettare la proposta di modifica del contratto. Nel frattempo molte amministrazioni, nell'approssimarsi della scadenza del termine e temendo delle responsabilità per inadempienza, hanno inviato ai lavoratori a part time (con casi paradossali di persone non più in servizio o in maternità o affetti da disabilità) la comunicazione che la stessa amministrazione si sarebbe avvalsa di tale possibilità per **trasformare tutti i contratti a part time da tempo indeterminato a tempo determinato con un atto unilaterale**. Precisiamo subito che la norma interessa solo i rapporti di lavoro trasformati da tempo pieno a part time e non chi è stato assunto direttamente con contratto a part time.

Tardivamente si è mosso il Ministero della Funzione Pubblica che ha emanato una circolare congiunta con il Ministero delle Pari Opportunità e il Sottosegretariato con delega alla famiglia solo il 30 giugno 2011 a seguito di

numerose segnalazioni di situazioni di contenzioso.

Anche Nursind si è mosso in varie provincie a tutela del contratto individuale sottoscritto nella convinzione che questo è il compito istituzionale di un sindacato e che il problema della carenza di posti a part time **non stia nel toglierlo a chi ce l'ha ma nel lottare per aumentarne il numero** (la vera soluzione al problema).

Non è mia intenzione entrare nel merito del diritto e della recente giurisprudenza in modo dettagliato (per ciò valgono i numerosi pareri espressi da diversi nostri avvocati) tuttavia alcuni spunti di riflessione in rapporto a diversi aspetti li voglio porre.

1. in rapporto al diritto: i pareri legali che abbiamo visionato pongono in evidenza che la nuova norma offre una facoltà e non un obbligo in capo alla pubblica amministrazione, la quale può rivedere i contratti trasformati prima del 25



giugno 2008 nel rispetto dei principi di correttezza e buona fede. La circolare 9/2011 del 30/06/2011 specifica anche che "l'art. 16 della L. 183/2010 ha introdotto in via transitoria un potere speciale in capo all'amministrazione, prevedendo la facoltà di assoggettare a nuova valutazione le situazioni di trasformazione del rapporto da tempo pieno a tempo parziale già realizzatesi alla data di entrata in vigore del DI 112/2008. In base alla norma, questa facoltà speciale poteva essere esercitata entro un determinato lasso di tempo e cioè entro 180 giorni dal 24 novembre, scaduti il 23 maggio 2011." Sia la circolare, sia altri pareri legali sia l'ordinanza del 4 maggio 2011 del Tribunale di Trento, citano inoltre, la direttiva 97/81/CE recepita con il d.lgs. n. 61 del 2011 che prevede il divieto di discriminazione tra lavoratori a tempo pieno e quelli a part time dichiarando che il rifiuto di un lavoratore di trasformare il proprio rapporto di lavoro a tempo parziale in rapporto a tempo pieno non costituisce giustificato motivo di licenziamento (art. 5). Da questo punto di vista il potere unilaterale della PA sembra confliggere con la Direttiva europea e con l'art. 15 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea che sancisce la volontarietà di ogni prestazione lavorativa

tanto da ritenere che l'art. 16 della legge 183/2010 debba essere disapplicato. Di diverso avviso l'ordinanza del 16 giugno 2011 n. 323, sempre del Tribunale di Trento, contro il ricorso d'urgenza del mese precedente, la quale stabilisce che il potere unilaterale della PA ha supremazia e il rifiuto della modifica per esigenze organizzative può portare anche a sanzioni disciplinari come il licenziamento. A parere dello scrivente, per quanto può valere, quest'ultima posizione non sembra condivisibile come non è condivisibile la trasformazione unilaterale del contratto da tempo indeterminato a tempo determinato. A mente del comma 3 dell'art. 2 del dlgs. 165/2011, Testo Unico sul Pubblico Impiego, i rapporti di lavoro sono regolati contrattualmente sì da non permettere la modifica unilaterale una sempre. Oltre a ciò occorrerà entrare nel merito della situazione individuale del dipendente che porterà le sue ragioni al mantenimento del contratto in essere.

2. in rapporto al trattamento pensionistico: la trasformazione unilaterale del rapporto di lavoro da parte della PA a fine carriera potrebbe essere sfavorevole in quanto scatta il meccanismo della media ponderata.

3. In rapporto all'organizzazione del lavoro: la trasformazione dei rapporti di lavoro pone molteplici problemi in quest'ambito, forse i maggiori. Anzitutto va detto che anche la circolare della funzione pubblica 9/2011 afferma che *"l'interesse del dipendente al mantenimento del rapporto part time va tenuto in considerazione anche verificando la fattibilità di soluzioni alternative alla revoca dello stesso, ad esempio, valutando la possibilità di spostamento dei dipendenti tra servizi"*, ciò significa che difficilmente possono essere addotte generiche ragioni organizzative in un'azienda con molti infermieri, dovendo dimostrare che il dipendente non poteva essere riallocato in altro servizio con lo stesso profilo orario.

Inoltre, anche la trasformazione a tempo pieno del rapporto di lavoro alla fine impone un cambiamento di servizio che, in caso di assenza di esoneri, potrebbe portare per le stesse esigenze di servizio a rientrare in turno nelle 24 ore magari in un reparto ad alta intensità di cure dopo 35 anni servizio e un'età che rende ancor più pesante il lavoro! Se, diversamente, si lasceranno nello stesso servizio si potrebbe ipotizzare un aumento della spesa in mancanza di un aumento dell'attività, con diretta responsabilità del Dirigente che ne ha stabilito l'aumento dell'orario. Nelle realtà in cui il numero dei part time è elevato questo cambiamento sistematico e repentino potrebbe portare a rivedere quasi tutte le posizioni

lavorative per riallocare il personale. In altro caso la revisione dei contratti potrebbe costringere il dipendente alla scelta di licenziarsi per cercare altrove una possibilità lavorativa più confacente alle esigenze personali.

4. In rapporto alle politiche familiari: anche se i figli sono divenuti grandi, di perciò stesso non ne deriva un obbligo alla prestazione lavorativa a tempo pieno. Ritengo che, al di là dei diritti individuali, non sia corretto giustificare la decisione di revocare il contratto a un dipendente per darlo ad un altro. Occorre promuovere azioni positive che mirino a conciliare i tempi di lavoro con le esigenze familiari che non sono solo i figli a carico o le disabilità per le quali la legge già prevede un diritto di trasformazione (malati oncologici con ridotta capacità lavorativa, familiari affetti da disturbi specifici di apprendimento) o un diritto di precedenza (figli minori di 3 anni, figli con handicap grave, lavoratori che usufruiscono dell'art. 3 comma 3 della legge 14/1992, ...) ma sono anche esigenze diverse che riguardano i nostri interessi e come noi vogliamo determinare il nostro tempo. In questo senso di supporto può essere l'accordo del 7 marzo 2011 tra parti sociali e il Ministero del Lavoro sulle misure a sostegno delle politiche di conciliazione dei tempi famiglia/lavoro valorizzando nella contrattazione di secondo livello le buone pratiche di flessibilità family/friendly. Per questo aspetto rimandiamo anche alla risposta all'interpello data a Nursind dal Ministero del Lavoro. Ricordo inoltre, che lo scorso anno è stata alzata l'età pensionabile per le dipendenti pubbliche da 60 a 65 anni. Il risparmio derivante da questa manovra poteva essere impiegato per il sostegno di queste politiche di flessibilità del lavoro perché è impensabile che un'infermiera lavori fino a 65 anni in turno in una corsia: alla fine anziché andare in pensione si troverà ricoverata.

Appare chiaro, dunque, che **l'esigenza del personale femminile infermieristico è quella di poter godere di maggiore flessibilità oraria** per poter far fronte anche a bisogni familiari e che tale problematica trova ora il suo maggior sviluppo a livello di contrattazione aziendale (da ciò deriva anche la necessità di avere all'interno della RSU infermieri che si battano per questo) per stabilire accordi sui criteri di assegnazione, sul contingente, sui profili orari, e che su tale terreno si gioca ora la partita per risolvere i problemi e a poco serve togliere i part time "storici" se non a creare ulteriori disagi più che una giustizia che sa di non rispetto degli accordi sottoscritti.

Auspichiamo quindi una Pubblica amministrazione più a misura d'uomo o, se preferite, a misura di donna.



A causa del blocco delle assunzioni nel SSN

è boom di straordinari!

Inf. Donato Carrara - Direzione Nazionale NurSind



E' quanto emerge da uno studio commissionato da Adnkronos Salute alla Ragioneria Generale dello Stato, allo scopo di indagare sul costo della spesa per gli straordinari fatti dal personale del SSN tra il 2007 ed il 2009 suddivisa per Regioni e per categoria professionale. Ammonta a circa mezzo miliardo di euro l'anno nel nostro Paese, il costo per le ore extra di medici, infermieri, biologi, psicologi, tecnici, amministrativi e altri lavoratori di ospedali e strutture sanitarie pubbliche. Il trend è sicuramente in aumento, considerando il persistere del blocco del turnover.

In particolare, in alcune regioni, sembra in continua crescita. E' il caso della Puglia e del Lazio, dove dal 2007 al 2009 la spesa per gli straordinari è passata da 112 a 122 milioni. Ma a parte qualche eccezione (Toscana, Emilia Romagna e Sicilia) questo trend al rialzo si registra un po'

2009. Leggeri ribassi anche in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Liguria, Umbria, Calabria e Sardegna.

Il problema della carenza di personale si evidenzia nell'ultimo Annuario statistico pubblicato dal ministero della Salute, relativo all'anno 2008. Secondo il rapporto, che fa una fotografia delle strutture e del personale del Ssn, il numero dei lavoratori della sanità pubblica è in calo: dai 649.248 dipendenti del 2007 si è infatti passati ai 638.459 del 2008.

I dati a disposizione della Ragioneria Generale dello Stato sono però solo parziali. La realtà è ancora più eclatante se si tiene conto che le ore straordinarie accumulate solo in parte vengono retribuite, la gran parte resta nel contatore individuale "da recuperare" negli anni, cioè MAI! Il ricorso al cosiddetto "Riposo compensativo" per smaltirle comporterebbe disporre di ulteriore personale a disposizione che consenta di lasciare a riposo chi ha accumulato straordinario ed

intende recuperarlo con periodi di riposo. Ma ciò risulta pressoché impossibile se non attraverso la chiusura del servizio.

A parte le tendenze regionali, si registra quindi un incremento del lavoro straordinario che, per quanto riguarda gli infermieri, si ripercuote soprattutto sui part time. E' infatti da queste figure che i coordinatori "pescano" più facilmente personale da impiegare per "tappare" i buchi della programmazione. Utilizzando i part time non si incorre a possibili denunce per violazione della normativa sull'orario di lavoro (D.Lgs. 66/03), cosa che invece accadrebbe nel caso di utilizzo di personale a tempo pieno dovendo ricorrere alla sospensione del riposo o al cosiddetto "Rientro" (doppio turno nella stessa giornata: mattina e notte) ben conosciuto ed odiato dagli infermieri.

Da normativa contrattuale però i part time non potrebbero superare le 20 ore annue di straordinario. Limite superato di gran lunga, con l'aggiunta della beffa, perché sempre da normativa contrattuale, le ore eccedenti le 20 annue, andrebbero retribuite al 50%. Cosa che non avviene mai.

A queste considerazioni si deve aggiungere che il Fondo aziendale di comparto (art. 29) utilizzato per pagare lo

straordinario, è stato calcolato in origine a 65 ore annue per dipendente (CCNL del '99) ed è stato solo in parte incrementato dal 2003 con 11,59 € mensili per dipendente. Da allora, i successivi contratti, non hanno previsto alcun incremento.

E' il cane che si morde la coda! Sarà bene che gli infermieri aprino gli occhi,

Normativa sullo straordinario

I criteri generali per l'attribuzione dei trattamenti legati a compensi per lavoro straordinario sono oggetto di contrattazione aziendale secondo quanto disposto dall'art. 4 comma 2, punto XI.

RSU ed azienda dovrebbero incontrarsi almeno 3 volte l'anno per monitorare gli straordinari e valutare le condizioni che ne hanno resa necessaria l'effettuazione (art. 34, c.2) essendo **vietato un suo utilizzo sistematico** come fattore ordinario di programmazione (art. 34, c.1).

Il limite individuale di lavoro straordinario annuo non può superare le 180 ore (art. 34, c.3).

Tale limite può essere superato in situazioni particolari ed eccezionali, per non più del 5% del personale in servizio e comunque fino ad un **limite massimo di 250 ore annue** (art. 34, c.4).

Le prestazioni di lavoro straordinario possono essere compensate a domanda del dipendente con **riposi sostitutivi** da fruire, compatibilmente con le esigenze del servizio, nel mese successivo (art. 34, c.6).

Alle Posizioni Organizzative (Coordinatori di Dipartimento) è precluso il pagamento di prestazioni di lavoro straordinario in quanto sono comprese nell'indennità di funzione (art. 36, c.2). Tale indennità varia dai 3 ai 9 mila euro.

I dipendenti a cui è stato concesso il **diritto allo studio** (150 ore) non sono obbligati allo straordinario (art. 22, c.3).

Il personale con rapporto di lavoro a **tempo parziale di tipo verticale** può effettuare prestazioni di lavoro straordinario nelle sole giornate di effettiva attività lavorativa entro il limite massimo individuale annuo di **20 ore**, retribuite con la maggiorazione del 15% (art. 35, c.4). Le ore di lavoro supplementare o straordinario fatte svolgere in eccedenza le 20 annue, sono retribuite con un compenso pari alla retribuzione oraria **maggiorata** di una percentuale **del 50%** (art. 35, c.5).



ovunque, da Nord a Sud, portando a una spesa complessiva di 499,8 milioni nel 2009. Solo per gli straordinari.

In Puglia, la spesa per queste ore aggiuntive di lavoro è passata da 29,2 a 34,8 milioni, mentre nel Lazio si è saliti da 83 a 88 milioni. Anche in Abruzzo si segnala un corposo balzo della spesa: da 8,8 a 10,4 milioni. Ma, se pure in misura minore, il rialzo si è registrato anche in Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Campania, Basilicata e Molise.

Meno straordinari invece in Toscana, Emilia Romagna e Sicilia. In Toscana, dal 2007 al 2009 la spesa è scesa da 25,8 milioni a 24,5 e in Emilia Romagna da 30 a 28,5. Ma è soprattutto in Sicilia che si è registrato un calo considerevole: si è passati dai 31,8 milioni del 2007 ai 26,4 del

Piano di rientro siciliano 1:

Luci (... per i medici) e ombre (... per gli infermieri!)

Inf. Salvatore Vaccaro - Segretario Provinciale Nursind Catania



Il piano di rientro Siciliano, decantato come "Riforma Sanitaria" nella nostra terra, la bellissima Sicilia, compie un anno. In regione c'è grande soddisfazione per aver fatto quadrare i conti, anzi, dopo la riforma si è avuto un avanzo di gestione.

L'anno scorso le linee d'indirizzo regionali stabilivano sulla base della dotazione posti letto le dotazioni organiche. Facendo un semplice calcolo quindi si potevano definire gli standard minimi e massimi di personale che un'azienda ospedaliera poteva avere; venivano per la prima volta inseriti in pianta organica gli ormai famigerati O.S.S. (Operatore Socio Sanitario) dopo ben dieci anni dalla nascita di questa figura che è stata appositamente studiata per arginare la carenza infermieristica "sostituendo" l'infermiere ormai con formazione universitaria nelle operazioni di assistenza "diretta" al paziente.

Andando nello specifico le linee d'indirizzo prevedono per ogni categoria e "assimilabili" i limiti di personale e precisamente detti limiti dovrebbero rimanere all'interno dei coefficienti

	Az. Osp. e Univ	Presidi Osp.
Rapporto medici/posti letto	Min. 0,42 – Max 0,60	Min. 0,40 – Max 0,58
Rapporto infermieri/posti letto	Min. 1,05 – Max 1,38	Min. 1,00 – Max 1,30
Rapporto O.S.S./posti letto	Min. 0,17 – Max 0,24	Min. 0,14 – Max 0,20

riportati in tabella:

Per calcolare la dotazione minima e massima allora basta fare un semplice calcolo aritmetico del coefficiente, moltiplicato la dotazione posti letto. A titolo d'esempio, una struttura con mille posti letto poteva avere se fosse di fascia A e quindi Azienda Ospedaliera o Azienda Ospedaliera Universitaria un massimo di $0.60 \times 1000 = 600$ medici e $1.38 \times 1000 = 1380$ Infermieri.

Sulla carta tutto questo poteva essere un buon inizio e devo dire che come Organizzazione Sindacale abbiamo apprezzato gli sforzi fatti dall'assessorato di riallineare alla media nazionale il rapporto infermieri/dotazioni posti letto e il rapporto Infermieri/Medici; ma presto ci siamo accorti che la realtà era più amara di quanto potessimo immaginare.

Studiando infatti la maggior parte delle piante organiche delle aziende ospedaliere e sanitarie siciliane ci siamo accorti delle disuguaglianze improponibili di trattamento tra il personale medico e quello infermieristico.

Mentre per i medici erano sempre sforati i coefficienti di calcolo per stabilirne il fabbisogno (utilizzando un coefficiente di 0.62, 0.65 o anche 0.70), per

gli infermieri erano utilizzati coefficienti di calcolo pressoché minimi (1.16 in media) che, di fatto, diminuivano ancora di più la dotazione organica infermieristica esistente in rapporto ai posti letto, mentre mantenevano invariata la dotazione dei medici. Tutto questo avveniva nell'assordante silenzio di molte sigle sindacali, che in virtù probabilmente della complicità con la dirigenza medica hanno avallato i direttori generali senza nessuna forma di contestazione. (tranne Nursind ovviamente a difesa degli infermieri)

Molte Organizzazioni Sindacali non hanno battuto ciglio mentre si compiva in pratica un taglio lineare alle dotazioni infermieristiche delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie mentre venivano sbandierati i concorsi per il reclutamento del personale anche infermieristico che non si bandivano in Sicilia da ben dodici anni. In pratica nonostante i concorsi sono stati operati nuovi tagli al personale infermieristico.

Facciamo un altro esempio (con numeri puramente inventati) per capire bene come, si è operata questa riduzione alle dotazioni infermieristiche:

ammettiamo che un'azienda aveva in pianta organica 100 infermieri di cui in ruolo (a tempo indeterminato) ne utilizzava 70; quindi ricorreva alle graduatorie per incarichi per coprire quei 30 posti vacanti. Dopo la rideterminazione delle dotazioni organiche ci ritroviamo 90 infermieri anziché 100, e di questi ne sono messi 15 a concorso. Risultato? Il numero reale di infermieri è stato diminuito di dieci unità indipendentemente dai posti messi a bando in quanto il numero massimo di infermieri che quell'azienda potrà avere non sarà più

100 ma 90. Di fatto con queste diminuzioni si sono concretizzati parte dei risparmi che hanno costituito l'avanzo di gestione, lasciando invariato il numero di medici e diminuendo ancora di più il già esiguo numero di infermieri in rapporto ai posti letto.

Mi preme ricordare che il rapporto medici/infermieri dai dati della ragioneria generale dello stato è il più basso d'Italia (dati 2009, probabilmente oggi è ancora più basso), da questo elemento si può facilmente dedurre da quale parte istituzionale le risorse sono utilizzate.

Altro capitolo della riforma, come se non bastasse, la riduzione di personale infermieristico è l'esigua quantità di personale di supporto (O.S.S.) che viene inserito in pianta organica (max 200 ogni mille posti letto) spesso da ricavare riqualificando il personale ausiliario già esistente (chissà quando !!) che comunque ha già in media 20/25 anni di servizio e 50 di età !! Risultato? Gli O.S.S. che lavoro di supporto all'infermiere in queste condizioni li vedremo tra un decennio.

In ultima analisi possiamo dire che il risparmio sul personale è avvenuto in maggioranza dal taglio del personale infermieristico con il bene placido consenso di alcune sigle sindacali che hanno preferito "sacrificare" gli infermieri non curanti dell'aspetto sociale in termini di carenza assistenziale e dell'aumento degli eventi critici che esso comporta.

Ancora oggi possiamo affermare con assoluta certezza che il sindacato e l'associazionismo di categoria per quanto ci riguarda costituisce l'unica strada percorribile per gli infermieri per difendersi da logiche di LOBBY che penalizzano la professione in Italia e soprattutto, purtroppo in Sicilia.



Lo stand Nursind al Garibaldi di Catania



Ottimi i risultati economici ottenuti in materia di Sanità in Sicilia. L'assessore Russo è riuscito in questi tre anni a far quadrare i bilanci ottenendo risparmi anche migliori rispetto alle previsioni. Il Presidente della regione Raffaele Lombardo afferma che la Sicilia "ha realizzato la performance migliore in questi tre anni in rispetto e attuazione del piano di rientro". Il risultato di gestione al IV trimestre 2010 ha presentato un avanzo di 157,343 milioni di euro. Risparmi ottenuti grazie alla politica di contenimento dei costi che ha interessato tutti i settori, dal sistema di gestione delle gare (centralizzato) ai costi per le consulenze, la riduzione dell'11% dei ricoveri ospedalieri (scesi da 1.028.404 del 2009 a 905.043 del 2010), e interventi sulla spesa farmaceutica con contrazione della relativa spesa.

Ottima la scelta di proporre al personale in esubero come i 400 autisti soccorritori del SEUS di essere riqualificati come Oss figura notoriamente carente in tutta la Regione e sulla stessa stregua è stata proposta la riqualificazione Oss al personale ausiliario in esubero nelle Aziende.

Nessuna variazione per quanto riguarda i numeri del personale medico in esubero in diverse aziende che continuerà a mantenere il rapporto infermieri/medici in Sicilia al livello più basso rispetto al resto delle regioni italiane (vedi "di tutta l'erba un fascio" Infermieristicamente n. 24 - 2° trimestre 2011).

Dietro le quinte, chi sostiene realmente il peso di questa rivoluzione sanitaria in Sicilia è il personale Infermieristico il quale già sofferente per la decennale cronica carenza vede gravare ancora di più il peso di questa riforma, legata al piano di rientro sulle proprie spalle. "Gli Infermieri sono importanti perché voi siete il pilastro della Sanità" ci disse qualche anno fa un Direttore Generale in una riunione, ora comprendiamo che voleva dire, è infatti su questo pilastro su cui



poggiano tutti gli oneri e solo quelli. La rideterminazione delle piante organiche è stata fatta con un metodo basato esclusivamente sulle risorse economiche disponibili e gli obiettivi di risparmio da raggiungere; nessuna considerazione per le necessità concrete, reali delle U. Operative delle varie aziende e la complessità assistenziale dei pazienti. Quando la riforma andrà a regime e i concorsi previsti saranno conclusi non vi

sarà alcun reale incremento di personale infermieristico. Il personale che verrà assunto verrà immesso in servizio per completare gli organici previsti per i reparti di nuova istituzione, solo in alcuni casi per integrare organici esageratamente carenti. L'illusione di vedere il personale aumentare grazie agli accorpamenti dei reparti è svanita. Rimanendo praticamente uguale l'organico dei medici anche "gli orticelli" sono rimasti più o meno ben recintati e per ogni orticello pretendono il loro giardiniere. Hai visto mai un medico lavorare senza il suo factotum? (detto anche Infermiere), questa è una prerogativa unica prevista solo per gli Infermieri che possono benissimo (anzi devono) lavorare anche da soli senza personale di supporto.

Finalmente nelle piante organiche vengono previsti gli Oss ma anche questi risulteranno alla fine insufficienti a coprire le necessità, essendo la logica della determinazione dei loro organici del tutto uguale a quella degli Infermieri (leggi risparmio economico).

La sanità siciliana continua a salpare le ancore come il Titanic senza un adeguato numero di scialuppe di salvataggio.

Urge una legge che leghi il rapporto Infermieri posti/letto, in maniera proporzionale e indissolubile, tenendo conto della complessità assistenziale, e senza consentire deroghe, facciamocene promotori. La vera tragedia del Titanic non fu l'incidente che ne provocò l'affondamento ma il non avere previsto un numero sufficiente di scialuppe di salvataggio. Nessuno sarebbe morto se ne fossero state imbarcate in numero sufficiente. Nella metafora le scialuppe di salvataggio rappresentano gli Infermieri che devono essere in numero sufficiente per accogliere il numero massimo di passeggeri (pazienti) che la nave può trasportare altrimenti alcuni di questi sono condannati inesorabilmente ad annegare.

