Infermieristica Mente
sindacando
NURSIND

Trimestrale di Informazione Sindacale, Professionale e del Lavoro.

1° trimestre 2008

NURSIND - Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche - Pisa - Periodico Trimestrale - Poste Italiane Spa
Spedizione in abb. postale - D.L. 353/2003 (conv. In L. 27/02/2004 n°46), art. 1, comma 2 - DCB Vicenza
Reg. Trib. Di Bergamo n°4 del 9/03/06

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Il peggior contratto degli ultimi 15 anni

Accordo Formigoni: ma agli infermieri cosa è rimasto?

Nursind aderisce alla Confederazione CGU

D.Lgs.66/2003: il calvario di un diritto negato

Meglio il Gabon dell'Italia

Sistemi sanitari regionali sotto la lente

Carceri: la sanità passa alle ASL

e altro ancora...

sommario:

attualità

4 - Il peggior contratto degli ultimi 15 anni
6 - Accordo Formigoni: ma agli infermieri cosa è rimasto?
7 - Nursind aderisce alla Confederazione CGU
8 - D.Lgs.66/2003: il calvario di un diritto negato
10 - Quelle 11 ore di riposo
11 - Meglio il Gabon dell'Italia
12 - Sistemi sanitari regionali sotto la lente
13 - Carceri: la sanità passa alle ASL

dal territorio

14 - Brescia: si rinnova la segreteria provinciale
15 - Cosa sono i letti bis?
16 - Livorno: oncologia a rischio
17 - Empoli: Nursind raddoppia i seggi
18 - Torino: chi indaga sul rischio in corsia?

normative

19 - Combattere il mobbing

formazione professionale

21 - Puglia: il disease and care management
22 - La ricetta dell'infermiere
24 - Errori per gli acronimi

lettere alla redazione

25 - Dall'ospedale Perrino di Brindisi
26 - La triste realtà delle cliniche private

esteri

28 - Finlandia: agli infermieri il 28% di aumento
29 - USA: la sanità che scricchiola
30 - Birmania: Infermieri con lo zaino

InfermieristicaMente sindacando NURSIND

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

12 maggio 1998-2008

10 anni di battaglie del sindacalismo infermieristico

Non era scontato che saremmo sopravvissuti. A torto ci definivano "fuoco di paglia". Ci ritroveremo invece a Catania dal 17 al 19 aprile, al nostro 4° Congresso Nazionale, più vivi che mai e con altre pagine di storia da scrivere.

Sono ancora molti i traguardi da raggiungere ma, visto lo scenario sindacale italiano e le pessime condizioni di lavoro a cui gli infermieri sono relegati, il semplice fatto di esistere e di resistere è già una grossa conquista. Ci vorranno altri anni prima di cominciare a raccogliere i frutti materiali del nostro impegno. Ciò non toglie nulla alla necessità ed importanza del sindacato di categoria infermieristico che è e rimane il tema attuale per chiunque voglia immaginare una risoluzione positiva della questione infermieristica nel nostro Paese.

Ci mancano ancora i grossi numeri per contare. La bandiera del Nursind sventola solo su 1/3 degli ospedali. C'è ancora tanto lavoro da svolgere per estendere la nostra fede anche nelle province più difficili e ostili, sia per l