Le economie sul personale sanitario suonano ancora di più come una beffa in una regione in cui privilegi assurdi gravano sul bilancio della stessa regione l'esempio più eclatante quello dei baby pensionati. Una legge tutta siciliana legata alla 104 permette ai dipendenti regionali di andare in pensione con 25 anni di contributi per gli uomini e 20 per le donne in barba al resto del mondo che vede sempre più allontanare la propria età pensionabile. I sacrifici devono valere per tutti, i privilegi sono ingiustizie ingiustificabili.



Napoli: l'iniziativa "Nursind in piazza" per il 12 maggio

Aggressioni in PS: mentre la Francia prende provvedimenti l'Italia che fa?

Inf. Donato Carrara - Direzione Naz. NurSind

Le richieste di istituire un servizio di vigilanza fissa, 24 ore su 24, per tutelare gli operatori sanitari in servizio nei PS sono all'ordine del giorno, al pari delle ormai quotidiane aggressioni verbali e fisiche da parte di utenti esasperati o meno dalle attese e non solo. Le petizioni inviate alle Direzioni aziendali vengono pressoché ignorate adducendo la difficoltà economica di istituire un servizio attivo di vigilanza h24. Il posto di polizia di PS, dove presente, effettua orari d'ufficio ed anche la relativa vigilanza si risolve in compiti di carattere puramente amministrativo, come il ricevere le denunce per furto o smarrimenti di documenti.

Le barriere fisiche istituite ai triage in alcuni PS (vetri antisfondamento) risolvono solo in parte il problema in quanto l'aggressione si verifica spesso all'interno delle sale visita o nei corridoi interni d'attesa. Inoltre, impediscono un più naturale approccio dell'utente verso il sanitario incaricato di verificare il codice da assegnare. Il servizio di sorveglianza interna, pur indossando una divisa che in qualche modo fa da deterrente, non è un corpo di polizia e risulta spesso impegnato



nei giri di ricognizione e di ispezione delle strutture. La vera soluzione sarebbe quella di un posto di polizia nel pronto soccorso, attivo 24 ore.

Nel frattempo le aggressioni proseguono in tutto il Paese ed ormai non fanno quasi più notizia (vedi riquadro

pagina).

Una soluzione è stata fornita dal sindaco di Pescara, chiamato in causa perché responsabile della sicurezza dei cittadini, siano essi degenti o operatori sanitari. In seguito a ripetuti fatti di violenza nei Pronto soccorso, in collaborazione con la Prefettura e il Comitato per l'ordine e la sicurezza, è stato deciso di attivare supercontrolli notturni, attraverso un pattugliamento costante, con passaggi improvvisi e soste prolungate, che consentirà di tenere sotto stretto controllo il Pronto Soccorso da pattuglie del 113 e del 112.

La tutela di chi lavora nelle strutture del Ssn non è un problema soltanto italiano. In Francia i ministri dell'Interno, del Lavoro e della Giustizia hanno siglato un Protocollo nazionale per la sicurezza dei professionisti sanitari alla presenza dei sindacati di categoria. Il piano, in sostanza, prevede l'istituzione in ogni dipartimento (più o meno le nostre province) di un responsabile della sicurezza al quale potranno rivolgersi gli operatori della Sanità per ogni problema. È anche prevista la costruzione di una rete di sorveglianza che prevede l'installazione di allarmi a pulsante (simili a quelli in uso nelle banche) e la dotazione di sistemi di geolocalizzazione (Gps) ai medici dei servizi d'urgenza. Infine, in caso di aggressione, i sanitari potranno usufruire di corsie preferenziali nei commissariati e nelle gendarmerie.

Auspichiamo che anche in Italia presto si faccia qualcosa di concreto a sostegno delle sporadiche azioni di sorveglianza attuali, attraverso un passo deciso da parte del Ministro dell'Interno.

Luogo	Titolo	Testata	Data
POZZUOLI	In un mese 10 aggressioni	IL MATTINO	14/07/2011
NOCERA INF.	Il padre aggredisce per mancata assistenza	IL MATTINO	
VERONA	Infermiera morsa	CORRIERE DI VERONA	01/06/2011
LECCO	Far west al PS	CORRIERE DI LECCO	20/06/2011
NAPOLI	L'ira dei parenti scatena la furia	IL MATTINO DI NAPOLI	13/06/2011
LATINA	Aggrediti infermieri del 118	LATINA OGGI	03/06/2011
NAPOLI	4 aggressioni in una settimana	IL MATTINO	07/06/2011
CEGLIE	Tenta di strangolare un infermiere	CORRIERE DEL MEZZOGIORNO	01/04/2011
NOCERA INF.	Familiari picchiano due infermieri	CORRIERE DEL MEZZOGIORNO	13/01/2011
NAPOLI	Insultati ed aggrediti dai pazienti	IL MATTINO	27/04/2011
CARDARELLI	Tre aggressioni in 4 giorni	IL MATTINO	05/04/2011
NAPOLI	Colpiti a pugni in faccia da ubriaco	IL MATTINO	08/03/2011
POZZUOLI	In un mese 10 aggressioni	IL MATTINO	14/07/2011
PALERMO	Aggrediti per una visita	LA REPUBBLICA	08/02/2011
ROMA	Aggrediti 3 infermieri	LA REPUBBLICA	27/02/2011
PARMA	Botte al PS: un ubriaco scatena il finimondo	LA GAZZETTA DI PARMA	02/01/2011
GENOVA	Sanitari aggrediti da ubriaco per ricovero negato	IL GIORNALE DI GENOVA	22/01/2011
PAVIA	Urla e picchia 4 infermiere	LA PROVINCIA PAVESE	14/02/2011
VICENZA	Calci e pugni anche ai carabinieri che li arrestano	CORRIERE DEL VENETO	22/02/2011
LATINA	A soqquadro la sala d'attesa del PS	IL MESSAGGERO	22/02/2011
ROMA	40 persone infuriate assediano per 2 ore il PS	IL MESSAGGERO	23/02/2011
IMOLA	Tensione e minacce al personale del PS	IL RESTO DEL CARLINO	27/02/2011
ROMA	Allarme violenza in corsia e in PS: accoltellato infermiere	LA REPUBBLICA	27/02/2011
LECCO	Botte al PS	GAZZETTA DI LECCO	16/04/2011
TORINO	Troppe aggressioni al pronto soccorso	LA STAMPA	26/04/2011
LECCO	Ancora paura al pronto soccorso	GIORNALE DI LECCO	16/05/2011
VERONA	Morsi botte ed insulti. Infermiera aggredita	L'ARENA DI VERONA	31/05/2011
NAPOLI	Furia in ospedale, danni e feriti	IL GIORNALE DI NAPOLI	13/06/2011
BOLOGNA	Ubriaco scatenato al PS: zuffa fra i pazienti, arriva la polizia	IL RESTO DEL CARLINO	25/06/2011
ROMA	Medici aggrediti, colpa dei tagli	CORRIERE DELLA SERA	20/07/2011

l'ISTAT si corregge!

Nella scorsa rivista avevamo denunciato le "stranezze" ed inesattezze riportate dall'ISTAT relative alla descrizione della nostra professione secondo la nomenclatura ufficiale. In seguito alla nostra segnalazione, inviata alla Federazione Nazionale IPASVI, la stessa ha sollecitato l'Istituto di Statistica a rivedere il testo, aggiornandolo alla realtà attuale della nostra professione. Di seguito, la risposta dell'ISTAT inviata all'IPASVI.

Spett.le Federazione Ipasvi,
in merito alla Vostra lettera del 16 marzo u.s. (prot. 1272/III 02), desidero chiarire alcuni elementi in merito alla classificazione delle professioni infermieristiche all'interno della nuova Classificazione Istat delle professioni (CP2011).

La nuova Classificazione è in corso di rifinitura e verrà ufficialmente pubblicata all'interno del sito dell'Istat entro il prossimo mese di aprile. La classificazione al momento disponibile sul nostro sito, pertanto, è ancora quella vecchia (NUP06), che verrà al più presto sostituita.

Nell'ambito della nuova Classificazione CP2011, segnalo in anticipo i luoghi della classificazione che riguardano le professioni di interesse alla Vostra Federazione, che avete gentilmente contribuito ad individuare e che abbiamo sottoposto all'attenzione, per opportuna validazione, del Ministero della Salute.

Il primo è rappresentato dall'Unità professionale 1.1.2.6.3 – "Dirigenti ed equiparati nella sanità", al cui interno trova collocazione, a titolo esemplificativo delle professioni lì ricomprese, la figura del Dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche. I "Dirigenti ed equiparati nella sanità", come recita la definizione della CP2011, "dirigono articolazioni funzionali del Servizio Sanitario Nazionale, formulano proposte e pareri ai direttori generali o dipartimentali da cui dipendono, curano l'attuazione dei progetti loro affidati adottando e definendo, nei

limiti di competenza, le modalità organizzative e le risorse necessarie alla loro realizzazione, esercitando i poteri

di spesa loro attribuiti, coordinando le attività degli uffici loro subordinati, individuando i responsabili delle procedure affidate al proprio ufficio e verificando e controllando le attività complessive dell'ufficio rispetto agli obiettivi fissati. Sono responsabili della gestione e dei risultati raggiunti".

Il secondo luogo della classificazione delle professioni che comprende le figure di Vostro interesse è l'Unità professionale 3.2.1.1.1 – "Professioni sanitarie infermieristiche", all'interno della quale trovano collocazione, a titolo esemplificativo delle professioni lì ricomprese, la figura dell'Infermiere e quella dell'Infermiere pediatrico. Le professioni comprese in questa unità, come recita la definizione della CP2011 redatta unitamente al Ministero della Salute, "sono responsabili dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria. Le professioni qui classificate partecipano all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identificano i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formulano i relativi obiettivi; pianificano, valutano e gestiscono e l'intervento infermieristico; garantiscono la corretta attuazione delle prescrizioni mediche".

gnostico-terapeutiche". Segnalo, inoltre, che nel livello classificatorio superiore – la categoria 3.2.1.1. "Professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche" – viene fatta esplicita menzione che "l'esercizio delle professioni di Infermiere e Infermiere pediatrico è regolamentato dalle leggi dello Stato".

Riguardo alla segnalazione di cui al punto 8 della Vostra lettera, faccio presente che la CP2011 ha provveduto ad eliminare, come da voi gentilmente segnalato a suo tempo, tra le voci esemplificative dell'unità professionale 8.1.5.2.0 – "Portantini ed assimilati", la figura dell'Infermiere addetto al trasporto ammalati.

In merito infine al punto 3, desidero sottolineare la finalità della classificazione delle professioni redatta dall'Istat, ovvero quella di fornire un criterio per ricondurre tutte le professioni esistenti nel mercato del lavoro all'interno di un numero limitato di raggruppamenti professionali. Si tratta di "...uno strumento utile per comunicare, diffondere e scambiare dati statistici e amministrativi sulle professioni; non deve, invece, essere inteso come uno strumento di regolamentazione delle professioni."

Infine desidero ricordare che, pur non esistendo nel linguaggio della classificazione, una definizione ufficiale di professioni intellettuali, si è soliti identificarle nei primi quattro grandi gruppi professionali.

Le professioni del terzo grande gruppo, a cui appartengono le Professioni sanitarie infermieristiche, sono così identificate:

1. "richiedono conoscenze tecnico-disciplinari per selezionare e applicare operativamente protocolli e procedure in attività di produzione o di servizio;
2. il livello di conoscenza richiesto da queste professioni è acquisito attraverso il completamento di percorsi di istruzione secondaria, post-secondaria o universitaria di I livello, o percorsi di apprendimento, anche non formale, di pari complessità".

Confidando di aver chiarito le perplessità riguardo al futuro assetto delle professioni della Vostra Federazione e restando a disposizione per valutare eventuali miglioramenti dell'apparato descrittivo e nominalistico della classificazione, invio distinti saluti.

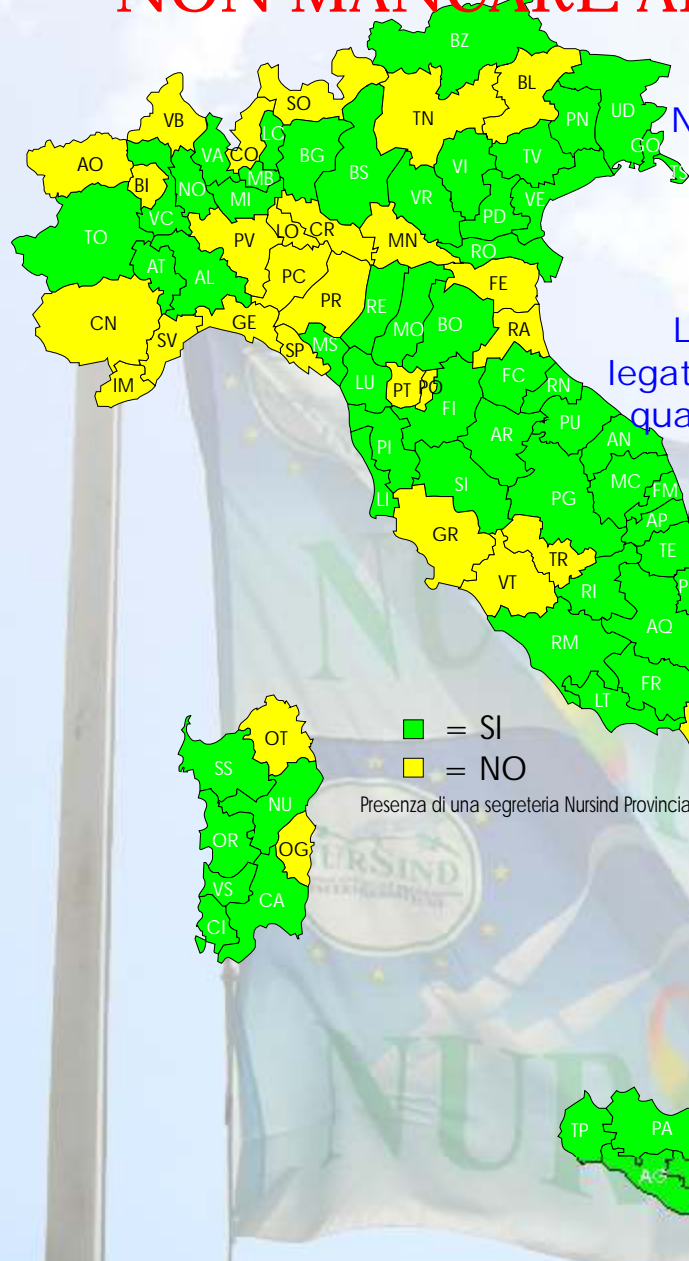
Francesca Gallo



Siamo un sindacato maturo per rappresentare gli Infermieri.

A Marzo 2012 saranno rinnovate tutte le RSU

NON MANCARE ALL'APPUNTAMENTO



Nell'ultimo anno il sindacato Nursind ha visto una sensibile espansione sia in termini di crescita numerica che di segreterie attivate.

La rappresentanza infermieristica ormai è legata a questa immagine che, con l'aiuto di qualche altro collega, potrà diventare ancora più verde.

Ricordiamo che chiunque fosse interessato ad avere notizie sul sindacato o proporsi per un aiuto, per l'apertura di una nuova segreteria o anche solo per candidarsi alle prossime RSU può contattarci attraverso il nostro sito web

www.nursind.it
oppure al numero
3484722368

su www.nursind.it avviati 2 nuovi forum dedicati a:

Università

Forum



Studenti di Infermieristica

Un forum dedicato agli studenti dei corsi di Laurea in Infermieristica, Ostetricia, per confrontarsi e coordinarsi tra tutte le sedi del sindacato italiane.

Moderatore [SalvoLoPresti](#)

Infermieri in Sanità Privata

Forum



Contratti AIOP, ARIS, Don Gnocchi, Un...

Raccogliendo il suggerimento di Paul che ha creato nella sanità privata un forum apposito in cui potersi confrontare circa i problemi e le problematiche specifiche della Sanità Privata, apriamo oggi questo forum in cui sempre più infermieri si affacciano alla realtà del sindacato contribuendo a migliorare le condizioni di lavoro e professionali nelle strutture private.

Moderatore [Donato BG](#)



Da Napoli una novità:

la RADIO infermieristica

14 Marzo 2011, ore 00.15, fine della nostra decima trasmissione Radio Infermieri "In" grande successo di ascolti e di partecipazione, come sempre del resto, ma ogni volta che mandiamo la sigla di chiusura ci guardiamo quasi a dire "ma chi c'è lo fa fare?".

Eppure ci crediamo e ne siamo entusiasti, sono due anni ormai che cerchiamo di provarle tutte per dare voce e visibilità ad una categoria che per troppi anni è stata sedata, inizialmente attraverso il gruppo degli "Infermieri li pagano troppo poco", successivamente con gli "Infermieri Incazzati" diventando sempre più numerosi. Attualmente il gruppo conta all'incirca 30.000 Infermieri. Successivamente, su richiesta da parte di alcuni Onorevoli, che hanno ricevuto a Montecitorio il 5 ottobre una delegazione degli "Infermieri Incazzati", è stato modificato il nome del gruppo diventando Infermieri "In" poichè il termine incazzati risultava inappropriato per poterlo presentare all'interno di Montecitorio.

Gli Infermieri "In", un gruppo di professionisti stanchi di essere considerati categoria fantasma, e che nonostante ci siano state numerose critiche da parte degli stessi colleghi, hanno continuato a crederci attraverso questa nuova idea della radio un modo per entrare nelle case, non solo degli infermieri ma anche degli utenti.

Il cambiamento si basa su nuove vie di comunicazione e gli infermieri sembrano conoscere tutte le nuove tecnologie per poter dire le proprie opinioni e fare la politica infermieristica inespressa in questo paese.

Le nuove idee sembravano scarseggiare per l'ignavia predominante, allora nasce **Infermier'In radio** un nuovo strumento per dare voce ad una delle categorie più silenti sul panorama lavorativo italiano, inizialmente in fase sperimentale con programmi saltuari, ma fin dall'inizio affollatissimi connessioni.

Radio infermieri, prodotta dal movimento "Infermier'In", vuole essere

un modo nuovo per poter dare a tutto il nostro mondo infermieristico un ulteriore via per interagire attraverso il confronto di idee, lo stesso che garantisce una crescita culturale che può fare grande gli infermieri.

Gli infermieri ideatori, Salvatore La Ferola e Rosa Baldari, si offrono anche in una simpatica conduzione dei programmi affrontando in ogni puntata argomenti nuovi che permettono ai radioascoltatori di poter raccontare le proprie esperienze ed idee, cosa significativa per poter crescere attraverso le singole esperienze di ognuno.

ringraziamenti per i conduttori che a proprie spese hanno regalato non solo un momento diverso, ma anche una idea per tutti.

La radio la si può ascoltare solo attraverso il web digitando il link di seguito

http://www.facebook.com/1/49a95cVZK0Y3WSgCdhL7d0MzA/www.speaker.com/show/infermier_in_radio_1

certo ciò rappresenta un limite rispetto al confronto con una radio tradizionale basata su delle semplici frequenze, ma anche il vantaggio che essa, a differenza, ha maggiori potenzialità di crescita



Insomma da infermiere a speaker il passo è complicato, ma non impossibile e la passione per questa nostra professione sembra non essere morta attraverso l'entusiasmo dei nostri infermieri speaker che offrono, in modo gratuito, una nuova possibilità a tutti noi.

Con queste premesse i radioascoltatori non sono mancati dando un successo inaspettato, confermato con numeri eccezionali, infatti ad oggi hanno raccolto in sole 10 puntate circa 10.000 connessioni che nel linguaggio informatico significano 10.000 utenti.

I radioascoltatori intervistati dicono "Semplici mezzi e volontà di fare fanno cornice ad uno spettacolo che se pur con qualche gaffe o problema tecnico regalano una magia di emozioni ai nostri radioascoltatori".

Non mancando i continui

potendo raggiungere ogni dove del globo. Infatti la radio utilizza un server che supporta la voce e la musica nel web offrendosi come sottofondo speciale per la navigazione internet dei nostri infermieri.

Lasciando un in bocca al lupo a tutti i partecipanti alla nuova piattaforma facciamo da eco ai produttori alla ricerca di nuove collaborazioni per ampliare la rete della nuova web radio.

Ringraziamo il NURSIND, Sindacato Infermieristico, da sempre al fianco degli infermieri, che ha permesso ulteriore visibilità al gruppo degli Infermieri "In" ed a questa nuova iniziativa degli Infermieri 'In Radio.

Rosa Baldari, Salvatore la Ferola.

I grandi condottieri e i piccoli eroi senza voce, ovvero: trent'anni di Psichiatria a Napoli

Ospitiamo questo articolo a firma del dott. Nicola Gianmarco Ponsillo, dell'Associazione Italiana Psichiatri Medici ed impegnato professionalmente nel rione sanità a Napoli, perché mette bene a fuoco le caratteristiche del "Potere" ed i danni che inevitabilmente può arrecare nei luoghi di lavoro, sia al clima professionale che organizzativo oltre che alla società.

Il distacco tra chi è realmente dentro le cose e chi invece si erge a rappresentarle in sedi istituzionali, pur non vivendole in prima persona, credo sia l'elemento fondamentale per cui la Politica dovrebbe impegnarsi in ogni campo, non solo quello psichiatrico naturalmente, al fine di poter dare voce dignitosa e competente al mondo del lavoro ed ai professionisti sanitari in particolare.

In via collaterale, risulta amaro leggere la raffigurazione degli infermieri psichiatrici a ruolo di semplici sentinelle della sicurezza dei pazienti. Sicuramente ci si riferisce ad anni in cui l'infermiere non aveva ancora acquisito l'autonomia professionale e pertanto non poteva fare altro che attenersi alle disposizioni gerarchiche.

Oggi per fortuna abbiamo ben altro ruolo, sia pur conquistato con sacrifici e ancor non definitivamente accettato dai protagonisti del mondo sanitario, così come dagli stessi infermieri ancora legati alla vecchia concezione ausiliaria.



E' venuto il momento di raccontarci i segreti di famiglia. I segreti della psichiatria napoletana. La premessa è che il nostro ambiente è piccolo, ci conosciamo tutti. Ognuno conosce la

storia di tutti. Nessuno si può nascondere. Conosciamo personalmente la cronaca psichiatrica degli ultimi 30 anni. Quello che si dirà è successo sotto gli occhi nostri.

Iniziamo con i miti fondanti.

Dopo il lavoro incessante e produttivo di tantissimi colleghi che avviarono la dismissione, nel '92 il Frullone era ancora solo un manicomio, dove gli infermieri, abbandonati al loro destino, di pomeriggio si annoiavano e guardavano i pazienti lavare le macchine; dove le donne si aggiravano nude, sporche, nelle sezioni femminili, dove non c'erano regole, mentre gli altissimi dirigenti fondavano scuole di pensiero scientifico, scrivevano libri, organizzavano convegni con i falsi e giovani intellettuali di turno. Dopo 14 anni dalla legge Basaglia, il manicomio, anzi veniva chiamato il "residuo manicomiale", stava ancora lì. Solo un "ricatto" economico dello stato centrale impose alle AASSLL la sua chiusura, "dimenticata" qualche anno dopo.

Così come impose la chiusura del Bianchi, mai celebrata perché oltre alle meravigliose esperienze di dismissione "umana" (penso a Casa Rossella ma ce ne sono altre e noi lo sappiamo), un nutrito numero di pazienti finì in strutture pubbliche o accreditate che a dire fatiscenti e vergognose è poco. Si disse che i pazienti del Bianchi non erano stati venduti agli affari del privato,

ma evidentemente il pubblico non controllato non è di per sé garanzia di qualità assistenziale. Certamente in quella esperienza si distinsero in tanti, soprattutto del Terzo settore che con la loro forza, la loro allegria, la loro vitalità,

in silenzio, accompagnarono la chiusura del Manicomio di Capodichino, a tutt'oggi non restituito alla città di Napoli.

Queste sono le storie dei nostri padri fondatori, quelli che solo per imposizione dello stato centrale, sotto ricatto economico di una finanziaria, con grande ritardo chiusero il Frullone e fra luci ed ombre dimisero il Bianchi.



Tutti sapevano tutto, ma nessuno parlava. Si continuava a tenere il segreto perché era un segreto che veniva da sinistra.

La salute mentale a Napoli è stata affossata da tanti condottieri (autoreferenziali), sedicenti di sinistra, che continuavano ad applaudirsi e a "psico-filosofeggiare" fra di loro, che raramente si avvicinavano al dolore dei pazienti, ma sempre presenti ad "insegnare" e a spadroneggiare, rafforzavano le loro magnifiche carriere e il loro meschino potere.

Stavano ai posti di comando per clientelismo familiare, beghe politiche, affiliazioni partitiche e sindacali. Stavano al comando per soddisfare l'ambizione personale, la loro sete di potere. Alcuni di loro erano nati capitani, per discendenza diretta. Chiaramente uomini del genere non sapevano motivare le persone, non sapevano individuare le priorità, non sapevano programmare le attività, in quanto a idee, solo le loro. Grandi condottieri che non sapevano apprezzare gli altri, non sapevano tenere insieme i gruppi di lavoro, non sapevano "amare" gli altri. Perciò si circondavano di portaborse, mettevano i loro amici nei posti che contavano, formando a loro protezione la solita corte del potente, umiliando colleghi anziani e meritevoli. A guardia della loro impotenza, della loro paranoia, ponevano sciocchi burattini

ambiziosi che si prestavano al gioco del potere.

Il gioco del potere è sempre lo stesso, proteggere sè stesso a danno di tutti e tutto. Il potere è l'esatto contrario dell'amore, è controllo sadico degli altri, è trionfo, è risentimento, è vendetta (se non stai con me, stai contro di me), è sopruso, sopraffazione, manipolazione, umiliazione della libertà di pensiero, della dignità.

Invece noi del Lab vogliamo essere come i tanti operatori, come i tantissimi uomini e le tantissime donne che la mattina fanno una cosa semplicissima ma eccezionale, vanno a lavorare nei servizi, nei centri diurni, nelle case famiglie, negli SPDC, fanno psicoterapie, prevenzione, riabilitazione, assistenza domiciliare, emergenze, danno ascolto, accolgono le famiglie, non negano l'uso dei farmaci, si mettono in rete con le altre agenzie,

costruiscono una quotidianità sopportabile nelle ore di ricovero, si inventano progetti di inclusione non violenta. Fra mille difficoltà, lavorano corpo a corpo, a fianco degli ultimi.

Di certo non vogliamo diventare, e non lo siamo, come quei pochi che si sono seduti ai tavoli di concertazione negli assessorati bassoliniani, illudendosi di

governare i processi della psichiatria campana, diventando marionette nelle mani dei politici di turno. Anche a questi personaggi dobbiamo lo sfascio attuale della psichiatria, ma anche ai parenti degli assessori alla sanità di turno che ci hanno governato per decenni, con stile tracotante e monarchico, rinviando fino alla noia decisioni importantissime per il nostro futuro. Non vogliamo diventare gli amici di famiglia dei parenti degli assessori che grazie ad una gestione affiliativa e clientelare sono diventati, scavalcando ed umiliando colleghi anziani e meritevoli, consulenti fallimentari della nostra psichiatria. E questo perché non erano certo i migliori in mezzo a noi. Questi pochi venivano cooptati per la loro remissione, la loro sottomissione, la loro disponibilità ai giochi di potere.

Non vogliamo diventare come certi ammiragli, certi capitani di lungo corso che dopo aver sbagliato rotta quando la nave è affondata hanno lasciato il loro

mandato, hanno abbandonato tutto e tutti (e noi per questo li ringraziamo, per il coraggio e lo zelo dimostrato).

Alcuni di loro, li vediamo ancora in mezzo a noi, che tentano pateticamente di risalire sul "carro dei vincenti", per difendere la loro poltroncina o accaparrarsene di nuove e più importanti, per diventare i nuovi consulenti.

Alla "dignità" di queste persone che hanno contribuito ad affossare la storia della psichiatria a Napoli, chiediamo di farsi da parte, per dare spazio alle persone "perbene" che lavorano in silenzio, ai piccoli eroi senza voce che hanno dato vita, sulla loro pelle, nonostante tutto, alla feconda storia della salute mentale di Napoli, che oggi vediamo in pericolo.

Noi speriamo che le nuove e ci auguriamo, più illuminate, amministrazioni della città e della regione facciano a meno di questi personaggi tristi che sono ancora in mezzo a noi pronti ad accaparrarsi i posti di comando.

Perché, se diciamo ancora che "La Salute Mentale è di tutti", è perché vediamo tanti uomini e tante donne che la mattina fanno una cosa semplicissima ma eccezionale, vanno a lavorare, nei servizi, nei centri diurni, nelle case famiglie, negli SPDC, fra mille difficoltà, vanno a lavorare corpo a corpo, a fianco degli ultimi.

Perciò ringraziamo i tantissimi infermieri che con la loro disponibilità umana, la loro esperienza e la loro professionalità hanno fatto la storia dei servizi insieme a tutti i colleghi e le colleghe del mondo della psichiatria pubblica napoletana e agli amici delle cooperative, maltrattati e non retribuiti, a cui va il nostro appoggio incondizionato. Ringraziamo quei piccoli eroi senza voce che giorno dopo giorno, notte dopo notte, incontrano e sostengono, nei limiti dell'umano agire, il dolore e la sofferenza delle persone in crisi e delle loro famiglie. Da più di 30 anni.

Napoli, giugno 2011

LABORATORIO PER LA SALUTE
MENTALE

www.LabSalutementale.org



Napoli: l'iniziativa "Nursind in piazza" per il 12 maggio

Molti di questi condottieri dalle convinzioni professionali forti, dall'ideologia forte non si cimentavano nelle cure, non sapevano farlo e allora meglio "fondare" scuole, promuovere convegni-passerella, cercare lavoro e case (non hanno mai trovato ne' lavoro ne' case per nessuno). Era impossibile per chi non aveva lavorato 'dentro' la sofferenza, riconoscerla, sostenerla, trovarle un senso condiviso e un limite sopportabile. Più semplice era negarla e spostare l'attenzione sulle parole, su discorsi altisonanti, su visioni dell'uomo e psicotecniche superate oppure su bisogni concreti evadendo la richiesta profonda ed "umana" di chi soffriva.

Insomma una desolazione umana, l'assenza della capacità di "prendersi cura" degli altri, dei pazienti e anche dei compagni di lavoro, che invece richiede un'affettività che guarda con 'amore'.

Il potere è l'esatto contrario dell'amore. Tutto questo da sedicenti aridi uomini della vecchia e più recente sinistra.



Infermieri nel Mondo

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

Verso un'aggregazione dei sindacati infermieristici europei: siglato un protocollo d'intesa con i serbi

Il 13 e 14 maggio 2011, in occasione dei festeggiamenti della Giornata Internazionale dell'Infermiere, nel corso di una visita in Italia di una delegazione del Sindacato Infermieristico della Repubblica Serba (Banja Luka), nella sede nazionale Nursind di Pisa è stato sottoscritto un protocollo di collaborazione tra i due sindacati di categoria.

Il protocollo d'intesa rappresenta l'inizio concreto di una collaborazione con altri sindacati infermieristici fuori dai confini nazionali, riprendendo i contatti con i colleghi spagnoli del SATSE e sloveni del Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije, nella speranza di giungere presto a organizzare un evento che ci veda riuniti attorno ad un tavolo per un confronto internazionale.

La delegazione serba era rappresentata da **Ranko Pala kovi** (presidente del sindacato), **Zoran Nini** (vicepresidente), **Renata Stokanovi** (segretaria).

Ringraziamo particolarmente il collega Roberto della Segreteria di Trieste chi si è adoperato per l'ospitalità data ai colleghi e per l'attività di traduzione. Di seguito, la traduzione del loro intervento.

La Repubblica di Bosnia ed Erzegovina nasce nel 1995 con la firma degli Accordi di Dayton ed è formata da due entità: la Repubblica Serba e la Federazione di Bosnia ed Erzegovina.

La Repubblica di Bosnia ed Erzegovina non ha un Ministero della Salute a livello repubblicano, bensì ogni entità in maniera autonoma porta avanti la propria politica sanitaria.

La Repubblica Serba ha circa 1.400.000 abitanti e la sua capitale è pure la città con più abitanti (250.000): Banja Luka.

Nella Repubblica Serba sono impiegati 7.030 infermieri. Circa 2.000 sono i colleghi disoccupati. La loro retribuzione è del 10% inferiore rispetto alla paga media vigente nel Paese e le condizioni di lavoro sono al di sotto degli standard UE.

Fino al 2009 gli infermieri venivano rappresentati da un sindacato che raggruppava tutti i lavoratori della sanità, ma, complice pure il retaggio ereditato dal sistema politico e sociale antecedente, detto sindacato non ha



saputo cogliere i cambiamenti in atto e farsi portavoce delle nuove esigenze dei lavoratori.

Così il 12 Maggio 2009 nasce in maniera autonoma il Sindacato degli infermieri e dei tecnici (sanitari-nota mia) della Repubblica Serba. L'obiettivo del sindacato è creare una rete di collaborazione tra i vari sindacati professionali infermieristici già esistenti;



Da sinistra: il Segretario Nazionale Nursind Andrea Bottega, il Presidente serbo Ranko Palackovic, il Segretario Amministrativo Nursind Daniele Carbocci, la Segretaria Renata Stokanovi, il Vicepresidente serbo Zoran Nini.

specialmente con quelli appartenenti alla UE, al cui ingresso la Serbia aspira.

Con questa collaborazione desideriamo conoscere gli standard, i principi organizzativi, il modus operandi di si fatte organizzazioni in seno alla UE; cosicché potremo migliorare la nostra organizzazione ed arrivare in parte già preparati alle inevitabili riforme che ci aspettano nel nostro cammino per entrare nella UE.

Il primo passo è stato fatto con la firma del Protocollo d'Intesa insieme al Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche, ed il SSMSiT, il sindacato professionale degli infermieri e tecnici della Repubblica Serba.

Una sintesi del protocollo sottoscritto:

Si concorda di convenire formalmente a un'intesa di condivisione e collaborazione nel reciproco rispetto dell'autonomia prevista dai rispettivi statuti che permetta di:

1. intrattenere relazioni tra le due Organizzazioni, intese ad una maggiore conoscenza delle problematiche insistenti presso le due realtà nazionali e condividerne;
2. essere disponibili allo scambio di esperienze e a condividere eventuali momenti associativi;
3. dichiarare pubblicamente la sancita intesa di collaborazione tra le due organizzazioni sindacali e di riconoscerne la rappresentanza

infermieristica nel proprio Paese;

4. adoperarsi per la costruzione e/o partecipazione ad un sindacato unico europeo che rappresenti a livello comunitario tutti gli infermieri iscritti ai relativi sindacati degli stati membri;

5. collaborare allo scambio di documentazione sulla situazione infermieristica lavorativa e professionale dei due Paesi;

6. dare seguito a questo primo incontro con altri momenti di condivisione e collaborazione e promuovere un tavolo allargato ad altre organizzazioni sindacali infermieristiche europee.

La medicina amara della manovra finanziaria

Mentre andiamo in stampa il Decreto legge 98 del 6 luglio 2011 si appresta ad essere discusso al Senato e poi alla Camera a tempo di record sull'onda di un senso di responsabilità verso il Paese auspicato dal Presidente della Repubblica. La Borsa italiana e il debito pubblico è sotto attacco da speculatori.

Riservandoci di leggere il testo definitivo alla sua approvazione, e di mettere in atto eventuali iniziative di mobilitazione (impossibile da farsi nei mesi estivi) appare tuttavia evidente dal decreto che, ancora una volta, sotto torchio sono messi i dipendenti pubblici e, in questo caso, gli speculatori sono i soliti noti della Casta che rimane intoccabile.

È questo l'aspetto che più ci indigna. Siamo reduci lo scorso anno da una manovra di forti tagli al pubblico impiego e ancora si parla di blocco dei trattamenti economici anche accessori (prorogati fino al 31 dicembre 2014) dei dipendenti pubblici e del personale convenzionato con il SSN, di nuove modalità di calcolo dell'indennità di vacanza contrattuale per gli anni 2015-2017, di blocco della

contrattazione (probabilmente fino al 2014), dell'obbligo di prevedere le procedure di mobilità prima di bandire i concorsi, di blocco del tourn over. I contratti che dovevano partire nel 2013, di fatto, slittano al 2015.

Non si parla, invece, di quanto promesso ad inizio legislatura e cioè il taglio della province, della riduzione del numero dei parlamentari, del taglio degli enti inutili, della riduzione (concreta) dei costi della politica.

Diminuiscono le risorse, anche umane, del SSN e nello stesso tempo aumenta la compartecipazione (tasse) dei cittadini alle spese per la specialistica favorendo i privati a scapito del servizio pubblico. Nessuno pensa che sia un errore di terapia?

Il Nursind all'Aran

Proseguono gli incontri tra Confederazioni sindacali ed Aran per la revisione dei comparti. Nursind ha partecipato a tutti gli incontri come membro della CGU. Nell'ultimo incontro del 7 luglio 2011 si è presentato il nuovo Presidente, il dott. Sergio Gasparini (proveniente dal MEF). Nel pomeriggio c'è stato anche la prima riunione dei

componenti del Collegio di indirizzo (dott. Enrico Mingardi ex vice commissario; dott.ssa Silvia Genovese dirigente del MEF; il prof. Giampiero Proia esperto di diritto del lavoro; Harald Bonura di designazione delle autonomie locali, provenienti dall'ambiente universitario).

Oggetto dell'incontro è stato l'atto di indirizzo della Funzione Pubblica del 1 luglio 2011 sulla contrattazione (i contratti saranno triennali) e sulla definizione dei comparti. L'incontro è stato interlocutorio. Tutte le Confederazioni hanno ribadito che l'atto di indirizzo risulta essere troppo "stretto" rispetto ai temi sul tavolo e soprattutto non tiene conto della manovra economica che ha allungato il blocco della contrattazione fino al 2015 (anche se c'è la possibilità che di fatto il governo possa portare il blocco fino al 2017).

Si è discusso sulla necessità di ridefinire un modello di relazioni sindacali, sul rapporto tra contrattazione nazionale e aziendale, sul percorso da definire per giungere alle elezioni RSU. Tutti hanno dato la disponibilità a riprendere le relazioni sindacali su qualcosa (anche se in mancanza di fondi sembra che, a livello nazionale, i sindacati siano stati posti in cassa integrazione).

L'aran produrrà un documento da discutere nelle prossime riunioni. Certamente l'attuale proroga del blocco



A volte, ce la mettono tutta...

delle retribuzioni non contribuisce all'accelerazione dei tempi aspettando, magari, qualche cambiamento sostanziale dal punto di vista politico.

Andare dal giudice del lavoro costerà di più

L'art. 37, comma 6 del Decreto Legge n. 98 del 6 luglio 2011, porta importanti modifiche al Testo Unico sulle spese di giustizia (D.P.R. 30 maggio 2002, n. 115), estendendo il contributo unificato alle cause previdenziali e di lavoro, che invece fino ad oggi erano esenti. Si tratta di un'imposta da pagare per chiunque voglia ricorrere dal giudice civile e amministrativo.

L'imposta da pagare dall'entrata in vigore del decreto è, nei primi due gradi di giudizio, pari a 37 euro per le controversie di previdenza e assistenza obbligatorie e per le cause individuali di lavoro. Il contributo è ridotto alla metà (18,50 euro) per i procedimenti speciali e cautelari (compresi i ricorsi per decreto ingiuntivo).

Novità in tema di assenza per malattia

Riportiamo la modifica introdotta dal Decreto Legge n. 98 del 6 luglio 2011 al comma 5 dell'articolo 5-septies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165:

«5. Le pubbliche amministrazioni dispongono per il controllo sulle assenze per malattia dei dipendenti **valutando la condotta complessiva del dipendente e gli oneri connessi all'effettuazione della visita**, tenendo conto dell'esigenza di contrastare e prevenire l'assenteismo. **Il controllo è in ogni caso richiesto sin dal primo giorno quando l'assenza si verifica nelle giornate precedenti o successive a quelle non lavorative.**

5-bis. Le fasce orarie di reperibilità entro le quali devono essere effettuate le visite di controllo e il regime delle esenzioni dalla reperibilità sono stabiliti con decreto del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione. Qualora il dipendente debba allontanarsi dall'indirizzo comunicato durante le fasce di reperibilità per effettuare visite mediche, prestazioni o accertamenti specialistici o per altri giustificati motivi, che devono essere, a richiesta, documentati, è tenuto a darne preventiva comunicazione all'amministrazione.

5-ter. Nel caso in cui l'assenza per malattia abbia luogo per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici l'assenza è giustificata mediante la presentazione di attestazione rilasciata dal medico o dalla struttura,

anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione».

Tribunale di Roma: significativa vittoria del Nursind

Con la sentenza del 18 aprile 2011 il Tribunale di Roma è stato chiamato a decidere sulla possibilità di Nursind, anche come aderente alla Confederazione Giulia Unams, di agire verso il datore di lavoro (Università di Roma "Sapienza") per condotta antisindacale per non aver concesso la semiaspettativa sindacale richiesta dalla CGU, al dirigente Nursind.

Il tribunale di Roma ha accolto in toto le richieste sostenute dal nostro legale ed ha smontato punto per punto le controdeduzioni dell'Avvocatura Generale dello Stato. In particolare la resistente ha sostenuto la mancanza del requisito della nazionalità per godere dei requisiti mentre il Tribunale di Roma ha dichiarato provato che **NURSIND rappresenta gli infermieri su tutto il territorio nazionale**. Così motivando:

La Corte di Cassazione a Sezioni Unite con la sentenza n. 28269 del 2005, ha affermato il principio secondo cui sussiste la legittimazione attiva a promuovere la procedura di cui all'art. 28 l. n. 300/70 di organismi locali di sindacati non maggiormente rappresentativi sul piano nazionale, né intercategoriale o aderenti a confederazioni "essendo invece determinante il requisito della diffusione del sindacato (anche monocratico) sul territorio nazionale, dovendosi però intendere tale diffusione nel senso che basta lo svolgimento di effettiva azione sindacale (non su tutto ma) su gran parte del territorio nazionale..".

Del resto, come affermato dalla Corte di Cassazione a SS.UU. n. 28269/05, il filtro selettivo richiesto dall'art. 28 stat. Lav. risulta essere soddisfatto laddove l'o.s., diffusa sul territorio nazionale, svolge un'attività sindacale estesa su buona parte del territorio nazionale: attività sindacale, che non identificandosi esclusivamente nella stipulazione di un contratto collettivo, ben può, dunque, svilupparsi, per la sua poliedricità, in una molteplicità di forme, tra cui, l'indizione di assemblee, la presentazione di piattaforme rivendicative, l'organizzazione di convegni, il dato adesivo, come documentato nella fattispecie in esame. Difatti ciò che fonda la sussistenza del requisito della nazionalità del sindacato deve ritenersi essere **la tutela sostanziale e non soltanto quella formale** degli interessi collettivi, espressa mediante l'attività svolta dal sindacato.

Anche lo statuto della ricorrente è in tal

senso (cfr. art. 2).

Al collega deve quindi essere concesso quanto previsto dall'art. 31 della legge 300/70. Così conclude il giudice:

Sussiste l'attualità della condotta censurata, atteso che, nonostante la convenuta non abbia negato l'aspettativa (richiesta a decorrere dal 1 gennaio 2001), di fatto, ad oggi, la stessa non ha completato la relativa procedura, affermando essere in corso la doverosa istruttoria della pratica.

Il comportamento antisindacale è certamente comprensivo anche di mere condotte di natura omissiva, se di fatto, limitative dell'esercizio dell'attività sindacale.

Quanto al pregiudizio lamentato, è evidente che la mancata fruizione della richiesta semiaspettativa impedisce di fatto al omissis di partecipare a riunioni sindacali, di partecipare a corsi ECM, organizzati su tutto il territorio nazionale, in sostanza di fare opera di proselitismo.

Del resto, la condotta omissiva è pregiudizievole al sindacato perché integra violazione di uno specifico obbligo di contenuto positivo.

Contrariamente, infatti, a quanto dedotto dalla convenuta, quest'ultima non è tenuta ad alcuna valutazione in ordine all'attribuzione della richiesta aspettativa, rappresentando il collocamento in aspettativa sindacale richiesto un atto dovuto da parte della resistente. Le spese di lite seguono la soccombenza.

P.Q.M

Il Tribunale, accertato il diritto del omissis alla fruizione della aspettativa non retribuita al 50%, **condanna la Università "La Sapienza" di Roma** a provvedere alla concessione della richiesta aspettativa.

Condanna la parte resistente al pagamento, in favore di controparte, delle spese di lite, che liquida in complessivi euro x.xxx,00, da distrarsi.

Roma 18.4.2011 IL GIUDICE

Riteniamo che tale sentenza sia un riconoscimento importante per la nostra organizzazione sindacale che continua a espandersi coprendo tutte le province d'Italia e ne sancisca il fatto che Nursind è, in pratica, l'unico sindacato di soli infermieri che ha la forza di rappresentarli qualitativamente e quantitativamente dal punto di vista sindacale in ogni sede. Tale sentenza, inoltre, pone in rilievo la valenza del nostro ufficio legale nazionale che dà supporto a molteplici cause di diritto del lavoro.

Perfezionare le proprie competenze:

Master o Specialistica?

Nel mondo infermieristico spesso e volentieri emerge questo dubbio "scelgo un master o la specialistica?"

La specialistica di norma dura due anni, il master è solitamente più breve, un anno.

Il master è un corso di formazione rivolto a coloro che intendono imparare le armi di un mestiere, ed oltre agli aspetti teorici, vengono richieste esercitazioni pratiche. I master servono, da questo punto di vista, a fornire non solo i contenuti ma anche i mezzi pratici per approdare direttamente al modus operandi del mestiere.

La specialistica è una laurea successiva al triennio di studio di base. L'impostazione di contenuto è quella di un percorso di approfondimento teorico. (Fonte:

<http://mistermasterblog.blogspot.com>)

Ai sensi della normativa vigente, per poter svolgere le funzioni di coordinamento, si deve essere in possesso di un master universitario di primo livello in Management o per le funzioni di coordinamento (legge 43/06 art.6, comma 4 lettera a), mentre per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica (Legge 10 agosto 2000, n. 251 e D.P.C.M. 25-1-2008) si deve essere in possesso della laurea specialistica o magistrale della classe relativa alla specifica area.

Un'azienda sanitaria, grande o piccola che sia, necessità di molti coordinatori e pochi, pochissimi, dirigenti delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di

ostetrica.

Inoltre i posti disponibili a livello nazionale per le immatricolazioni ai corsi di laurea specialistica/magistrale delle professioni sanitarie è determinato annualmente da un apposito decreto emanato dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università della Ricerca, mentre l'accesso ai master è libero.

Con questa introduzione non ho certamente la presunzione di aver fugato i molti dubbi che tanti colleghi presentano in merito alle possibili scelte di fronte alla formazione universitaria post-base, ma serve per chiarire i motivi che ci hanno portato a percorrere la strada della convenzione con l'Università Telematica Pegaso.

In questo quadro normativo/professionale il NurSind si è attivato per sottoscrivere, e successivamente rinnovare, per il 5° anno consecutivo, apposita convenzione con l'Università Telematica "Pegaso" sita a Napoli, per dare la possibilità a tutte le colleghe e i colleghi infermieri, di proseguire il percorso formativo universitario, con 5 master di area infermieristica: management, area critica, legale forense, ricerca clinica, formazione e tutorato; mentre sono in progettazione, e probabilmente entro quest'anno verranno attivati, un corso di perfezionamento post master in management ed un master di 2° livello in management e direzione di strutture complesse.

Il numero degli immatricolati ha visto un crescente aumento negli anni:

- 1° anno 224
- 2° anno 472
- 3° anno 624

- 4° anno 725

Con un ritorno positivo in termine di gradimento e soddisfazione, sia sulla modalità di erogazione BLENDED (che prevede in aggiunta al tradizionale E-Learning dei momenti formativi in presenza) sia sulla qualità dei programmi (aggiornati ed implementati in seguito a specifiche richieste formative pervenute dai corsisti e da pareri di esperti in materia).

Pertanto anche per l'anno accademico 2011-2012 la collaborazione tra l'Università telematica Pegaso ed il NurSind, darà la possibilità di immatricolarsi, ai master di area infermieristica al costo convenzionato di 700€, ed alle lauree di primo e secondo livello al costo convenzionato di 2000€

Per avere riconosciuta la convenzione, e lo sconto, dovrete utilizzare i moduli di immatricolazione scaricabili dal sito www.nursind.it, in quanto nei moduli ivi presenti è stata inserita in fondo alla prima pagina la sigla della convenzione "ECP NURSIND" che unita alla dichiarazione di iscrizione al sindacato dà il diritto al costo agevolato. Nel caso di utilizzo dei moduli presenti sul sito dell'università ricordatevi di inserire in fondo alla prima pagina la sigla "ECP NURSIND", altrimenti si potrebbe incorrere nel mancato riconoscimento delle agevolazioni riservate agli iscritti NurSind.

Per ogni vostra richiesta o chiarimento in merito alla convenzione o su problematiche inerenti contattate il sottoscritto ai seguenti recapiti: Tel. 3487730047 / Email ecp@nursind.it

Buon lavoro

Inf. Salvo Lo Presti



Friuli Venezia Giulia :

il Braccio di ferro con l'Assessore

Revocato lo stato di agitazione degli infermieri della Regione Friuli Venezia Giulia. Nursind, il sindacato infermieristico, impegna l'Assessorato alla Salute a mettere nella propria agenda le problematiche della categoria e a "congelare" ogni iniziativa che penalizzi la professione.

Il segretario nazionale Nursind, Andrea Bottega elogia il lavoro dei colleghi: "in extremis, dopo un estenuante lavoro di contatti e incontri con politici e assessorato, è stato valutato il peso politico della categoria e le difficoltà manifestate sono state poste all'ordine del giorno di un



incontro a breve."

"La politica ha misurato e pesato gli infermieri e il Nursind e ne ha dedotto il loro vero peso e misura in termini di valore per la politica, per i cittadini, per il bene comune." E quanto afferma con soddisfazione il Segretario Nazionale Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche, dott. Andrea Bottega in riferimento alla revoca dello stato di agitazione proclamato sabato scorso e che doveva vedere proprio oggi (6 maggio 2011) svolgersi presso la prefettura di Trieste il tentativo di raffreddamento.

L'incontro, invece, non ci sarà perché proprio in extremis, dopo uno stretto confronto con l'assessorato durato tutto il giorno, l'Assessore Kotic ha formalizzato in una nota gli impegni richiesti dal sindacato.

Nella nota inviata al Nursind e trasmessa alla Prefettura e alla Commissione di Garanzia sullo Sciopero, l'Assessore si impegna ad un confronto con il sindacato infermieristico, da tenersi entro fine mese, sullo sblocco del turn over del personale infermieristico ("la Giunta Regionale – si legge nella nota –, in sede di approvazione del consolidato preventivo 2011, ha fatto venir meno l'obbligo di autorizzazione preventiva alle assunzioni"), sulla valorizzazione dei percorsi clinici specialistici (master specialistici), sulla problematica del part time per una categoria composta per l'80% da donne e nel fare un passo indietro sulla

revoca degli incarichi gestionali ("è intendimento di questo Assessorato – continua la nota – far precedere l'adozione degli atti regionali di competenza da un approfondito confronto con l'Osservatorio Regionale sulle Professioni Sanitarie").

"Oggi, ancor più di ieri, possiamo dire che gli infermieri contano – afferma il Coordinatore Regionale Nursind Altavilla Gianluca – perché hanno dimostrato di avere un peso politico e che il valore sociale della loro professione non può essere posto in secondo piano nell'agenda politica. Siamo stati gli unici a tematizzare i problemi che investono profondamente la nostra categoria con la consapevolezza che essi hanno una ricaduta diretta sul servizio ai cittadini e siamo stati ascoltati a differenza di altri perché considerati validi interlocutori e propositivi nel cercare una soluzione a problemi comuni."

"La prossima settimana, il 12 maggio, ricorre la giornata internazionale dell'infermiere – dichiara Maurizio Giacomini di Pordenone e componente la Direzione Nazionale Nursind – e penso ci sia un motivo in più per festeggiare perché si è affermata, alla vigilia di un importante appuntamento elettorale, l'autonomia della categoria e il valore della professione nelle diverse forme di esercizio."

"Siamo consapevoli che i disagi permangono – afferma la segretaria di Udine Patricia Ariis – ma questi impegni messi nero su bianco sono un punto di partenza importante. L'assessore ha dimostrato di voler entrare con gli infermieri nel merito dei problemi della sanità in Friuli Venezia Giulia."

"Sarà nostro compito monitorare il rispetto degli impegni presi, ed in particolar modo l'andamento delle assunzioni – continua Altavilla – perché queste incidono direttamente sul numero di infermieri per turno, sullo straordinario, sulle ferie e sull'usura del professionista."

"Abbiamo raccolto tutti i dati della sofferenza infermieristica e abbiamo il polso della situazione perché quotidianamente viviamo e riceviamo le segnalazioni dei colleghi – afferma Luca Petruz segretario di Nursind Gorizia

– e siamo pronti a farli valere in caso di mancato rispetto degli impegni presi. Gli infermieri hanno a cuore il loro ruolo e hanno maturato una consapevolezza professionale che li rende centrali nel sistema di erogazione delle cure."

Il segretario di Trieste Trevisan Sergio afferma che vede "nella disponibilità della Regione la possibilità di condividere un percorso che porti a un maggior riconoscimento della professione infermieristica e in particolar modo, attuando anche in via sperimentale, la valorizzazione dei master clinici".

Va dato atto al consigliere regionale Roberto Novelli di essersi speso, anche formalmente, a favore delle problematiche della categoria. "Riteniamo – afferma il segretario nazionale – che, al di là della visione politica personale, gli infermieri debbano sapere chi si preoccupa per il loro lavoro e chi, invece, ha altro a cui pensare." I 2000 infermieri iscritti al Nursind ripongono l'ascia di guerra ed evitano il blocco dei servizi sanitari regionali. Almeno per il momento.





MASTERS UNIVERSITARI

Anno Accademico 2011-2012



PEGASO

Università Telematica
D.M. 20/04/2006 G.U. n° 118 del 23/05/2006

Perfeziona la tua carriera

Lavoro+Famiglia+Studio

Con noi si può!



Area Critica

Tutor



Inf. Legale

Management

Ricerca

*e-learning 24 h. su 24
+ seminari di approfondimento
ed esami in presenza*

Con il Diploma di Master di 1°
liv. si conseguono 60 CFU
(Crediti Formativi Univ.) che
esonerano il professionista
dall'obbligo ECM dell'anno in
corso.

Solo per gli iscritti NurSind a 700 €

Convenzioni speciali anche per i Corsi di Laurea

info ed iscrizioni su www.nursind.it

Ennesima vittoria del Nursind in provincia di Messina:

Vestiario da lavoro per il personale del 118

Inf. Domenico Rotella - Segreteria Provinciale NurSind Messina



Con nota datata 11.04.2011 emanata dalla Centrale operativa di Messina in cui si richiede a tutti gli infermieri delle postazioni di fornire le loro taglie, in vista dell'imminente acquisto delle divise, si risolve una problematica, che con una notevole attività NURSIND Messina ha cercato di risolvere da anni.

La data entro la quale si invitano i colleghi a trasmettere tali dati non è considerata, a quanto ci comunicano, necessariamente perentoria.

Infatti, serve solamente a raccogliere il maggior numero di richieste possibili, al fine di assicurare la maggior fornitura di indumenti da lavoro nel minor tempo possibile.

Ricordiamo che la mancata – dovuta – fornitura di indumenti da lavoro, in particolare per la peculiarità delle mansioni svolte, ci ha costretto a rivolgerci recentemente alla Procura della Repubblica messinese, al fine di sollecitare chi di dovere, a considerare la scelta e l'acquisto degli indumenti da lavoro, come, non solo una questione amministrativa, ma anche e soprattutto



un adempimento dettato dalle norme sulla sicurezza del lavoro.

Plauso, dunque, alla sensibilità dimostrata dalle Autorità interessate, ed anche ad i loro delegati per le indagini.

Dispiace, comunque che i temi legati alla Sicurezza non siano immediatamente percepiti da chi dovrebbe e che ci si debba rivolgere, costantemente, da anni ormai, ai superiori Organi al fine di ottenere quello che dovrebbe essere un interesse condiviso dalle amministrazioni messinesi.

Ma ancora una volta non possiamo prescindere da un nostro preciso obiettivo: la sicurezza dei lavoratori.

Le spese sostenute, negli anni, dal personale, per operare sui mezzi di soccorso con indumenti adeguati, restano un mero problema amministrativo, di cui ci occuperemo nei mesi a venire.

Tutto il resto è stato, ripetiamo, un problema penale.

Ma il Sindacato delle professioni infermieristiche serve anche a far capire questo – evidentemente – nel messinese.

Sicilia - La denuncia del Nursind all'Assessore: è carenza di organici!

All'Assessore alla Salute
On. Dott. Massimo Russo

Oggetto: Carenze Personale infermieristico e di supporto Aziende Ospedaliere Catania.

Egr. Assessore, la presente per chiedere un suo diretto interessamento ad una problematica che rischia di avere conseguenze negative dirette sulla salute dei cittadini catanesi.

Giungono, infatti, a questa O.S. moltissime richieste di aiuto, formali e informali provenienti da tutte le AO della provincia di Catania e da numerosissime U.U. O.O. di cui molte ad alta specializzazione che versano in condizioni di estremo disagio, di solito al limite se non sotto i Livelli Essenziali di Assistenza soprattutto per quanto riguarda la garanzia dei servizi aperti nelle 24 ore.

Non è raro vedere U.U. O.O. dove si svolge assistenza con un rapporto infermieri/pazienti che è di 2/30 o addirittura 1/20 pazienti; situazioni gravissime che, se non immediatamente corrette, mettono a repentaglio la sicurezza delle cure esponendo i professionisti a responsabilità penali e civili e i pazienti a situazioni di mancanza di assistenza.

Esistono, inoltre, svariate U.U.O.O. dove la carenza è tale da non consentire ai coordinatori di programmare una turnistica sufficiente ad assicurare prestazioni che garantiscano un'adeguata assistenza agli utenti e il rispetto degli istituti contrattuali quali le ferie estive.



Fino ad oggi il personale infermieristico ha fatto la sua parte, assicurando in ogni circostanza le prestazioni assistenziali in condizioni anche di carenze strutturali, organizzative e di personale di supporto che nelle aziende in questione è praticamente assente, costringendo gli infermieri a svolgere mansioni non proprie della professione infermieristica. La situazione oggi

pur troppo non solo mette a rischio la qualità dell'assistenza ma mette a repentaglio la salute del cittadino-utente che suo malgrado è costretto a ricorrere alla struttura sanitaria.

Tutti questi aspetti sono stati portati all'attenzione dei direttori generali delle aziende sanitarie della provincia. Le risposte ricevute a oggi appaiono ampiamente insufficienti e non risolutive del problema. Siamo pronti quindi in assenza di un Vostro intervento, a indire lo stato di agitazione del personale del comparto sanità della Provincia di Catania, trasmettendo le situazioni contingenti più gravi all'ispettorato provinciale del lavoro.

Tale atteggiamento rappresenta l'ultimo tentativo delle serie volto a trovare una soluzione interna alle istituzioni del settore. Diversamente, purtroppo, qualcuno pagherà di persona le sanzioni che saranno stabilite dalla DPL e sarà responsabilizzato delle gravi carenze.

Chiediamo quindi un incontro in tempi brevi con la S.S. L.L. al fine di esporre più analiticamente i problemi e concordare una soluzione.

Il Segretario Provinciale
Inf. Salvatore Vaccaro

Istituita la nuova Segreteria Nursind

Bolzano

Inf. Alessandro Cavalli - Segretario Provinciale NurSind Bolzano



La Provincia Autonoma di Bolzano è caratterizzata da una situazione molto particolare, anomala e completamente diversa dal resto d'Italia. La prima particolarità è data dall'esistenza di tre etnie diverse: Italiano, Tedesco e Ladino. Per accedere ad un qualsiasi ruolo della pubblica amministrazione o ente delegato, il candidato deve essere in possesso di un attestato di bi o trilinguismo, di livello proporzionato alla carriera per la quale concorre, conseguito necessariamente presso un'apposita commissione provinciale. Secondo una legge provinciale specifica i posti di lavoro vengono ulteriormente suddivisi e deliberati per singoli gruppi etnici secondo una proporzionale sulla popolazione; il candidato oltre all'attestato deve quindi esibire anche la sua appartenenza etnica.

Un'ulteriore differenza è data dal fatto che i servizi sanitari e servizi sociali sono gestiti da due enti distinti tra loro con una collaborazione più o meno sinergica.

Nursing Up detiene l'egemonia della rappresentatività in provincia, gli altri sindacati, non di categoria, raccolgono una piccola parte di infermieri ma una buona parte di personale assistenziale impiegato in vari enti, sia pubblici che privati,

erogatori di servizi sanitari e sociali. La realtà dei servizi sociali che è anche comprensiva di tutte le RSA, il servizio handicap e parte del disagio psichico, ha una percentuale di personale, in particolare addetto all'assistenza in regime di precariato oramai per alcuni ventennali, con la tagliola annuale del rinnovo del contratto.

I sindacati chiamati a concertare con le amministrazioni hanno preso fino ad ora



decisioni importanti che si sono però tradotte in atti di tutela per pochi o addirittura per pochissimi.

Da questo nasce l'idea di un paio di professionisti di aprire anche in Alto Adige, un sindacato alternativo alle scelte oramai scontate che i professionisti avevano davanti. Unendo le risorse individuali di ognuno e confrontandosi in merito alle esperienze che ognuno di noi aveva già avuto in campo sindacale, la

scelta non poteva che cadere su Nursind, un sindacato all'avanguardia e con idee sempre fresche e innovative che cura e tutela gli interessi degli infermieri. Le esigenze di questa particolare realtà erano però quelle di poter aprire un sindacato in ascolto anche degli altri professionisti che operano nell'ambito assistenziale.

Come avrete certamente capito, anche questa volta Nursind si è dimostrato veramente un sindacato aperto alle esigenze territoriali e in ascolto nei confronti della propria base; nella nostra realtà una divisione tra operatori e infermieri non avrebbe fatto altro che aumentare la frazione che volutamente è stata creata dalle amministrazioni per permettersi di continuare a dividere i protagonisti della

Sanità locale.

Dopo un confronto con il segretario Nazionale e sentito il parere del direttivo nasce a Bolzano una sede di Nursind aperta ai professionisti coinvolti nel processo di assistenza che finalmente potranno essere uniti nella mediazione con le amministrazioni per la tutela dei loro diritti di lavoratori.

Istituita la nuova Segreteria Nursind

Barletta-Andria-Trani

Inf. Raffaele Riondino - Segretario Provinciale NurSind BAT



La Direzione Nazionale del Nursind, in quanto sindacato dei professionisti della professione infermieristica aderente alla CGU, finalizza le sue attività al perseguimento di una valorizzazione economica, autonomia contrattuale, riconoscimento della professione nella categoria dei lavori usuranti con particolare attenzione al lavoro femminile (maternità, part time, ect.), ed infine, non per ordine di importanza, un miglioramento delle dotazioni organiche per una qualità del servizio e per una maggiore sicurezza nell'esercizio della professione.

Proiettandosi, pertanto, verso il raggiungimento di obiettivi atti a migliorare la qualità della vita

lavorativa dei propri dipendenti, consci del fatto che il benessere aziendale ed il profilo di salute dei lavoratori si riflettono sulla qualità dei servizi offerti. Sono queste le motivazioni che giustificano l'esistenza



del Nursind nella BAT, così come nelle altre regioni.

Spinto dall'esigenza di garantirvi una maggiore influenza nelle scelte politiche organizzative, nonché una reale e non fittizia o simbolica "voce in capitolo" nel ruolo sanitario, visto che siamo la colonna portante del SSN, auspico al Nursind una crescita sempre più evolutiva.

Convinto che l'unione faccia la forza, mi appello alla vostra collaborazione invitandovi a partecipare in massa. Certo di un vostro positivo contributo a questo progetto, vi auguro una felice pausa estiva.

Salerno - A.O. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona: diffida per demansionamento

Riportiamo la lettera denuncia di tre infermieri inviata al direttore generale, al direttore sanitario, al direttore amministrativo, al responsabile S.A.I.O.T., al responsabile U.O. Urologia, al personale medico, alla C.P.S.E. U.O. Urologia, e.p.c. al personale di comparto Infermieristico - O.S.S.-O.T.A.- A.S.S.-A.S.S.S.-

Oggetto: Demansionamento Professione Infermieristica

Prima di argomentare e porre alla vostra attenzione la tematica in oggetto, gli scriventi infermieri: Cosimo Maiorano, Massimo Ferrara e Angiolillo Francesco, precisano che l'obiettivo principale delle seguenti note è quello di:

- migliorare il clima di lavoro nella nostra U.O. di Urologia potenziando l'agire comune dell'équipe di cura;
- migliorare la qualità delle performance assistenziali, in particolare quelle delle prestazioni infermieristiche generali, di base e specialistiche;
- dare risposte di alta qualità all'utenza che, sempre più attenta, esige piani d'assistenza di eccellenza, concreti e realizzabili con personale qualificato;

Questo è possibile solo se nella nostra U.O. interagiscono risorse umane motivate, senza di stress tipici del "demansionamento" che inficiano sulle attività assistenziali dell'équipe e che riversano il peso sul buon funzionamento della macchina assistenziale.

Quello che più rattrista e che alla fine a pagarne le spese maggiori sono proprio i malati.

Dunque premesso:

- che col DM 739/1994 (G.U. 09 gennaio 1995 n° 6) viene istituito il Profilo dell'Infermiere secondo cui ... l'infermiere

e' un operatore sanitario in possesso del Diploma di laurea in scienze infermieristiche e dell'iscrizione all'albo è responsabile dell'assistenza generale infermieristica;

- che con legge 42 del 1999, la quale detta "disposizioni in materia di professioni sanitarie" vengono rinominate le Professioni Sanitarie, che ha eliso il termine "ausiliario" nella definizione dell'infermiere e delle altre professioni sanitarie, col quale queste erano state da sempre definite;

- che la medesima legge 42 del 1999 abolisce il DPR 225 del 1974, meglio conosciuto come mansionario dell'Infermiere, e riconosce equipollenti ai diplomi universitari tutti i diplomi conseguiti con i precedenti ordinamenti, demandando tale riconoscimento ai successivi decreti attuativi emanati dal ministero della Sanità il 27 luglio 2000 (Equipollenza dei Diplomi attestati al Diploma universitario di infermiere, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione postbase);

- che la legge 251 del 2000 finalmente riafferma il principio che gli infermieri svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura ed alla salvaguardia della salute delle persone espletando le funzioni previste dal profilo professionale e dal Codice deontologico utilizzando metodologie di pianificazione per processi e per obiettivi dell'assistenza.

Premesso ancora, che l'insufficienza numerica strutturale ed organizzativa di personale di supporto, nell'U.O. di Urologia quali Ausiliari, OTA, OSS, ecc, comporta un evidente demansionamento programmato dell'infermiere senza che nessuno intervenga per cambiare lo stato

attuale dei fatti. In considerazione di quanto esposto ci vediamo costretti a produrre queste note.

A seguito di quanto fin qui esposto gli scriventi infermieri dipendenti di questa Azienda Ospedaliera in servizio nell'U.O. di Urologia Cosimo Maiorano in servizio dall'01/06/2010, Massimo Ferrara in servizio dal 12/12/2000, Francesco Angiolillo in servizio dal 01/08/2004, comunicano alle S.S.V.V. che a far data dalla presa di servizio a tutt'oggi, ognuno per il proprio periodo di impiego, pur notificando il nostro disaccordo e il nostro dissenso al responsabile medico e ai suoi collaboratori, al responsabile infermieristico, ai colleghi infermieri e a tutto il personale di reparto hanno dato la propria disponibilità ad erogare prestazioni non infermieristiche, come ad esempio: provvedere al rifacimento del letto dei pazienti; provvedere all'igiene dei malati allettati; rispondere ai campanelli, (considerato che la stragrande maggioranza delle richieste rivestono esigenze di carattere e contenuti non propriamente infermieristici) in pratica sono richieste di prestazioni del genere igienico-domestico-alberghiero.

Questo è stato accettato per non destabilizzare equilibri esistenti e per non privare i malati del sacrosanto diritto ad essere assistiti a tutto campo, per spirito di gruppo, anche perché è stato sempre assicurato dal responsabile dell'U.O. e dal C.P.S.E. che le problematiche erano già state esposte e rappresentate alla direzione dell'azienda con allegata richiesta di personale di supporto.

Quindi era auspicabile che il tutto si sarebbe risolto presto, visto che i responsabili avevano già provveduto a fare richiesta di personale di supporto infermieristico e nell'attesa per qualcuno sono passati anni e per qualcun altro solo qualche mese. Comunque sia, di tempo, ne è passato troppo e farsi carico delle carenze del personale di supporto siamo sempre stati solo noi infermieri. Infatti nessun'altra figura professionale oltre all'infermiere si fa carico di tali carenze.

Ciò nonostante, tutte le manifestazioni di dissenso evidenziate e notificate verbalmente finora non hanno cambiato nulla dell'attuale organizzazione e pianificazione assistenziale nella nostra U.O. Pertanto gli scriventi ribadiscono che dalla presa in servizio a tutt'oggi, svolgono mansioni inferiori al proprio profilo professionale di appartenenza.

Questo non solo ci espone a trasgredire la legge, visto che svolgere le mansioni inferiori è vietato, ma ci sottopone a demansionamento, dequalificazione



professionale e stress lavorativo. E qui non vogliamo considerare che è oneroso per l'azienda utilizzare risorse professionali e umane qualificate per mansioni inferiori.

Non esageriamo ipotizzando che questo stato di cose ci espone a rischio di Burnout! Forse per qualcuno è già cominciato visto che la voglia di presentarsi in servizio comincia a mancare.

Sapere di prestare servizio e di non esercitare per buona parte della giornata la propria professione non è una bella cosa. Oltretutto il persistere di questo stato di cose lede la dignità professionale e personale, con sottrazione del potenziale di energie e risorse all'impegno infermieristico propriamente detto. Inoltre "informiamo" le personalità in indirizzo che il turno notturno è completamente sprovvisto di personale di supporto, infatti sono presenti soltanto infermieri senza nessun tipo di supporto ausiliario e/o di altre figure subalterne. Questo conferma ulteriormente un palese ed evidente demansionamento.

In virtù di quanto esposto vi informiamo che dopo trenta giorni a far data dalla ricezione della presente, ci atterremo al rispetto delle prerogative funzionali e assistenziali

infermieristiche (vedi **PROFILO PROFESSIONALE - CODICE DEONTOLOGICO - DECRETO MINISTERIALE UNIVERSITARIO**), indipendentemente dalla presenza in turno del personale subalterno deputato alle specifiche attività di carattere igienico-domestico-alberghiero come ad esempio: il rifacimento dei letti, servire la padella per l'espletamento delle funzioni fisiologiche del malato, sanificazione padelle,



pappagalli, rimozione dei secchi per la raccolta dei liquidi delle cistoclisi, trasporto campioni biologici, trasporto e accompagnamento dei pazienti in bagno, verso le diagnostiche come la radiologia, o sala operatoria, ecc.

"NATURALMENTE SONO ESCLUSI GLI INTERVENTI CON CARATTERE DI EMERGENZA-URGENZA INDIFFERIBILE, IN QUESTI CASI CHIUNQUE, ANCHE I MEDICI POSSONO E DEVONO INTERVENIRE SENZA BADARE ALLA MANSIONE".

Ci riserviamo di chiedere il patteggiamento per il risarcimento delle mansioni inferiori finora svolte! E nel caso, procedere c/o le sedi opportune degli organi istituzionali competenti.

Chiediamo infine di essere adibiti allo svolgimento delle nostre proprie mansioni e nel caso l'amministrazione destinataria non provveda entro 30 giorni dalla ricezione della presente ad integrare il personale ausiliario mancante, saremo costretti ad adire le vie legali senza ulteriore preavviso..

Disponibili per ulteriori chiarimenti l'occasione ci è gradita per salutare cordialmente.

Il Coordinamento Nursind FVG all'Assessore: istituire Master in Cure Palliative, Oncologia e Case Management

Servono specializzazioni adeguate alle nuove offerte e ai nuovi servizi delineati nel disegno di legge regionale sulle terapie del dolore: a domandare l'attivazione di master universitari in cure palliative, oncologia e case management sono gli infermieri del Friuli Venezia Giulia rappresentati dal sindacato NURSIND che hanno consegnato all'assessore regionale, Vladimir KosiC, il primo documento con proposte integrative al dl regionale, fra cui anche l'entrata di tre infermieri nel Coordinamento regionale cure palliative e il diritto di ogni paziente in fine vita di avere accanto un infermiere. soprattutto a quello sofferente o in fase di malattia terminale. Pur dando atto che il disegno di legge uniforma l'offerta di cure palliative in tutte le province della regione inserendole nei LEA (livelli essenziali di assistenza), ossia nelle prestazioni essenziali garantite ad ogni cittadino e riafferma il ruolo centrale dei Distretti sanitari e dell'Assistenza domiciliare infermieristica, il NURSIND FVG ha avanzato l'esigenza di una formazione specifica per gli infermieri attraverso la creazione negli Atenei di Trieste e Udine di master universitari a loro rivolti, sull'esempio peraltro di quanto già attuato

in altre regioni d'Italia. sulle materie d'intervento. Oltre a terapie del dolore, cure palliative ed oncologia, secondo il Nursind è indispensabile attivare anche il master in case management visto che si dovrà impiegare la figura dell'infermiere case manager in un'ottica



multidisciplinare e multiprofessionale (cartella infermieristica/integrata). A finanziare i master dovranno essere le Aziende sanitarie.

3 Infermieri nel Coordinamento regionale - Oltre a questo il sindacato, rappresentato dal coordinatore regionale Gianluca Altavilla e dai segretari provinciali Patricia Ariis e Afrim Casilli (Udine), Dario Cortese (Trieste), Gianluca Altavilla, ha espresso la necessità che almeno tre infermieri specializzati in oncologia e cure palliative, geriatria, anestesia e rianimazione entrino a far parte del Coordinamento regionale Cure Palliative "con il compito di elaborare linee guida regionali per l'erogazione di un'assistenza infermieristica omogenea con caratteristiche d'appropriatezza, sicurezza, efficacia".

Diritto del malato terminale ad avere accanto un infermiere - Il NURSIND FVG, quanto alla tutela specifica per il malato in stato di inguaribilità avanzata o in fine-vita, ha proposto una modifica sostanziale all'articolo in questione dichiarando che questa categoria di pazienti - inguaribili o in fine vita - "abbia diritto ad avere un infermiere denominato case-manager".

L'intervista de "Il bollettino cardiologico" al Segr. Prov. Nursind Milano: chi è l'Infermiere oggi?

Pubblichiamo l'intervista integrale al Segr. Prov. Nursind Nicola Fortunato che la redazione de "Il Bollettino Cardiologico" ha pubblicato sull'ultimo suo numero. Ringraziamo la redazione per aver dato sì ampio spazio alle tematiche della nostra professione, segno del riconoscimento che pian piano stiamo conquistando da parte di vari ambiti della società.

Per info: www.bollettinocardiologico.it

di quanto descritto si può ben capire quanto sia errato definire abitualmente l'infermiere come "infermiere professionale" o, peggio ancora, come "paramedico". Tale definizione, mutuata dal termine anglosassone "paramedic", non ha nulla a che fare con gli infermieri (e nemmeno quelli americani) in quanto tale figura ha una formazione tecnica, non universitaria, e svolge il proprio lavoro prevalentemente a bordo di mezzi di primo soccorso... americani".

professione per quanto di competenza. Il demansionamento è all'ordine del giorno nonostante la normativa e le leggi descritte precedentemente. La professione infermieristica ha assunto ormai da molti anni, l'aspetto di professione intellettuale esattamente come quella del medico. L'infermiere, come il medico, deve potersi aggiornare per formarsi e poter apportare dei cambiamenti alla propria professione a favore dell'assistito. Gli infermieri, come i medici, devono ad esempio partecipare ai corsi ECM (Educazione Continua in Medicina). Purtroppo gli ostacoli sono innumerevoli, basti pensare che i fondi per la formazione infermieristica sono assolutamente insufficienti. Leggendo le quote di partecipazione ai corsi di aggiornamento si può capire meglio il fenomeno. Per parteciparvi servono centinaia di euro che il più delle volte non vengono nemmeno rimborsati, e la domanda viene fatta prima, senza sapere se poi ci sarà o meno il rimborso. In moltissime realtà gli infermieri non hanno neanche il libero accesso ad internet e ai portali di aggiornamento infermieristico nazionali e internazionali. I numeri "sul campo", poi, parlano chiaro; mancano molti infermieri, e quelli che ci sono (visto anche la cronica mancanza delle figure di supporto) devono ovviamente sobbarcarsi tutto".

Se mai si raggiungesse un'organizzazione di questo tipo, quali sarebbero i miglioramenti possibili per la sanità italiana?

"Si parla sempre di razionalizzazione, di sprechi, di malasana, di inefficienza. Se però l'organizzazione resta ingessata nelle logiche attuali, risulta chiaro che poco o nulla cambierà. Se si rompe la nostra automobile, noi la portiamo dal meccanico e non dal carrozziere. Anche in un cantiere edile vi sono delle specificità: manovale, muratore, carpentiere ecc., e difficilmente queste figure si confondono tra loro, non fosse altro per il fatto che chi vi lavora è partito da manovale e non vuole di certo "tornare indietro". Perché allora proprio nella sanità si devono appiattire le potenzialità che sarebbe possibile esprimere sul "campo"? Perché proprio nella sanità, dove il rapporto non è tra uomo e metallo o tra uomo e cemento, bensì tra un professionista sanitario che offre il suo Know-how ed un individuo nel suo momento più difficile e di debolezza, (qual è la sua malattia), si deve ricorrere sistematicamente al demansionamento dei professionisti infermieri? Quanto giova al malato essere assistito da un infermiere che non ha potuto pianificare la sua assistenza o ha dovuto farlo in modo poco proficuo, perché deve adempiere alle cure igieniche, al rifacimento dei letti, alla pulizia di comodini, armadi e suppellettili varie, alla colazione e ad imboccare chi non ha nessuno o ne è impedito dalla malattia, a portare i pazienti in radiologia o altri servizi diagnostici? Per tutto questo dovrebbero essere presenti le figure di supporto. Quanto giova al malato e cosa penserà lo stesso nel vedere un infermiere che due minuti prima ha compiuto attività destinate ad altre figure e subito dopo si occupa del suo prelievo ematico, della rilevazione dei suoi parametri vitali, delle sue medicazioni, della somministrazione dei suoi farmaci? Ora se "due OSS fanno un infermiere", cosa che comunemente si sente dire, quale dei due sarebbe in grado di pianificare l'assistenza dei pazienti? Quale dei due sarebbe in grado di evitare o ridurre quella che comunemente viene chiamata Malpractice? Quale dei due conosce il Risk-Management, e come si può intervenire per



Signor Fortunato, qual è la figura dell'infermiere oggi?

"Con il Decreto Ministeriale del 14 settembre 1994, n° 739, è stata individuata la figura dell'infermiere con un suo specifico profilo. Questo decreto dice chiaramente che non occorre più aggiungere l'aggettivo "professionale" perché l'infermiere da ora in poi è diventato un professionista, essendosi formato all'Università, iscritto al Collegio ed abilitato a svolgere le funzioni previste dal profilo; • "l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica". Già con questo decreto il legislatore mette in chiaro che l'Infermiere non è un esecutore di azioni ordinate da altri, ma è in grado di prendersi carico della persona assistita riconoscendo e soddisfacendo i suoi bisogni. Altro passaggio importante del decreto del 1994 è quello dove si specifica che "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa". In questo passaggio si riconoscono all'infermiere ampie responsabilità anche a livello gestionale ed organizzativo. Tuttavia restava ancora aperto il problema del mansionario del 1974 a cui l'infermiere doveva attenersi e che il decreto ufficialmente non andava ad abolire. A questo penserà la legge n° 42 del 26 febbraio 1999 abolendo la denominazione di "professione sanitaria ausiliaria" sostituendola con quella di "professione sanitaria" e, innanzitutto, abrogando (ma non per l'infermiere generico) il D.P.R. n° 225/1974, cioè il mansionario. Di seguito si illustra il percorso formativo dell'infermiere in auge dal 2001: • Laurea in infermieristica (3 anni): titolo di dottore in infermieristica • Laurea magistrale (specialistica) in scienze infermieristiche ea ostetriche (2 anni): titolo di dottore magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche • Dottorato di ricerca (3 anni): titolo di dottore di ricerca infermieristica • Master di 1° o 2° livello (1 anno). Un altro importantissimo strumento del professionista infermiere è il Codice Deontologico. Con esso i professionisti infermieri si impongono delle regole per la propria professione sia dal punto di vista assistenziale che etico, e con esso informano anche il cittadino sulle azioni che può aspettarsi dall'infermiere. Alla luce

Quale ruolo specifico dovrebbero avere gli infermieri (e che non hanno) all'interno dei nosocomi?

"Come si evince dal percorso normativo e formativo descritto sopra, la figura dell'Infermiere ha una sua ben chiara specificità. Nella sua particolarità assistenziale egli è autonomo e collabora con le altre professioni sanitarie. Dal 1999 non è più un "ausiliario" del medico ma un collaboratore e la differenza è sostanziale. Proprio per questo sono state introdotte figure ausiliarie all'infermiere come per esempio i semplici ausiliari, gli OTA (Operatori Tecnici Assistenziali), gli OSS (Operatori socio-sanitari) e i portantini. Queste figure sono di supporto all'infermiere e sono sotto la sua responsabilità. Entrando in gran parte dei reparti dei nostri nosocomi si può chiaramente notare che il più delle volte "la confusione regna sovrana". Per l'utente è spesso difficile, se non impossibile, distinguere tra gli infermieri e le altre figure di supporto. Molto spesso le figure di supporto sono del tutto assenti e l'infermiere si deve ancora preoccupare di tutto: dalla pulizia dei letti o delle carrozzine al prelievo ematico o, se ce ne fosse bisogno, alla defibrillazione in caso di arresto



cardiaco. Il vecchio "infermiere factotum" nel nostro paese è purtroppo ancora molto in voga. Non è poi così infrequente vedere che i nosocomi sposano la linea "due OSS per un infermiere" e le piante organiche delle Aziende Ospedaliere vengono decise in base a questo assurdo ragionamento. Gli infermieri dovrebbero essere messi in grado di poter pianificare l'assistenza per ogni paziente, attribuendo i compiti alle figure di supporto e potendo svolgere la propria

ridurre il rischio? Chi dei due potrebbe fare il Case-Manager? Oppure più banalmente: quale dei due sostituirebbe il coordinatore infermieristico in caso di mancanza dello stesso? L'infermiere oggi deve conoscere ed occuparsi di tutto questo e di molto altro ancora, proprio per la sua specificità all'interno del suo percorso universitario. Faccio questa bellissima professione ormai da quasi trent'anni e non ho mai sentito dire che "due infermieri fanno un medico" o assurdità simili. L'assistenza oggi è molto cambiata e, anche se si parla da anni di complessità assistenziale e di risorse da definire ed assegnare a seconda dei carichi di lavoro e del tipo di malati, il più rimane purtroppo ancora da fare e fa bella mostra di sé "sulla carta". Se ci fosse una coraggiosa inversione di tendenza, i giovani si farebbero sicuramente sentire perché l'infermiere saprebbe dove e come agire per ridurre i costi e per rendere più efficiente l'organizzazione degli ospedali (spesa farmaceutica, appalti ed esternalizzazioni inutili, acquisti di macchinari specifici ecc.).

Ha mai avuto contatti con organizzazioni infermieristiche straniere?

"Personalmente no. Ovviamente i contatti vengono tenuti dalla direzione nazionale del mio sindacato che poi riferisce a cascata alle segreterie provinciali, permettendo loro di conoscere le altre realtà infermieristiche europee ed internazionali. Lo scambio culturale, scientifico, ma anche sindacale con altre realtà internazionali è di fondamentale importanza per il nostro sindacato. Basti pensare al riconoscimento, già nel 2009, per i colleghi spagnoli, della possibilità di prescrizione farmaceutica per quei farmaci non soggetti a prescrizione medica. Un sindacato tra i più attivi e tra i più famosi in Spagna è ad esempio il SATSE. Posso dire che personalmente ho conosciuto alcune colleghe spagnole, che nell'ambito del progetto europeo Erasmus sono

venute in Italia per un breve periodo di stage, le quali sono rimaste "esterrefatte" dalla nostra arretratezza organizzativa, ma che tuttavia ci hanno fatto i complimenti per la nostra preparazione e dedizione a quanto stavamo facendo".

Chi rallenta o addirittura proibisce tutto questo?

"La domanda non è delle più facili, ma proverò a rispondere. Gli infermieri si trovano all'interno del cosiddetto "calderone": cioè nel comparto della sanità dove si trovano tutte le categorie di lavoratori, dall'amministrativo, al cuoco, all'elettricista, al facchino, all'idraulico, all'OSS, all'OTA, ecc., fatta eccezione per i medici ed i dirigenti che hanno un comparto dirigenziale a se stante. Al comparto non medico, vengono destinati dei fondi (molto esigui) che sono da dividere per tutte le categorie su esposte. Ovviamente, durante la contrattazione integrativa con l'Azienda, le varie sigle sindacali cercano di salvaguardare tutte le figure interessate applicando il CCNL in vigore (Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro) e distribuendo i fondi a disposizione. Gli infermieri sono il numero maggiore ed è proprio grazie al loro numero che i fondi si rimpinguano. Quando però si arriva alla suddivisione, accade che, per paradosso, risultino essere in troppi, così che un numero di colleghi deve per forza restarne fuori con paletti, più o meno leciti, applicati in sede di contrattazione. Per farsi un'idea di quanto detto prima, basta pensare a tutti gli stanziamenti dello Stato e delle Regioni effettuati per tamponare la questione dell'emergenza infermieristica, i quali puntualmente venivano rivendicati da altre figure di cui non v'era necessità, o addirittura erano in numero maggiore al fabbisogno. È anche per questo che ho cominciato ad occuparmi di sindacato per quanto riguarda la mia professione. Da molti anni chiediamo un comparto a se stante

che incorpori solo le figure sanitarie. Gli infermieri lavorano poi con i medici con i quali dovrebbero avere un rapporto di collaborazione, ma molti di loro pensano ancora che quella dell'infermiere sia una professione ausiliaria. Ancora un numero troppo esiguo di medici è a conoscenza dell'iter formativo degli infermieri e questo risulta ancor più "strano" dal momento che il numero di medici che occupa una posizione rilevante sia a livello politico che manageriale a tutti i livelli, è veramente notevole. È di poco tempo fa la notizia che l'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Bologna ha inviato un esposto alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Bologna e Firenze, a carico delle Regioni Emilia-Romagna e Toscana, denunciando abuso di professione per sperimentazioni riguardo al Triage in Pronto Soccorso e al "See& Treat" (osserva e tratta-cura), sempre del Pronto Soccorso, con motivazioni che non condividiamo assolutamente. Proprio in questo periodo si sta discutendo in Parlamento del riconoscimento dei lavori usuranti a certe categorie di lavoratori, calcolando il numero delle notti lavorate. Gli infermieri resteranno quasi certamente esclusi. Perché? Molto importante è poi l'aspetto sociale. Proprio in questi giorni, infatti, si è parlato di infermieri unicamente per alcuni fatti di malasanità o per fatti poco sanitari che riguardano "festini vari", e per farlo i mezzi di informazione si sono sbizzarriti riferendosi anche a film anni '70 con infermiere succinte ecc. Tutto questo per gli infermieri non è stato certamente di aiuto. Inoltre, gli infermieri attendono che il loro Collegio Professionale venga trasformato in Ordine come sancito dalla legge 43/2006. Ma ... è tutto fermo e soprattutto nessuno sa il perché ... o forse sì".

Gli Infermieri del Sindacato di Polizia denunciano: irregolarità nel concorso per Periti Caposala

Riceviamo e pubblichiamo la lettera denuncia indirizzata alla Direzione Centrale di Sanità, all'Ufficio Relazioni Sindacali, al Servizio Concorsi, al Servizio Tecnico Scientifico e Professionale, al Collegio IPASVI di Roma

Oggetto: Concorso interno per 13 Periti Caposala della Polizia di Stato – esito prima prova selettiva.

La solita ecatombe: degli 86 partecipanti, 70 sono gli infermieri rimandati a casa dopo solo la prima prova selettiva. Restano in "gara" solo 16 superstiti per 13 posti.

Continua il progetto della nostra dirigenza sanitaria ostinata a contrastare quella misera progressione di carriera che possono fare attualmente gli infermieri della Polizia di Stato: diventare Perito Tecnico della Polizia di Stato (e quindi avere una paga da diplomato) un ruolo che spetterebbe già di diritto a tutti ed invece no, deve essere un premio per pochi che devono passare obbligatoriamente ed esclusivamente per la gentile concessione dei signori medici. L'infermiere deve continuare a percepire una paga da impiegato di terza media (ruolo revisori tecnici) mentre per altre categorie fior fior di "colonnelli e generali".

Settanta infermieri non idonei per avere una paga almeno da diplomato, ma idonei a non far muovere il "fondoschiena" dalle proprie sedie ai signori dirigenti della nostra sanità di

Polizia per andare a fare assistenza ai poligoni di tiro per esempio?

Settanta infermieri non idonei ad avere una paga almeno da diplomato, ma idonei a far riempire la bocca ai nostri dirigenti della sanità che fanno carriera e bella figura organizzando addirittura il 1° Congresso Nazionale degli infermieri della Polizia di Stato?

Settanta infermieri non idonei ad avere una paga almeno da diplomato, ma idonei a coprire la stragrande maggioranza dei signori medici nel loro orario di servizio molto personalizzato?

Settanta infermieri ignoranti che non possono lasciare da soli i signori medici nelle loro sale mediche mentre il contrario può regolarmente avvenire?

Settanta infermieri giudicati ignoranti da persone che fanno mestieri diversi da quello di infermiere?

Settanta infermieri giudicati ignoranti da una persona, nominata addirittura, nella commissione giudicante, "componente esperto" della materia infermieristica alla quale si chiede, a questo punto, di far sapere in quale anno ha conseguito anche il titolo di infermiere (il termine laurea di infermiere disturba non pochi signori dirigenti medici quindi lo evito) oltre alla laurea in medicina.

È l'ennesimo scandalo che viene perpetrato ai danni dell'intero gruppo professionale degli infermieri: un concorso per infermieri

coordinatori ed in commissione nessun infermiere!!!! Bensì componenti non solo esterni e quindi pagati con i nostri soldi, ma soprattutto titolari di altre discipline che nulla hanno a che fare con la professione infermieristica.

Si aggiunga inoltre che si è avuto modo di appurare una gravissima anomalia riguardante un nominativo di uno dei componenti la commissione giudicante. Il professore Alvaro Rosario è diventato professoressa Alvaro Rosaria senza mai darne ufficialità attraverso i dovuti mezzi. In altre parole una persona ha "corretto" gli elaborati senza averne titolarità ufficiale. Tale anomalia potrebbe anche aver fuorviato i candidati per la propria preparazione.

Questa O.S. denuncia questa ennesima gravissima anomalia e chiede agli organi competenti di fare chiarezza al fine di valutare e rendere noti i criteri adottati per giudicare i candidati nella selezione in questione, reputati, in piena onestà, molto discutibili ed aleatori, di verificare eventuali abusi ed anomalie nella nomina dei componenti della commissione e soprattutto di individuare i responsabili di ogni anomalia per le eventuali conseguenze. Osservatorio Nazionale Infermieri CONSAP

Confederazione Sindacale Autonoma di Polizia

Dott. Maurizio BELLINI

A seguito di richiesta chiarimento del Nursind, il Min. del Lavoro precisa che: le Ferie non riducono i permessi della l.104

A seguito di segnalazioni provenienti dai delegati sindacali del Nursind, che denunciavano l'incorrettezza interpretativa utilizzata nella loro azienda per cui, in presenza di ferie nel mese corrente, l'azienda procedeva a tagliare proporzionalmente i 3 giorni della L. 104, Nursind ha presentato formale richiesta di chiarimento al Ministero del Lavoro, ottenendone ragione. Di seguito la documentazione.

Alla cortese attenzione
Del Ministero del lavoro e delle Politiche sociali
Direzione Generale per l'attività Ispettiva

Oggetto: interpello su ferie e legge 104

Gentile Direttore,
il Sindacato infermieristico NURSIND, presente su tutto il territorio nazionale ed aderente alla Confederazione Gilda Unams, pone il seguente interpello: alcuni lavoratori dipendenti delle ASL della regione Friuli Venezia Giulia del Comparto Sanità, ci segnalano che le rispettive amministrazioni proporzionano il numero dei permessi di cui all'art. 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (i 3 giorni mensili previsti dal comma 3) in base ai giorni di ferie usufruite nel medesimo mese.

Ritenendo tale interpretazione non rispettosa del dettato legislativo siamo a chiedere se le ferie riducono nel mese i 3 giorni di permesso di cui all'art. 33 comma 3 della legge 104/92.

Rimanendo in attesa di una Vostra cortese risposta, porgo distinti saluti.

Il Segretario Nazionale NurSind
Dr. Andrea Bottega

La risposta del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale per l'Attività Ispettiva

Al NURSIND

Oggetto: art. 9 D.Lgs. n° 124/2004 - permessi di cui all'art. 33 L. n° 104/1992 e giorni di ferie usufruite nel medesimo mese.

Il NURSIND, il sindacato delle Professioni Infermieristiche, ha avanzato istanza di interpello per conoscere il parere di questa Direzione generale in merito alla legittimità di proporzionamento dei permessi ex art. 33 L. n° 104/1992 in base ai giorni di ferie usufruite nel medesimo mese.

Al riguardo, acquisito il parere della



Direzione generale della Tutela delle Condizioni di Lavoro, si rappresenta quanto segue.

In via preliminare, occorre distinguere le differenti finalità dei su indicati istituti: in particolare, con riferimento alla normativa relativa alle ferie, è opportuno sottolineare che le stesse costituiscono un diritto personale e inalienabile costituzionalmente garantito (v. art. 36, ult. comma, Cost.). Si ricorda che la disciplina normativa afferente alle ferie è contenuta nell'art. 10 D.Lgs. n° 66/3002, il quale stabilisce che "fermo restando quanto previsto dall'art. 2109 c.c., il prestatore di lavoro ha diritto ad un periodo annuale di ferie retribuite non inferiori a quattro settimane. Tale periodo, salvo quanto previsto dalla contrattazione collettiva (...) va goduto per almeno due settimane consecutive, in caso di richiesta del lavoratore nel corso dell'anno di maturazione e per le restanti due settimane, nei diciotto mesi successivi al termine dell'anno di maturazione".

La ratio della normativa concernente le ferie risiede nella possibilità concessa al lavoratore di recuperare le energie psico-fisiche impiegate nello svolgimento dell'attività lavorativa e di realizzare esigenze anche ricreative personali e familiari.

Diversamente, le disposizioni di cui all'art. 33, L. 104/1992 - recentemente modificate dall'art. 24 della L. 183/2010 (c.d. Collegato lavoro 2010) - introducono agevolazioni per i familiari che assistono persone con handicap e per gli stessi lavoratori con disabilità, riconoscendo il diritto ad un permesso mensile di tre giorni. Lo spirito della citata disposizione legislativa è, evidentemente, quello di garantire al disabile una assistenza morale e materiale adeguata.

Premesso quanto sopra, appare evidente che i permessi di cui all'art. 33 L. n° 104/1992 e le ferie costituiscono due istituti aventi natura e carattere totalmente diversi e non "interscambiabili".

Per le ragioni sin qui esposte, si ritiene che la fruizione delle ferie non va ad incidere sul godimento dei permessi di cui all'art. 33, L. n° 104/1992 e che pertanto non appare possibile un proporzionamento degli stessi permessi in base ai giorni di ferie fruiti nel medesimo mese.

Il Direttore Generale
Dott. Paolo Pennesi

Nei 15 gg. di riposo biologico non devono essere comprese festività o riposi.

Il Tribunale Ordinario di Foggia, Sezione Lavoro, con sentenza del 3 maggio 2011, ha condannato l'Azienda Ospedaliera-Universitaria "Ospedali Riuniti di Foggia", a ricalcolare i 15 giorni di riposo biologico da radiazioni escludendo da detto periodo le festività ed i riposi.

Il ricorso era stato presentato nel 2008 da un dipendente, tecnico di radiologia, al quale erano stati sottratti giorni di festività e riposi comprendendoli nei 15 giorni di riposo biologico.

Secondo il giudice infatti, l'art. 5, comma 6° del CCNL Comparto Sanità prevede che "Al personale dei commi 1 e 3 (tecnici sanitari di radiologia medica e personale diverso dai tecnici di radiologia medica esposto in modo permanente al rischio radiologico), competono 15 gg. di ferie aggiuntive da fruirsi in unica soluzione".

Secondo il giudice la norma è inequivocabile e il dato letterale fa esclusivamente riferimento alle "ferie" ed al suo concetto giuridico. Inoltre, sempre la norma precisa che devono essere "aggiuntive", presupponendo cioè che l'aggiunta debba calcolarsi sulle ferie ordinarie spettanti a tutti i dipendenti sanitari.

L'azienda è stata quindi condannata a ricalcolare i giorni erroneamente sottratti al dipendente escludendo quindi festivi e riposi.

Vuoi istituire una segreteria del Nursind nella tua azienda?

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

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

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

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

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

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

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



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

Convenzioni Nazionali

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



Corsi e Convegni ECM



sconti di ogni tipo ovunque



Gli Infermieri e la Riforma Previdenziale: esclusi dai “Lavori Usuranti”

di Gianantonio Maistrello (esperto previdenza del NurSind)

La gazzetta Ufficiale n. 108 dell'11.05.2011 ha pubblicato il decreto legislativo 21 aprile 2011 n. 67 che consente di poter accedere anticipatamente alla pensione ai lavoratori addetti ad attività particolarmente faticose e pesanti tra cui rientrano i lavori notturni.

Si deve dire subito che è una norma che interessa un numero assai limitato di beneficiari. Il decreto entrato in vigore il 26 maggio 2011 pone, infatti, particolare attenzione alla spesa derivante dall'attribuzione dei benefici prevedendo un meccanismo di salvaguardia in caso di scostamento fra il numero delle domande presentate e le risorse stanziate: viene data priorità alle domande in base alla data di maturazione dei requisiti e, a parità degli stessi, in base al giorno di presentazione della richiesta.

L'effettiva operatività del provvedimento è comunque subordinata all'emanazione di un apposito decreto interministeriale (previsto dall'art. 4 dello stesso dlgs. 67/2011) contenente le necessarie disposizioni e modalità attuative. Il decreto legislativo stabilisce in modo preciso quali sono i lavoratori notturni che possono accedere ai benefici pensionistici considerando tali:

1. I lavoratori a turni che prestano la loro attività per almeno 6 ore consecutive, comprendenti l'intervallo fra la mezzanotte e le cinque del mattino per un numero di giorni lavorativi all'anno non inferiore a:

- 78 giorni per coloro che maturano i requisiti per l'accesso anticipato nel periodo compreso tra il 1 luglio 2008 ed il 30 giugno 2009;
- 64 giorni per coloro che maturano i requisiti per l'accesso anticipato dal 1 luglio 2009 in poi.

2. I lavoratori che prestano la loro attività per almeno 3 ore nell'intervallo tra la mezzanotte e le cinque del mattino, per periodi di lavoro di durata pari all'intero anno lavorativo.

Per quanto riguarda il requisito oggettivo, il decreto legislativo stabilisce che l'anticipo pensionistico è concesso a condizione che il lavoratore abbia svolto lavoro notturno per un periodo di tempo pari ad almeno:

- 7 anni, compreso l'anno di maturazione dei requisiti, degli ultimi 10 anni di attività lavorativa, per le pensioni

aventi decorrenza entro il 31 dicembre 2017;

- la metà dell'intera vita lavorativa, per le pensioni aventi decorrenza dal 1 gennaio 2018 i poi.

Ai fini del perfezionamento del periodo dei 7 anni negli ultimi 10 o metà della vita lavorativa complessiva vanno esclusi i periodi di attività lavorativa coperti totalmente (art. 3) da contribuzione figurativa (per i privati: cassa integrazione e mobilità) ma non quelli coperti da contribuzione figurativa parziale come ad esempio la maternità.

I lavoratori dipendenti che soddisfano i criteri sopra indicati possono accedere al pensionamento anticipato con requisiti ridotti rispetto a quelli previsti per la generalità dei lavoratori.

Il beneficio pensionistico può essere usufruito solamente se il lavoratore è in possesso di un'anzianità contributiva minima di 35 anni e non meno di 57 anni di età; l'accesso alla pensione avviene con l'applicazione della cosiddetta finestra mobile che fissa la decorrenza del pensionamento dopo 12 mesi dalla maturazione del diritto.

Il beneficio non viene applicato per maturare il diritto a pensione con 40 anni di contribuzione a prescindere dall'età.

Il beneficio pieno spetta ai lavoratori notturni che svolgono attività per almeno 78 notti di lavoro all'anno. Costoro conseguono a regime dal 1 gennaio 2013 il diritto al trattamento pensionistico anticipato con un'età anagrafica ridotta di 3 anni e una somma di età anagrafica e anzianità contributiva (cosiddetta quota) ridotta di 3 unità rispetto ai requisiti ordinari.

Ai lavoratori notturni con meno di 78 notti di lavoro all'anno il beneficio pensionistico spetta, invece, in misura ridotta. Per costoro la riduzione del requisito dell'età anagrafica non può superare i 2 anni se svolgono lavoro notturno per un numero di giorni lavorativi annui da 72 a 77 ed 1 anno se prestano lavoro notturno per un numero di giorni lavorativi annui da 64 a 71.

Non è previsto

alcun beneficio a coloro che svolgono lavoro notturno per meno di 64 giorni lavorativi all'anno.

Il decreto legislativo 67/2011 prevede che per fruire del beneficio pensionistico bisogna presentare all'istituto previdenziale presso il quale il lavoratore è iscritto un'apposita istanza corredata con documentazione dalla quale emerga la sussistenza dei requisiti necessari per l'anticipo del pensionamento. La domanda ha due scadenze:

- 30 settembre 2011 per chi ha già maturato o maturi i requisiti agevolati entro il 31 dicembre 2011;
- 1 marzo dell'anno di maturazione dei requisiti agevolati qualora tali requisiti siano maturati a decorrere dal 1 gennaio 2012.

In caso di domanda tardiva rispetto ai termini sopra indicato non si ha la prescrizione ma un differimento della decorrenza della pensione di:

- 1 mese, se il ritardo è compreso in 1 mese;
- 2 mesi, se il ritardo è compreso tra 1 mese e 2 mesi;
- 3 mesi, se il ritardo è di 3 mesi e oltre.

Non appena sarà emanato l'apposito decreto interministeriale che disciplina la normativa nel dettaglio si potrà presentare all'INPDAP la domanda finalizzata all'accertamento del diritto ai benefici. Il suddetto Istituto che eroga il trattamento pensionistico dovrà comunicare, in caso di esito positivo dell'accertamento, la prima decorrenza utile della pensione. Chiaramente, si potrà fruire del trattamento di pensione solamente dopo aver risolto il rapporto di lavoro e dopo aver presentato domanda di pensione.

La decorrenza di tutti i trattamenti pensionistici liquidati sulla base dei requisiti ridotti, sia in misura piena che parziale, non può essere anteriore alla data di entrata in vigore del decreto (26 maggio 2011). L'applicazione dei benefici pertanto non può comunque dare luogo ad arretrati.

Nella tabella sono indicati i requisiti di età e di contribuzione (ctb) richiesti dal 2011 in poi.

Requisiti per la pensione anticipata per lavori notturni

Notti annue	Anni 2011-2012		Dal 2013	
	Età + ctb	quota	Età + ctb	quota
78	57 a. + 37 c. 58 a. + 36 c.	94	58 a. + 36 c. 59 a. + 35 c.	94
da 72 a 77	58 a. + 36 c. 59 a. + 35 c.	94	59 a. + 35 c.	94
da 64 a 71	59 a. + 35 c.	94	60 a. + 35 c.	95

La Previdenza Complementare del Comparto Sanità: istituito il Fondo "Perseo"

Il 21 dicembre 2010 è nato Perseo, il fondo pensione complementare che si rivolge a tutto il personale della sanità e degli enti locali; fondo che diventa pienamente operativo dopo aver ottenuto dalla COVIP – autorità di vigilanza di settore – l'autorizzazione all'esercizio. Solo allora si potranno raccogliere le adesioni al fondo.

È giusto precisare subito che l'adesione è libera e volontaria e, pertanto, se il lavoratore non intende aderire, alla cessazione dal servizio, percepirà o il trattamento di fine rapporto (TFR) o il trattamento di fine servizio (TFS) come avviene adesso.

L'adesione deve comunque essere preceduta dalla consegna al lavoratore di una scheda informativa contenente le indicazioni previste dalla normativa in materia di pensione complementare.

Il Nursind, ritiene il Fondo una opportunità che non può essere rifiutata per partito preso, per pregiudizio ideologico o, in generale, per scarsa fiducia nella gestione dei fondi in un momento di grave crisi dei mercati finanziari.

Quando inizierà la campagna di adesione al fondo, ognuno sarà chiamato a valutare in modo approfondito, la propria posizione previdenziale sia dal punto di vista pensionistico che dal punto di vista del trattamento di fine rapporto e quindi prendere una decisione oculata per la costruzione del proprio futuro.

È bene, inoltre, precisare che ognuno fa storia a sé, ha le sue aspettative di vita, ha o meno propensione al risparmio e pertanto non c'è una ricetta o una soluzione valida e uguale per tutti e per tutte le situazioni.

Il Nursind, nel dichiararsi disponibile a

fornire consigli o indirizzi se richiesti, ritiene che la previdenza complementare sia comunque un valido aiuto per poter mantenere, una volta in pensione, un tenore di vita simile a quello che si aveva durante l'attività lavorativa. Dall'adesione al fondo si possono trarre benefici sia di natura contributiva sia fiscale, come:

- Godere di un versamento contributivo mensile del proprio datore di lavoro pari all'1 % (versamento non garantito a chi aderisce ad altri fondi aperti assicurativi);
- Ottenere un rendimento presumibilmente superiore a quello stabilito per legge per il TFR;
- Dedurre dall'imponibile IRPEF con il mod.730 i contributi versati al fondo pensione fino a un massimo di 5.164,57 euro;
- Richiedere l'anticipo sul maturato, trascorsi 8 anni di iscrizione, per spese sanitarie, per acquisto della prima casa per sé o per i figli, per ristrutturazione, ecc.

Si segnala che in base ad un'analisi accurata dei rendimenti elaborati dall'Asso fondi pensione, i Fondi Pensione Negoziati, cui appartiene il Fondo Perseo, hanno fatto registrare un rendimento complessivo negli ultimi due anni (2009 – settembre 2010) pari all'11,32 % a fronte del rendimento del TFR attestatosi nel medesimo periodo al 3,84 %. Anche sul periodo 1/01/2007 – 30/09/2010, includendo quindi la fase più acuta della crisi finanziaria internazionale, il rendimento del Fondi Pensione Negoziati, pari al 6,50 %, risulta sostanzialmente in linea con quello del TFR, attestatosi nel medesimo periodo al 9,95 %.

Per una puntuale comparazione, infatti, occorre considerare anche i vantaggi fiscali e quelli derivanti dal contributo addizionale del datore di lavoro. Bisogna evidenziare che l'investimento previdenziale deve, per sua natura, essere valutato su orizzonti temporali di lungo periodo: nel periodo 2003-sett. 2010, i Fondi Pensione Negoziati hanno avuto una performance positiva del 30,52 % a fronte del rendimento del TFR attestatosi al 21,71 %.



Si ritiene, pertanto, che l'adesione al Fondo sia più vantaggiosa, rispetto al mantenimento del solo TFR, **per coloro che hanno da poco iniziato l'attività lavorativa**, tanto più a seguito delle riforme pensionistiche recentemente introdotte tutte tendenti a ridurre l'ammontare dei trattamenti pensionistici futuri.

Nei prossimi numeri saranno affrontati specifici aspetti del Fondo Perseo (contribuzione, disoccupazione, trasferimento, cancellazione, ...).

L'INPDAP risponde al Nursind: fasulle le voci sull'indennità di "Buonuscita"

A seguito di un quesito appositamente posto all'INPDAP (nota SN 50/2011 del 7 aprile 2011) in merito alle istanze per ottenere una indennità premio fine servizio calcolata secondo le regole previste per l'indennità di buonuscita la Direzione Centrale Previdenza Ufficio III – TFS TFR ASV e Previdenza Complementare dell'istituto ha confermato la nostra linea interpretativa che sosteneva l'infondatezza delle istanze presentate dai lavoratori su indicazione di altre organizzazioni sindacali. Di seguito pubblichiamo la risposta prevenuta.

Roma, 9/05/2011 prot. n. 0007346

Oggetto: istanze per ottenere una indennità premio di servizio calcolata secondo le regole previste per l'indennità di buonuscita.

E' stato registrato che negli ultimi mesi si è verificato un incremento di richieste di iscritti alla gestione ex Inadel, tese ad ottenere una indennità premio servizio calcolata non già ai sensi della normativa applicabile, ma secondo quanto previsto dal DPR 29 dicembre, 1973, n. 1032 che disciplina invece la liquidazione

dell'indennità di buonuscita.

Premesso che tali iniziative non hanno alcun fondamento giuridico in quanto in contrasto con le norme vigenti che prevedono che per i dipendenti delle autonomie locali e del servizio sanitario nazionale l'indennità premio servizio sia calcolata secondo i criteri indicati dalla legge nr. 8 marzo 1968 nr. 152, si richiede la collaborazione di codesti Istituti per una corretta informazione al riguardo ai propri assistiti al fine di evitare l'insorgere di un contenzioso privo di alcuna prospettiva.

Il Dirigente Generale
Dr. Giorgio Fiorino

Crocerossine: infermiere o operatrici socio-sanitarie specializzate?



La figura delle infermiere volontarie della Croce rossa è stata a lungo regolamentata dal R.D. 12-5-

1942 n. 918 "Regolamento per il corpo delle infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana". In questo e in successivi provvedimenti normativi venne stabilito che il diploma delle infermiere della Croce rossa italiana – che è di durata biennale – era equiparato "a tutti gli effetti al certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiera generica di cui alla legge 29 ottobre 1954, n. 1046". Quindi le infermiere volontarie della Croce rossa godevano, nella legislazione civile, dello status di infermiere generico.

Recenti provvedimenti normativi hanno riguardato la figura delle infermiere volontarie della Croce rossa italiana. La legge 108/2009 all'art. 3 comma 10 recita testualmente:

Il personale in possesso del diploma di infermiera volontaria della Croce Rossa Italiana, di cui all' articolo 31 del regolamento di cui al regio decreto 12 maggio 1942, n. 918, equivalente all'attestato di qualifica di operatore socio-sanitario specializzato, esclusivamente nell'ambito dei servizi resi, nell'assolvimento dei compiti propri, per le Forze armate e la Croce Rossa Italiana, è abilitato a prestare servizio di emergenza e assistenza sanitaria con le funzioni e attività proprie della professione infermieristica.

La prima parte della norma stabilisce l'equivalenza con l'attuale figura dell'operatore socio sanitario "specializzato". Abbiamo visto che tale figura – che per la verità è denominata "operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria" – è oggi in una condizione particolare da un punto di vista dello status: è prevista dalla legge ordinaria ma non ancora dalla normativa contrattuale. Comunque oggi le infermiere della Croce rossa hanno la stessa condizione di esercizio professionale di questi operatori. Provvedimento che verosimilmente si giustifica con la vetustà della vecchia equiparazione all'infermiere generico figura che, abbiamo visto, essere stata posta ad esaurimento. Non vi sono sul punto particolari rilievi da porre.

Diversa è la seconda disposizione della norma nella parte in cui stabilisce che "esclusivamente nell'ambito dei servizi resi, nell'assolvimento dei compiti propri,

per le Forze armate e la Croce Rossa Italiana, è abilitato a prestare servizio di emergenza e assistenza sanitaria con le funzioni e attività proprie della professione infermieristica".

I compiti propri riferiti alle Forze armate sono circoscritti, chiari e intuitivi e relativi alle "situazione di guerra, gravi crisi internazionali o di conflitto armato". Ben più ampie sono le competenze della Croce rossa che non si limitano alle aree di guerra ma alla "organizzazione dei servizi umanitari" che sono riconducibili alle emergenze per pubbliche calamità, attraverso la protezione civile, all'impiego all'estero per missioni internazionali e alle attività di addestramento.



La norma – che eccezionalmente equipara la figura dell'infermiera volontaria alla figura infermieristica nella parte in cui stabilisce che nell'assolvimento dei compiti propri – Forze Armate e Croce Rossa – pone problemi interpretative laddove stabilisce che tale figura è abilitata "a prestare servizio di emergenza e assistenza sanitaria con le funzioni e attività proprie della professione infermieristica". Nella pratica civile quindi ha le stesse attribuzioni dell'operatore socio sanitario con formazione complementare, mentre nell'assolvimento dei "compiti propri" l'infermiera volontaria della Croce Rossa diventa una vera infermiera. La problematica nasce non tanto nei teatri di guerra quanto piuttosto nelle attività di calamità naturale e nelle attività di protezione civile. In questo caso l'equiparazione con gli infermieri diventerebbe – nonostante l'affermazione

contenuta all'interno di una legge ordinaria – di dubbia legittimità, quanto meno costituzionale, relativa alla lesione del diritto di uguaglianza e del diritto alla salute.

Nella sostanza è stata approvata una norma pasticciata dalle finalità non esattamente cristalline.

La formazione delle infermiere volontarie della Croce Rossa è di carattere biennale e viene richiesto il requisito culturale di accesso della scuola media superiore. E' aperta solo alle donne e recentemente è stato rivisto il percorso di studio che ha dovuto tenere conto delle innovazioni normative e il corso deve essere finalizzato al "conseguimento di una preparazione teorico-pratica in ambito socio-sanitario, principalmente indirizzata alla gestione delle emergenze di vario tipo che coinvolgono la collettività".

Il D.M. 9 novembre 2010 "Disciplina del corso di studio delle infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana" non si limita alla revisione dell'ordinamento didattico ma ne regola le attribuzioni attraverso "il profilo dell'infermiera volontaria della Croce Rossa italiana".

Lo riportiamo per esteso.

Profilo dell'infermiera della C.R.I.

Al termine del Corso biennale l'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana deve essere: - in grado di offrire un servizio adeguato e competente; - in linea con le esigenze imposte dal nuovo volontariato e dalla adesione ai principi universali di umanità e di pace perseguiti dalla Croce Rossa; - in grado di saper rispondere alla domanda del bisogno, in qualsiasi modo e luogo questa venga formulata. A tal fine, si prevedono le seguenti funzioni/attività preventive e assistenziali:

FUNZIONI PREVENTIVE

Contributo all'analisi delle condizioni di rischio/danno per le persone da assistere. Mantenimento delle capacità residue delle persone per l'autocura. Educazione alla salute (bambino-adulto-anziano).

ATTIVITÀ PREVENTIVE

Comunicazione all'équipe, prevenzione delle condizioni di rischio e di sindrome da stress emotivo (specie nelle emergenze), prolungato allettamento, immobilizzazione a seguito di incidenti, eccetera. Aiutare nel favorire l'autosufficienza, il movimento, la deambulazione, l'utilizzo di ausili per la mobilitazione secondo le necessità cliniche e le prescrizioni mediche, le relazioni interpersonali, in particolare nelle emergenze. Insegnare e dare informazione sulla tutela della salute. Elaborare strategie per indurre scelte di salute nelle persone, in rapporto a età, livello culturale, contesto socio-lavorativo. Favorire la presa di decisioni per modificare comportamenti non idonei alla salute. Scegliere ed utilizzare il materiale idoneo per educare alla salute.

FUNZIONI ASSISTENZIALI (sociali e sanitarie)

Partecipare e dare informazioni idonee agli utenti e ai familiari, in particolare se sono separati a causa di eventi catastrofici o bellici. In collaborazione con l'équipe, identificare i bisogni socio-sanitari, assistenziali e psicologici degli assistiti. In assenza dell'infermiere laureato, o in collaborazione con quest'ultimo ove presente, pianificare, gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico. Attuare un'efficace ed adeguata capacità di relazione e di comunicazione. Fornire assistenza alla persona anziana o allettata o non autosufficiente. Collaborare e integrarsi con le diverse figure professionali per la realizzazione di attività diagnostiche e terapeutiche.

ATTIVITÀ ASSISTENZIALI

Svolgere attività di segretariato sociale e il disbrigo di pratiche burocratiche. Partecipare all'accoglienza degli

utenti. Tenere strumenti informativi e registrare le osservazioni di competenza. Verificare l'igiene dell'ambiente di vita, intervenire sul cambio della biancheria, fornire aiuto per l'assunzione di alimenti con particolare attenzione alle abitudini socio-culturali. Provvedere al lavaggio, asciugatura e preparazione del materiale da sterilizzare e alla conservazione dello stesso. Provvedere all'igiene dell'unità del malato, al riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti, al corretto smaltimento dei rifiuti. Aiutare nelle attività che l'assistito deve compiere: alzarsi, coricarsi, vestirsi, e nell'igiene personale nelle funzioni fisiologiche. Eseguire l'igiene parziale e totale, lavaggio e asciugatura capelli, igiene del cavo orale, esecuzione manicure e pedicure al paziente parzialmente o totalmente dipendente, provvedendo alla cura e al riordino degli effetti personali dello stesso utilizzati per l'igiene. Aiutare nel mantenimento delle posture corrette, terapeutiche e allineamento corporeo anche con l'applicazione di arti artificiali. Provvedere al trasporto dei clienti ai servizi diagnostico-terapeutici in barella, carrozzella e accompagnarli se deambulanti con difficoltà. Identificare il rischio di lesioni da pressione e predisporre il piano di prevenzione e cura. Eseguire manovre di Primo Soccorso tra cui la rianimazione cardio-polmonare. Eseguire la defibrillazione precoce avvalendosi del DAE. Aiutare nella composizione della salma. Su indicazione e controllo del medico ovvero, ove presente, prestando collaborazione all'infermiere laureato: - aiutare e controllare l'assunzione di farmaci ed il corretto utilizzo di apparecchi medicali (ossigeno, aerosol, eccetera); - somministrare terapia (preventiva e curativa) per via enterale, parenterale e topica; - rilevare i parametri vitali; - effettuare e cambiare medicazioni semplici e complesse; - controllare e assistere alla somministrazione delle diete prescritte; - collaborare all'esecuzione di punture evacuative, diagnostiche, terapeutiche; - collaborare nelle procedure invasive applicando i rispettivi protocolli; - provvedere al posizionamento e controllo del catetere venoso periferico, sondino naso-gastrico, catetere vescicale; - provvedere all'esecuzione degli esami ematochimici sia venosi che arteriosi.

L'Infermiera Volontaria, che si prende cura della persona in rapporto alle capacità di autocura e/o al livello di dipendenza e che garantisce la soddisfazione dei bisogni globali della persona, pertanto, deve: • individuare il bisogno di assistenza; • definire gli obiettivi, pianificare gli interventi, attuare e valutare i risultati, tenendo conto: - dell'informazione data alla persona e del suo consenso; - del livello di autocura e/o di dipendenza della persona; - delle prescrizioni mediche ricevute; - delle risorse disponibili; - del ruolo delle altre professionalità presenti nella struttura e della integrazione con le stesse; • garantire l'assistenza psicologica alle persone coinvolte in situazioni di emergenza.

Il profilo dell'infermiera volontaria è, in alcune parti, di dubbia legittimità. Se la legge ordinaria equipara questa figura all'operatore socio sanitario con formazione complementare risulta del tutto sovrabbondante la definizione di un profilo, quanto meno per le attività da svolgere nei contesti civili. Sottolineiamo in particolare le attribuzioni relative al posizionamento dei cateteri venosi periferici, sondino naso-gastrico, catetere vescicale e dell'esecuzioni di esami per via venosa e arteriosa.

Questa fuga in avanti viene confermata dagli obiettivi di studio del secondo – e ultimo anno di corso di formazione dell'infermiera volontaria che devono essere finalizzati a “fornire assistenza infermieristica rivolta a persone sane in ospedale e in comunità”. Nell'elenco dettagliato degli obiettivi finali si legge che deve essere in grado di: elaborare piani di assistenza infermieristica, attuazione di interventi di immobilizzazione come il confezionamento degli apparecchi gessati, medicazioni semplici e complesse di ferite, aggiornamento periodico della cartella infermieristica, preparazione ed esecuzione della terapia endovenosa, preparazione somministrazione e controllo della terapia infusoriale, segnalazione di

codici di priorità (triage) ecc.

Siamo – è evidente – al di fuori delle incombenze attribuite all'operatore socio sanitario con formazione complementare. Le motivazioni che portano a queste estensioni – ripetiamo – di dubbia legittimità sfuggono all'interprete di buona fede.

Infine – è sempre il recente D.M. 9 novembre 2010 – viene stabilito in codice deontologico delle infermiere volontarie.

Lo riportiamo per esteso:

Codice deontologico dell'infermiera volontaria della croce rossa italiana

PREMESSA

Il Codice Deontologico dell'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana si ispira: 1. ai sette principi fondamentali della Croce Rossa; 2. alle regole base del Diritto Internazionale Umanitario; che ogni Infermiera Volontaria si impegna a rispettare e a far rispettare. Il Codice Deontologico è parte del Regolamento del Corpo e contribuisce a delineare la figura e a definire il comportamento dell'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana.

PRINCIPI GENERALI

- L'Infermiera Volontaria riconosce ad ogni essere umano, senza distinzione di nazionalità, di razza, di religione, di condizione sociale e di credo politico, il diritto ad essere assistito, nella maniera migliore possibile, con comprensione, con calore, con spirito di fratellanza. - L'Infermiera Volontaria considera la salute come bene fondamentale della persona e della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione, nell'ambito dei suoi compiti. - L'Infermiera Volontaria svolge servizi socio-sanitari presso unità sanitarie territoriali e mobili della Croce Rossa, delle Forze Armate, del Dipartimento della Protezione Civile e, se richiesto, del Servizio Sanitario Nazionale. - L'Infermiera Volontaria opera: a) nel quotidiano, in servizi di assistenza, prevenzione, educazione sanitaria alla popolazione; b) in emergenza, in aree colpite da catastrofi naturali o eventi bellici, in soccorso a popolazioni perseguitate o profughe, in missione internazionale di pace. - L'Infermiera Volontaria è riconoscibile dalla divisa che indossa. - Il motto dell'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana è: AMA, CONFORTA, LAVORA, SALVA.

PRINCIPI SPECIFICI

1) L'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana è tenuta: a) all'assolvimento dei compiti d'istituto della Croce Rossa; b) all'assolvimento dei compiti derivanti dalla sua appartenenza ad un Corpo ausiliario delle Forze Armate e alla collaborazione con il dipartimento di Protezione Civile; c) alla disciplina del Corpo. 2) L'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana opera nel rispetto di quanto disposto dal Regolamento del Corpo e dipende:

- per quanto attiene alla disciplina, dal competente Ispettorato II.VV.; - per quanto attiene all'esecuzione tecnica dei suoi compiti, dal Personale Direttivo dell'unità sanitaria di riferimento. 3) L'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana nello svolgimento del servizio: a) tiene un comportamento corretto improntato a serietà e serenità; b) osserva la più rigorosa puntualità; c) provvede ad erogare l'assistenza di sua competenza e garantisce l'esecuzione delle prescrizioni mediche previste per il suo ruolo; d) si esprime in termini chiari, per facilitare la comprensione dei comportamenti tenuti e da tenere, le modalità di attuazione delle terapie, l'accesso ad altri servizi, l'inserimento nel contesto sociale; e) offre aiuto e sostegno nelle situazioni di disagio e sofferenza. 4) L'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana nelle situazioni di emergenza deve essere in grado di: a) valutare rapidamente la situazione in cui si richiede l'intervento di assistenza; b) attivarsi nel reperimento delle risorse necessarie; c) assistere i bisognosi di cure, in collaborazione con le altre figure sanitarie, di cui riconosce i ruoli e le competenze; d) promuovere le migliori condizioni possibili di sicurezza psico-fisica per gli assistiti, i familiari, la collettività, gli operatori. 5) L'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana tende a migliorare le proprie conoscenze, partecipando, ad esercitazioni ed a corsi di formazione permanente. 6) L'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana è tenuta ad osservare rigorosamente il segreto professionale, in quanto infermiera, e il segreto militare, in quanto ausiliaria delle Forze Armate. 7) L'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana, se a conoscenza di maltrattamenti nei confronti di un assistito, è tenuta a mettere in pratica i mezzi per tutelarli e, se necessario, ad informare per via gerarchica l'autorità competente. 8) L'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana, di fronte a disposizioni in aperto contrasto con le leggi dello Stato e il Diritto Internazionale Umanitario dei Conflitti Armati, può astenersi informandone

immediatamente la propria superiore autorità gerarchica. 9) L'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana: - tutela la dignità propria e del Corpo con comportamenti ispirati a serietà, rispetto e disciplina; - segnala al superiore gerarchico diretto carenze o disservizi tali da compromettere il decoro del Corpo o la qualità del servizio prestato. 10) L'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana si astiene dal partecipare a controversie di qualsiasi genere ed evita di manifestare con atti, parole o comportamenti il proprio credo politico, religioso, filosofico. 11) L'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana, nell'ambito dell'Associazione, collabora con le altre componenti nel rispetto degli specifici compiti istituzionali. 12) L'Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana, nell'ambito della propria componente, tiene un comportamento conforme all'etica del Corpo, in spirito di fratellanza con tutte le altre sorelle. Le regole contenute nel presente Codice Deontologico sono vincolanti. Eventuali infrazioni saranno vagliate in base al Regolamento del Corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana.

1 PRINCIPI FONDAMENTALI DELLA CROCE ROSSA

1 - UMANITA' - La Croce Rossa, nata per portare soccorso senza discriminazioni ai feriti sui campi di battaglia, si adopera, in campo internazionale e nazionale, per prevenire e alleviare le sofferenze degli uomini, per proteggere la vita e la salute, per favorire la reciproca comprensione, l'amicizia, la cooperazione, la pace tra i popoli.

2 - IMPARZIALITA' - Opera senza distinzione di nazionalità, di razza, di religione, di sesso, di condizione sociale e di credo politico, soccorrendo gli individui nelle sofferenze, a seconda della gravità e delle priorità.

3 - NEUTRALITA' - Si astiene dal partecipare a ostilità di qualsiasi genere e a controversie politiche, razziali, religiose e filosofiche.

4 - INDIPENDENZA - Svolge la propria attività in forma indipendente e autonoma. E' ausiliaria dei poteri pubblici nelle attività umanitarie ed è sottoposta solo alle leggi dei rispettivi Paesi, dove conserva tuttavia l'autonomia che consenta di agire secondo i principi della Croce Rossa.

5 - VOLONTARIATO - La Croce Rossa è un'istituzione di soccorso volontario e disinteressato.

6 - UNITA' - In ogni Paese non vi può essere che una sola Associazione di Croce Rossa, che è aperta a tutti ed estende la sua azione umanitaria all'intero territorio.

7 - UNIVERSALITA' - Il Movimento Internazionale di CROCE ROSSA e di MEZZA LUNA ROSSA è Universale. In esso tutte le Società Nazionali hanno uguali diritti e il dovere di aiutarsi reciprocamente.

La Federazione nazionale dei Collegi IPASVI si è visto respingere una richiesta di sospensiva dal Tar del Lazio contro il decreto che disciplina il corso di studio delle infermiere volontarie con la motivazione che detto programma “mira a preparare dette infermiere della Croce Rossa a fronteggiare anche le situazioni di emergenza, senza per nulla modificare, nelle situazioni ordinarie, il rapporto che intercorre con il personale infermieristico” (Tar del Lazio, ordinanza 11 maggio 2011). Motivazione insufficiente e assolutamente scivolosa nella parte in cui non si specifica che l'ambito proprio della Croce Rossa non si limita ai teatri di guerra.

Il corpo delle infermiere volontarie della Croce rossa, infine, non deve essere confuso con gli infermieri operanti direttamente nell'esercito come “personale addetto alla sanità militare” inquadrati all'interno della categoria del “personale non medico” del Servizio sanitario militare e per il quale si fa' riferimento alle norme di esercizio professionale previsti dalla ordinaria legislazione statale con alcune peculiari norme nelle situazioni di emergenza in taluni contesti operativi.

Luca Benci
http://www.lucabenci.it

Ansia Pre-operatoria:

Essenze Floreali a sostegno del paziente

Inf. Roberto Leoni - Sant'Elpidio (FM)

Introduzione

Il paziente che deve affrontare un intervento chirurgico si trova di fronte ad una situazione carica di risvolti emotivi: paura, ansia, incertezza, perdita di controllo 1-2.

Questo progetto prende vita dalla necessità di trovare un rimedio per gestire l'ansia perioperatoria nei soggetti sottoposti ad anestesia locale, al fine di ridurre le problematiche ad essa correlate.

Terapia delle essenze floreali

I "Fiori di Bach" (FDB) furono inventati circa 80 anni fa da E. Bach. Il loro funzionamento si basa su due teorie:

? Teoria delle Segnature: nella Natura si possono trovare gli strumenti per il benessere degli abitanti della Terra. I "Fiori di Bach" funzionano per similitudine costituzionale con le caratteristiche della persona "ammalata" 3.

? Teoria Energetico-Vibrazionale (la stessa della musicoterapia): l'energia fissata nel fiore continua ad essere in movimento ed elimina le cattive vibrazioni della psiche e/o del sistema nervoso, "riarmonizzando" le situazioni psicologicamente negative (patologiche) 4.

Per lo studio è stato utilizzato il Rescue Remedy (RR), formula composita creata da Bach per il trattamento di stati di emergenza emotiva.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto presso l'ASUR Marche, Zona Territoriale n. 11 Ospedale A. Murri di Fermo, al servizio di Ambulatory Surgery, nei mesi di Dicembre 2009 e Gennaio 2010.

I soggetti scelti per lo studio, di un'età compresa tra i 16 ed i 70 anni, avevano in comune il tipo di intervento (solo interventi in regime di ambulatory surgery) e il tipo di anestesia (topica).

Prima dell'intervento chirurgico (15-30 min.), è stata attuata la seguente procedura:

? Acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali;

? Somministrazione del questionario sull'ansia preoperatoria (utilizzando l'APAIS5 e la VAS6)

? Rilevazione dei

parametri vitali (P.A. F.C.) 7;

? Proposta al paziente di assumere (autosomministrazione) le "essenze floreali", presentandole come sicure, atossiche e senza controindicazioni 8-9;

? Acquisizione del consenso informato in merito a tale procedura.

Dal punteggio ottenuto dal questionario, si può individuare lo stato emotivo del paziente, avallato dalla rilevazione dei parametri vitali (P.A. e F.C.). In relazione allo specifico stato ansioso dei soggetti, si è potuto classificare i pazienti in "Tranquilli", "Preoccupati" e "Ansiosi".

Nel post-operatorio viene presentato un secondo questionario che è una rielaborazione di quello somministrato nel



acconsentito all'assunzione del "RR" (10 M + 9 F);

- 16 (43%) pazienti sono confluiti nel gruppo di confronto, senza che venisse loro proposta l'assunzione del "RR" (8 M + 8 F + 3 Non acconsentito);

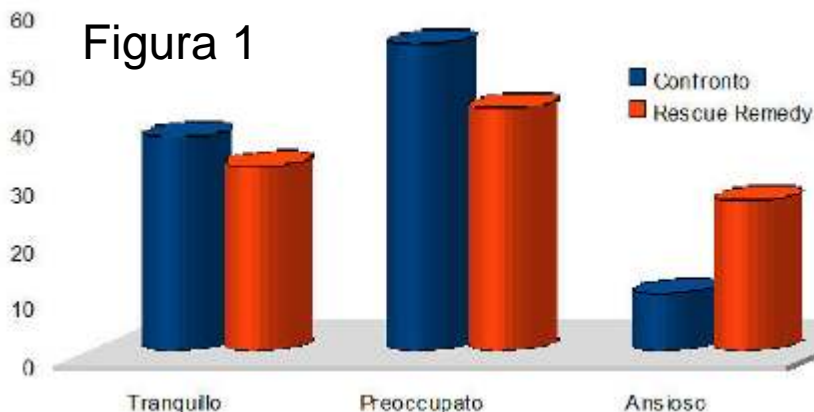
- 3 (7%) pazienti non hanno acconsentito all'assunzione del "RR" (3 F) e sono confluiti nel gruppo di confronto.

I due gruppi, cioè il Rescue Remedy e il gruppo di Confronto, nella fase pre-operatoria (Fig.1), risultano molto simili, a tutto vantaggio della ricerca, che ha lo scopo di validare o meno la seguente ipotesi sperimentale:

Può il "Rescue Remedy" essere utile nel trattamento

dell'ansia pre-operatoria?

Fig.1



momento antecedente la fase chirurgica, formulato in modo tale che dal confronto dei due si possano valutare gli effetti degli interventi attuati.

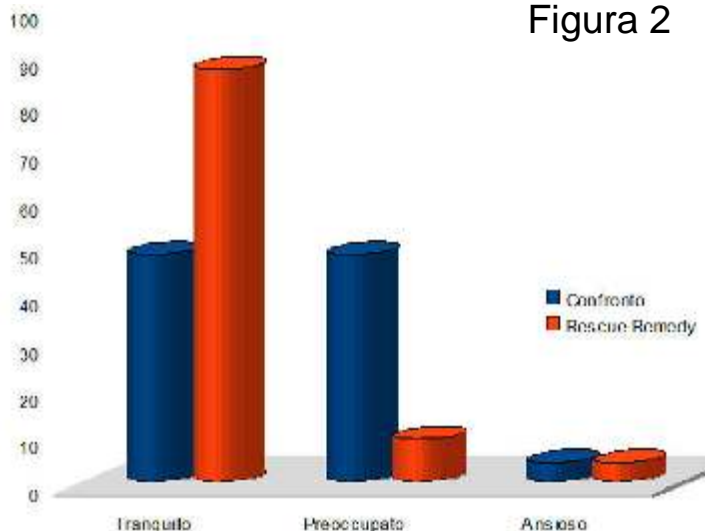
Risultati

La popolazione presa in esame risulta composta da un totale di 38 soggetti: donne 53% e uomini 47%; di questi:

- 19 (50%) pazienti hanno

Il grafico seguente (Fig.2) mostra le differenze emerse tra i due gruppi, risultanti dal questionario post-operatorio. (Fig.2)

Figura 2



Si può notare facilmente la rilevante differenza tra i due gruppi:

? Dopo l'assunzione del "RR", nel periodo post-operatorio, il numero dei pazienti "tranquillo" è aumentato passando dal 32% al 87%; i pazienti "preoccupato" sono diminuiti passando dal 42% al 9%; il numero dei pazienti "ansioso" si è ridotto dal 26% al 4%.

? Nel gruppo di confronto, nel periodo post-operatorio, i dati variano di poco, i pazienti "tranquillo" sono passati dal 37% al 48%; i pazienti "preoccupato" sono scesi dal

53% al 48%; i pazienti “ansioso” sono diminuiti passando dal 10% al 4%.

Discussione

Lo studio mette in evidenza i risultati positivi raggiunti dall'utilizzo del “RR” al fine di ridurre l'ansia perioperatoria, tuttavia i rimedi di Bach vengono etichettati come “effetto placebo”¹⁰.

Lo scetticismo dominante e l'atteggiamento della “medicina ufficiale” nel considerare le CAM (Complementary Alternative Medicine) alla stregua della “danza della pioggia”, sono l'ostacolo all'utilizzo delle essenze floreali come ausilio alla cura delle patologie psicosomatiche.

Nonostante ciò, il numero crescente di studi in materia¹¹, l'apertura di una sezione di fitoterapia all'Ospedale di Empoli¹², la presenza di corsi ECM sui “Fiori di Bach”¹³, la pratica della floriterapia in uso in diversi ospedali australiani¹⁴, lasciano uno spiraglio aperto alla possibilità di introdurre questa affascinante metodica in ambito sanitario.

Bibliografia

1. Pritchard MJ. “Managing anxiety in the elective surgical patient”; Br J Nurs. 2009 Apr 9-22; 18 (7) : 416 - 9 . <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19373185>
2. Bellani ML. “Psychological aspects in day-case surgery”; Int J Surg. 2008; 6 Suppl 1:S44-6. Epub 2008 Dec 13 . <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19167936>
3. Scheffer Mechthild, Stori Wolf-Dieter. “Le piante per la psiche. Nuovi studi in floriterapia di Bach”; Ed. Nuova IPSA: 2000
4. Dietmar Krämer, Helmut Wild. “Nuove terapie con i fiori di Bach”; Ed. Studio Tesi: 2000
5. Hendrik Berth, Katja Petrowski, Friedrich Balck. “The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) - the first trial of a German version”; Psychosoc Med. 2007; 4: Doc01. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736533/>
6. D'Angelo C, Mirijello A, Ferrulli A, Leggio L, Berardi A, Icolaro N, Miceli A, D'Angelo V, Gasbarrini G, Addolorato G. “Role of trait anxiety in persistent radicular pain after surgery for lumbar disc herniation: a 1-year longitudinal study”; Neurosurgery. 2010 Aug;67(2):265-71. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20644411>
7. Shenefelt PD. “Relaxation strategies for patients during dermatologic surgery”; J Drugs Dermatol. 2010 Jul; 9(7):795-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20677535>
8. Thaler K, Kaminski A, Chapman A, Langley T, Gartlehner G. “Bach Flower Remedies for psychological problems and pain: a systematic review”; BMC Complement Altern Med. 2009 May 26 ; 9 : 16 . <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19470153>
9. Mantle F. “Bach flower remedies”; Complement Ther Nurs Midwifery. 1997 Oct ; 3 (5) : 142 - 4 . <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9432436>
10. Ernst E. “Bach flower remedies: a systematic review of randomised clinical trials”; Swiss Med Wkly. 2010 Aug 24;140:w13079. doi: 10.4414/smw.2010.13079. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20734279>
11. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=bach%20flowers>
12. http://www.usl11.toscana.it/sviluppo/portalenw/pagina_0.php?pag=medrispl&nmsg=13
13. http://www.formazioneostetrica.com/CALENDARIO_CORSI_FORMAZIONE_2011.pdf
14. Balinski AA. “Use of Western Australian flower essences in the management of pain and stress in the hospital setting”; Complement Ther Nurs Midwifery. 1998 Aug;4(4):111-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9830938>

In libreria

Recensioni a cura di Inf. Massimo Menchella - Caserta



IL DIRIGENTE delle professioni sanitarie.

Ruolo e prospettive nel contesto della Pubblica Amministrazione

Autori: **Rosaria Alvaro, Giovanni Antonetti, Massimo Guerrieri, Wolf, Mauro Petrangeli**

Casa Editrice: Edises.
Prezzo: €32.00
Prezzo WEB: €28.80
Edizione: II / 2011
N. Pagine: 432 / B/N
ISBN: 9788879595575

Nella seguente pubblicazione viene descritta in modo minuzioso la figura del Dirigente Sanitario.

Il testo costituito da tre capitoli offre al lettore un quadro completo del cammino riformatorio che avviatosi negli anni 90 con la privatizzazione della pubblica amministrazione, ha poi investito il Sistema Sanitario Nazionale apportando ad esso delle modifiche all'organizzazione alla valutazione e gestione del personale. Il Dirigente Sanitario è considerato il perno fondamentale di un meccanismo, meccanismo che ha nell'arco di 20 anni subito numerose modifiche e che nel 2000 con l'emanazione della l. 251 ha visto la comparsa di un nuovo attore “il Dirigente sanitario delle professioni sanitarie”. Il testo presenta un'attenta analisi dei motivi che hanno comportato l'emanazione della l. 251 ed analizza le problematiche inerenti all'applicazione della stessa citando e commentando le linee guida predisposte dal CoNSIO nel 2008 (comitato nazionale delle scienze infermieristiche ed ostetriche) per l'attribuzione in tutte le strutture sanitarie, della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica ad un Dirigente delle professioni sanitarie. La lettura del testo è consigliata a chi svolge o vuole avvicinarsi alle funzioni dirigenziali per ampliare la propria veduta nel panorama articolato della dirigenza del S.S.N.



Eppur si muove Come cambia la sanità in Europa, tra pubblico e privato.

A cura di **Gabriele Pellisero e Alberto Mingardi**

Casa editrice IBL Libri.
Anno di pubblicazione: 2010
Pagine: 240
Su Amazon.com (formato Kindle, 10 euro)
Su eBooksItalia (formato ePub, 10 euro)

Il testo propone una panoramica delle forme di Sistemi Sanitari presenti in Europa.

In ogni capitolo troviamo un ritratto minuzioso del Sistema Sanitario applicato in un dato paese europeo, un ritratto che tende ad enfatizzare i motivi storici economici che hanno nel tempo modellato i singoli Sistemi Sanitari fino ai giorni nostri. Nella descrizione dei singoli Sistemi Sanitari è facile carpire il modello ispiratorio dello stesso:

- Bismark
- Beveridge.

La lettura del testo fornisce al lettore una visione d'insieme dell'evoluzione che i Sistemi Sanitari stanno attraversando. Nella parte finale del testo troviamo in appendice le considerazioni del Premio Nobel per l'economia Milton Friedman che in maniera singolare descrive in modo semplice i fattori che hanno caratterizzato la storia della sanità. Consiglio il testo a chi vuole acquisire una capacità di critica fondata su conoscenze non solo relative allo scibile sanitario ma anche a quello storico economico, per poter avere una veduta più ampia, per la comprensione dell'evoluzione del mondo sanitario.



INFERMIERI E SIMEU
(SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA-URGENZA)

SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA NEI DIPARTIMENTI D'EMERGENZA-URGENZA

Coordinatore Nazionale Area Nursing SIMEU Dott. Luca Gelati Tel 3385462332 l.gelati@ausl.mo.it

L'Associazione Scientifica SIMEU riunisce i Medici e gli Infermieri che operano ad ogni titolo nell'ambito delle emergenze-urgenze sanitarie; è apartitica, apolitica, ha carattere volontario e non ha scopo di lucro.

L'Associazione ha i seguenti scopi, tutti perseguiti nell'intento della solidarietà sociale: realizzare l'integrazione culturale, organizzativa e funzionale tra le componenti territoriali ed ospedaliere del sistema nazionale delle emergenze sanitarie; promuovere e realizzare, per i Soci dell'Associazione, la formazione professionale e l'addestramento permanente nelle emergenze-urgenze e nella medicina delle catastrofi. Promuovere e realizzare attività di formazione professionale e addestramento nelle conoscenze e nelle tecniche delle emergenze-urgenze e nella medicina delle catastrofi. Le predette attività potranno essere effettuate attraverso appositi corsi di formazione e aggiornamento, eventualmente convalidati con certificazioni degli stessi corsi, seminari, convegni, congressi regionali, nazionali ed internazionali anche attraverso soggiorni residenziali di studio presso istituzioni internazionali accreditate; promuovere attività istituzionali di formazione ed addestramento in équipe, anche istituendo appositi organismi societari funzionali individuati nel regolamento; promuovere l'efficacia e l'efficienza del sistema nazionale dell'urgenza-emergenza sanitaria, anche in collaborazione con le Facoltà universitarie, altre Società scientifiche, gli Ordini professionali e i Collegi professionali del personale tecnico ed infermieristico, gli organismi istituzionali, nonché le Associazioni del volontariato; operare congiuntamente con le Istituzioni per la programmazione e la realizzazione della rete dei servizi per l'emergenza territoriale ed ospedaliera; perseguire l'accreditamento dei servizi dell'emergenza e stabilire gli opportuni criteri di verifica; promuovere la ricerca scientifica presso le strutture operative del sistema delle emergenze-urgenze e la didattica della disciplina, anche attraverso la formazione continua; tutelare gli aspetti etico-professionali, deontologici, culturali e giuridici dei propri iscritti; attivare di concerto con le istituzioni ed anche attraverso i mezzi di comunicazione, iniziative di educazione dei cittadini, sia per quanto riguarda le tecniche di primo soccorso sia per il corretto uso delle strutture dell'emergenza-urgenza.

Simeu conta oltre 3000 iscritti tra medici e infermieri.

L'Area Nursing Simeu è stata istituita in data 19 luglio 2007. Alla data della recentissima nascita dell'Area Nursing sono seguite successive importanti tappe: 15 novembre 2008 1° Assemblea Nazionale Simeu dei Soci dell'Area Nursing; 10 dicembre 2008 Elezione Coordinatore Nazionale Area Nursing; 07 marzo 2009 Approvazione del Regolamento Area Nursing Simeu Nazionale; 04 giugno 2010 Assemblea Nazionale straordinaria Simeu Calabria a Vibo Valentia, dove è stato presentato formalmente richiesta di cambio di Statuto della Società Scientifica con esercizio di voto attivo ai rappresentanti Infermieristici dei direttivi Nazionali e Regionali; 18 novembre 2010 Congresso Nazionale SIMEU a Rimini e presentazione e approvazione del nuovo Statuto Societario. A fine anno 2010 Simeu annovera tra i propri soci 581 Infermieri, distribuiti tra tutte le Regioni Italiane.

L'Area Nursing è aperta agli Infermieri che operano nelle strutture del sistema delle emergenze ed urgenze sanitarie. L'iscrizione all' Area Nursing è riservata esclusivamente agli Infermieri e formalizzata con apposito modulo e con la presentazione di un breve curriculum professionale alla Segreteria della Sezione Regionale SIMEU di riferimento; è

prevista una quota di iscrizione annuale che costituisce una delle principali voci del fondo nazionale per sostenere le attività degli organi istituzionali. L'accettazione della domanda di iscrizione dà diritto alla qualifica di "Socio SIMEU Area Nursing".

L'Area Nursing è coordinata da un Coordinatore Nazionale e da un Segretario Nazionale ed è articolata su Sezioni Regionali, a loro volta coordinate da un Coordinatore per ciascuna Regione. Il Coordinatore nazionale, eletto dai soci aderenti attraverso votazione on-line, partecipa di diritto alle attività del Consiglio Direttivo Nazionale, rimane in carica due anni e non è subito rinnovabile. È coadiuvato da un Segretario Nazionale ed Informa periodicamente l'Ufficio di Presidenza della Simeu sulle attività programmate e sui progetti di formazione, concordati con il Comitato Tecnico Scientifico. I Coordinatori regionali, eletti dai soci aderenti residenti in ciascuna Regione, partecipano di diritto alle attività del Consiglio Direttivo regionale.

In questi quasi tre anni abbiamo portato a termine numerose iniziative. Stesura finale Regolamento Statutario Area nursing; individuazione dei Coordinatori Regionali; redazione e diffusione del materiale per organizzare gli incontri con gli Studenti del 3° anno del Corso di Laurea in Infermieristica presso le Università; pubblicazione sul sito Simeu Area Nursing di materiale di interesse Infermieristico (tesi; procedure, etc); collaborazione con il Simeu Journal per favorire Pubblicazione infermieristiche; partecipazione di diversi Infermieri ad alcuni Convegni Regionali Simeu per promuovere l'Area Nursing; Piemonte, Liguria, Marche; Veneto, Sicilia; Lazio, Campania; scambio di esperienze tra i Coordinatori Regionali area Nursing sui temi: Trattamento Infermieristico del dolore al triage; Nuove strategie di Triage; Ruolo del nursing nella Ventilazione meccanica non invasiva; promozione di un percorso di formazione Istruttori BLS secondo AHA-SIMEU per Infermieri Soci Simeu, partecipazione a progetti di cooperazione internazionale con soggiorno in Cina per tre settimane.

Numerose sono le iniziative in cantiere che necessitano del contributo di tutti gli Infermieri dei nostri DEA: creazione di una "Posizion Paper" per la gestione e valutazione delle competenze infermieristiche; Progetti di Case Manager in pronto soccorso; il lavoro in équipe e il team building; lo sviluppo e implementazione delle figure Infermieristiche di Tutor, Mentor e Infermiere Senior; La formazione sul campo, il risk management legato alle attività di nursing. Per quanto riguarda i temi legati alla ricerca e sviluppo sono partiti gruppi di ricerca su: valutazione del dolore al Triage da parte dell' infermiere, nuovi modelli di Triage per i pazienti non urgenti, il nursing nella NIMV, le immobilizzazioni nei traumatizzati, le manovre antalgiche non farmacologiche, la consulenza infermieristica, il nursing nel paziente settico, la prescrizione Infermieristica al personale di supporto; il fenomeno nuovo dei POCT; Ricerca bibliografica e EBN.

Associarsi a Simeu è una grande opportunità per una professione in evoluzione ed in crescita come quella Infermieristica.

Collegandosi al sito www.simeu.it troverai un sacco di opportunità di aggiornamento, confronto e crescita.

Iscriviti direttamente on line per divenire socio e ricevere tutti gli aggiornamenti e le ultime novità in tema di emergenza-urgenza.



Ringraziamo quanti ci scrivono. Siamo lieti di ospitare lettere, fotografie e contributi dalle corsie. Per scrivere alla redazione:

infermieristicamente@nursind.it

Sulle Crocerossine

Navigando on line mi sono imbattuto in una cosa sconcertante, sbalordiente, deprimente, allucinante! Il 13 gennaio 2011 viene pubblicata sulla gazzetta ufficiale n°9 il DM 9/11/2010 citato così: *"disciplina del corso di studio delle Infermiere volontarie della croce rossa italiana"*. Do un'occhiata e resto allibito dal contenuto. Queste persone con una formazione pseudo infermieristica biennale, vengono equiparate all'infermiere professionista in tutto e per tutto con tanto di titolo, profilo e codice deontologico. Riporto testualmente solo alcuni passi: - *identificare il rischio di lesioni da pressione e predisporre il piano di prevenzione e cura;* - *somministrare terapia (curativa e preventiva) per via parenterale, enterale e topica;* - *rilevare parametri vitali;* - *effettuare e cambiare medicazioni semplici e complesse;* (praticamente tutto?) - *controllare e assistere e la somministrazione delle diete;* - *collaborare nelle procedure invasive applicando i rispettivi protocolli;* (ovvero tutto? paracentesi, toracentesi, strumentazione in sala oper., intubazione....?) - *provvedere al posizionamento e controllo del cateterino venoso periferico, sondino naso gastrico, catetere vescicale;* - *provvedere all'esecuzione degli esami ematochimici sia venosi che arteriosi* (i generici in ospedale non lo possono fare e loro sì); - *definire gli obiettivi, pianificare interventi, attuare e valutare i risultati;* (definire diagnosi infermieristiche?) ecc. ecc. Tutto questo con ben 15 ore di anatomia, 18 di farmacologia... e poi ancora, qualche parola tratta dal loro profilo che magari vi potrà sembrare già sentita da qualche parte: - *L'infermiera Volontaria considera la salute come bene fondamentale della persona e della collettività....* - *...tende a migliorare le proprie conoscenze partecipando ad esercitazioni e a corsi di formazione permanente...* (potrà frequentare i nostri corsi ecm senza però averne l'obbligatorietà dei crediti) - *L'assistenza è di natura tecnica, relazionale ed educativa... è rivolta all'età evolutiva, adulta e geriatrica... riguarda gli aspetti preventivi, educativi, palliativi e riabilitativi...* - *L'infermiera Volontaria della CRI è tenuta ad osservare rigorosamente il segreto professionale, in quanto infermiera....* ma attenzione, la parte più carina secondo me è questa: - *L'Infermiera Volontaria svolge servizi socio-sanitari presso unità sanitarie territoriali e mobili della croce rossa, delle forze armate, del dipartimento di Protezione Civile ...e dal Servizio Sanitario Nazionale.* Insomma, non ci sono vincoli, niente test d'ingresso, il piano di studi è più o meno quello dell'OSS, se non meno, non devi pagare tasse universitarie, non devi iscriverti e pagare un albo professionale, non sei responsabile penalmente e civilmente, non devi pagare per raggiungere il limite dei crediti ecm ma sei un'INFERMIERA! (scrivo appositamente al femminile perché per assurdo,

l'unico vincolo veramente necessario, è che sia rivolto solo alle donne). Ah un'ultima cosa, per un principio di sana democrazia, leggo: *"il Consiglio di Corso, ai fini dell'ammissione valuterà il curriculum formativo...."* (e addirittura stabilisce direttamente) *"L'eventuale riduzione di corso o l'inserimento al secondo anno"*. Non so che dire, ragazzi, tra OSSS con formazione complementare e quest'altra novità mi verrebbe voglia di alzare le mani! Io credo che già utilizzare il termine "infermiere" per una persona che non ha i requisiti per esserlo per la legge italiana (titolo di studio, percorso formativo, iscrizione all'albo) sia già un reato di per sé perseguibile, ma addirittura questo decreto mi sembra inaudito. Secondo il mio modesto parere, dovremmo appellarci a qualcuno, affinché questo abuso autorizzato e riconosciuto con tanto di decreto, della professione infermieristica, venga messo in discussione. Ripeto che per la legge italiana non sono, o per meglio dire, non sarebbero Professionisti Infermieri ma Infermiere Volontarie. Cosa cambia? Esprimete pure il vostro parere, cosa ne pensate?

PS: mi viene un dubbio, ma i medici della CRI studiano anche loro in un corso organizzato della croce rossa?.. (era ironico)

PS2: a chi dice che gli infermieri in Italia non ci sono... il 5/4/2011 per un concorso da 3 posti (di cui uno riservato) a Reggio Emilia c'erano più o meno 2200-2400 infermieri!

Marco Romitelli



Sui crediti ECM

Siamo due infermiere che prestano servizio presso la uoc di rianimazione di Latina e abbiamo deciso di scrivervi per portarvi a conoscenza di quello che noi definiamo l'ennesimo sopruso nei confronti della nostra professione. Circa un anno e mezzo fa e, precisamente il 26 settembre 2009, partecipammo ad un evento formativo in attesa di accreditamento ECM sull'assistenza e la riabilitazione al paziente affetto da sclerosi multipla, diretto ad infermieri e fisioterapisti.

Dopo diverso tempo dall'incontro, contattai la dirigente infermieristica della Clinica San

Marco di Latina che organizzò l'evento, per avere notizie sui crediti che dovevamo ricevere per posta e che ancora tardavano ad arrivare. Contattandola, ci rispose che ancora non ne sapeva nulla ed era il caso di aspettare ancora un poco. Aspettammo ancora del tempo e in occasione di un altro evento, rincontrammo la signora che ci affermò che i crediti erano stati riconosciuti solo ai fisioterapisti e non agli infermieri.

Scrivemmo, tempo fa, anche al Ministero della Salute e ci promisero risposte che a tutt'oggi non sono arrivate... Allora oggi abbiamo deciso di contattarvi per avere una risposta o comunque un consiglio da voi.; Riteniamo queste situazioni veramente vergognose, tenendo presente che per formarci e ottenere i crediti ecm come previsto dalla legge, spesso sacrifichiamo i riposi o prendiamo i congedi straordinari che ci spettano. Prima di chiudere, vi facciamo i complimenti per la rivista che leggiamo sempre con piacere (siamo iscritte Nursind da diverso tempo) e vi inviamo i nostri migliori saluti.

Laura e Maria Luisa

Ho letto con dispiacere della vostra disavventura. Con tutta probabilità, l'organizzazione del convegno di cui non avete avuto i crediti, era centrata sui fisioterapisti e solo per quelli l'organizzatore ha pagato la relativa tassa ECM (258 euro). Forse vi erano poche infermiere al corso? Bisogna tenere ben aperto gli occhi quando ci si iscrive ad un evento formativo, perché nel mare magnum della formazione continua vi è un po' di tutto...

Gli stipendi dei parlamentari ed i nostri...

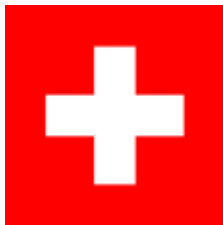
Con la vergognosa manovra approvata il 16 luglio, i parlamentari hanno deciso di adeguare i loro stipendi non alla media dei parlamentari di tutti gli stati che aderiscono alla comunità CEE, bensì ai 6 stati più importanti (chiamali scemi...). Io dico che se i loro stipendi sono stati adeguati alla media europea allora è un nostro diritto PRETENDERE che anche il nostro stipendio venga adeguato alla media europea, anzi a quello dei 6 stati più importanti - e ricchi - !

Penserete che sono fuori di testa, invece secondo me è un nostro diritto pretendere ciò che è stato concesso (si sono concessi) ad un'altra categoria di "lavoratori" (i lavoratori sono altri), di stipendiati del pubblico impiego, o no? Sappiamo bene che in tutti gli altri paesi d'europa gli infermieri professionali (anzi, professionisti, perchè siamo laureati) percepiscono uno stipendio tre volte maggiore del nostro!

Insomma, sarà mai possibile che lavoriamo come dei muli, dobbiamo assumerci delle responsabilità enormi nei confronti dei pazienti, ci hanno bloccato l'aumento di stipendio per 5 anni e ora anche per altri 3, ci aumentano le tasse, ci tolgono una parte di detrazioni e che caccchio dobbiamo anche vedere i parlamentari che belli belli si adeguano (poverini) lo stipendio alla media dei 6 paesi più ricchi della CEE? Voi non siete incazzate nere? Scusate lo sfogo ma mi sembra che siamo al limite.

Bergamo

Rosalba Caccia



SVIZZERA

Cure ospedaliere: svizzeri più soddisfatti di europei

Gli svizzeri si dicono più spesso soddisfatti delle cure ospedaliere rispetto agli europei. Lo rivela uno studio dal quale emerge anche che con infermieri appagati il tasso di mortalità e complicazioni per i pazienti è inferiore. La Svizzera occupa "una posizione di punta per diversi parametri", indicano gli autori dello studio "Nurse forecasting in Europe". Il 58% dei pazienti interrogati nella Confederazione è soddisfatto della qualità delle cure infermieristiche, contro una media europea del 48%. In materia di complicazioni (in particolare cicatrici, cadute e infezioni), i risultati elvetici sono "nettamente migliori" rispetto alla media europea. I pazienti non sono peraltro gli unici ad esprimere la loro soddisfazione, visto che la quota di personale sanitario non contento del proprio lavoro o emozionalmente estenuato è "nettamente inferiore" negli ospedali svizzeri.

Questa combinazione non è casuale: "le prime analisi dello studio mostrano che un numero più basso di pazienti per infermiere e una miglior qualità dell'ambiente di lavoro sono associati a tassi di mortalità e di complicazioni inferiori". Gli autori precisano comunque che dai risultati dei 35 ospedali elvetici sotto esame emergono grandi differenze. La ricerca è stata realizzata nel periodo 2009-2011 con un finanziamento dell'Unione europea. Della parte svizzera si occupa l'Università di Basilea. Allo studio hanno partecipato anche Finlandia, Svezia, Norvegia, Polonia, Germania, Olanda, Belgio, Irlanda, Gran Bretagna, Grecia e Spagna. Un altro studio, condotto nel 2009 in quasi 70 ospedali svizzeri e pubblicato a inizio maggio, aveva mostrato che la soddisfazione dei pazienti raggiungeva una media di 5,3 su una scala da 1 a 6.

un ulteriore risultato nello sviluppo professionale e sociale dell'infermieristica.



SPAGNA:

sempre più vicina la prescrizione infermieristica

Il segretario generale della Salute, José Martínez Olmos, ha annunciato davanti al Comitato per la Salute e Consumatori del Senato, che il ministero ha iniziato a redigere i regolamenti per determinare i farmaci o trattamenti che potranno prescrivere gli infermieri. Questo mese inizierà la fase di consultazione per l'elaborazione. L'elenco dei farmaci deve essere approvato da medici e infermieri e validato dalla Quality Assurance Agency for National Health Service (NHS) in conformità alla normativa europea, saranno esclusi quelli che potrebbero essere pericolosi se usati senza controllo medico.

Gli infermieri per ora non potranno prescrivere farmaci che hanno effetti collaterali negativi in quanto saranno oggetto di ulteriori indagini. Martínez Olmos ha dichiarato che l'infermiere ha il potere di specificare, usare ed utilizzare in forma autonoma, la prescrizione di farmaci non soggetti a prescrizione medica e i prodotti sanitari e che in ogni caso, il documento utilizzato non sarà una ricetta medica bensì un ordine di dispensazione.

Il sindacato infermieristico ha mostrato il suo sostegno a tutte le iniziative come questa, volte a riconoscere il quadro di competenza infermieristica. Per SATSE l'obiettivo della prescrizione infermieristica è quello di migliorare l'efficienza nella fornitura dei servizi, ma anche lavorare per un migliore accesso ed equità nell'assistenza sanitaria fornita al paziente. Il sindacato continuerà a lavorare per ottenere una prescrizione per la professione infermieristica di pieno diritto, per sviluppare il ruolo autonomo della professione in modo permanente e garantire la salute e la continuità delle cure.



FRANCIA:

infermieri delle scuole distribuiscono contraccettivi

Kit di contraccettivi gratuiti nei licei a Parigi. Il governo francese prova a contrastare il fenomeno allarmante degli aborti in seguito a gravidanze indesiderate presso i giovanissimi. Secondo l'Ispettorato generale degli affari sociali si calcola siano 13.000 all'anno, ma il numero è in crescita. Gli studenti potranno avere **dagli infermieri della scuola** il kit che prevede buoni per consultare medici, fare analisi e acquistare gratuitamente qualsiasi tipo di contraccettivo per sei mesi.

A poter disporre del kit saranno circa 159.000 ragazzi, tra i 15 e i 16 anni, residenti nell'Ile-de-France. "I giovani che hanno bisogno di una contraccezione regolare si trovano di fronte a diversi ostacoli - spiega il presidente della regione, Jean-Paul Huchon - come le difficoltà di parlare di sessualità con i genitori, la ridotta disponibilità economica, o l'ignoranza su certi argomenti". Il kit, nelle intenzioni dei promotori dell'iniziativa, servirà proprio per ovviare questo tipo di problemi. Per supportare l'operazione si calcola un investimento di 7-9 milioni all'anno a carico della Regione dell'Ile de France. I risultati dell'iniziativa verranno resi noti a fine 2011.

Abbiamo sottolineato che a distribuire i kit saranno gli "infermieri della scuola" perché tale figura, che appare "scontata" in Francia, in Italia è assolutamente assente, nonostante la necessità di assicurare la prevenzione tra la popolazione, specie quella giovanile in età scolastica, al fine di educare alla salute ed ad un utilizzo razionale delle risorse della sanità. Come sindacato ci facciamo paladini di questa importante battaglia che costituirà

SPAGNA:

no all'obbligo della gonna alle infermiere

Avevamo pubblicato la notizia sul numero del terzo trimestre 2008, per cui in un clinica spagnola, il San Rafael di Cadiz, la direzione aveva imposto l'uso della gonna alle infermiere, penalizzandole con una multa di 50 euro mensili se l'ordine non veniva rispettato.

Un'infermiera delegata sindacale si era imposta ed aveva fatto ricorso al giudice. Di questi giorni la sentenza del Tribunale Supremo di Madrid contro la clinica di Cadice: **l'obbligo della gonna per le infermiere imposto in alcune cliniche spagnole e' illegale e discriminatorio**.

Siamo fieri di questo risultato, pur nella consapevolezza che nel 2011 occorra ancora fare ricorso ad un giudice per far rispettare la dignità di una donna e della professione che rappresenta. Ringraziamo quindi la collega per non aver lasciato correre ed aver impugnato l'ordine di servizio, perché solo così, sia pur tre anni dopo, abbiamo potuto affermare un diritto contro lo strapotere dei datori di lavoro e le loro pretese di "immagine" imposte alle lavoratrici.





NurSind

Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche

Sede Legale: via Squartini, 3 - 56121 Ospedaletto - Pisa - Fax 06 92913943
www.nursind.it - nazionale@nursind.it

All'Ufficio del Personale

Azienda.....

La/il sottoscritta/o

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

Residente in via N°

Città Prov. (.....) CAP _ _ _ _

Tel. Cell.

Email:

Codice Fiscale

Qualifica Matricola

In servizio presso

si iscrive

al sindacato NurSind con decorrenza immediata ed autorizza codesta Amministrazione ad effettuare la trattenuta nella misura indicata dal Nursind **per 12 mensilità** sulla propria retribuzione e che dovrà essere canalizzata secondo le indicazioni da NurSind comunicate.

La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta. Ai fini associativi la presente delega ha valore su tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra azienda.

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

Data _ _ / _ _ / _ _ in fede

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

Data _ _ / _ _ / _ _ in fede

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

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

AGRIGENTO	339 1548499	FOGGIA	320 8811330	PESCARA	320 3134105
ALESSANDRIA	348 7730047	FORLI'	347 0379908	PIACENZA	328 5744839
ANCONA	339 2221513	FROSINONE	340 8708765	PISA	320 0826435
AREZZO	328 0479421	GENOVA	320 1561052	PORDENONE	347 1174975
ASCOLI PICENO	347 6459027	GORIZIA	339 3500525	RAGUSA	393 9912052
ASTI	329 3342209	LATINA	347 8465074	REGGIO EMILIA	393 4083204
AVELLINO	333 1152288	LECCE	347 3423464	REGGIO CALABRIA	329 9283470
BARI	348 8231774	LECCO	349 6441234	RIETI	334 3800929
BARLETTA	328 4173358	LIVORNO	320 0825291	RIMINI	338 2368798
BERGAMO	348 7368056	LUCCA	328 0596018	ROMA	333 4674814
BENEVENTO	347 0938303	L'AQUILA	333 4125508	ROVIGO	347 7672006
BOLOGNA	349 4657858	MACERATA	333 9697131	SALERNO	334 2716330
BOLZANO	373 7007311	MASSA-CARRARA	349 8455285	SASSARI	338 4386893
BRESCIA	328 8043717	MATERA	338 1489380	SIENA	338 8165127
BRINDISI	333 1093968	MEDIO CAMPIDANO	347 1644078	SIRACUSA	380 4512768
CAGLIARI	349 4319227	MESSINA	338 7770909	TERAMO	329 0075711
CALTANISSETTA	380 4100516	MILANO	331 5643203	TORINO	347 8122482
CAMPOBASSO	347 0733738	MODENA	340 3149340	TRAPANI	347 4530823
CARBONIA	329 1107560	MONZA	339 1935053	TREVISO	340 3402872
CATANIA	328 3364828	NAPOLI	338 6268353	TRIESTE	328 4614838
CATANZARO	320 4370271	NOVARA	347 3883671	UDINE	339 2397838
CHIETI	338 2561933	NUORO	339 6805023	VARESE	349 8474608
COSENZA	339 8124656	ORISTANO	338 4464589	VENEZIA	339 2754384
ENNA	333 6106527	PALERMO	338 9041690	VERCELLI	329 1110123
FERMO	348 3394773	PADOVA	346 0106154	VERONA	329 9559578
FIRENZE	389 9994148	PERUGIA	347 3912860	VICENZA	320 0650894
		PESARO-URBINO	340 3774179		

DIPENDE ANCHE DA TE!

NURSIND

NurSind e gli Infermieri:

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

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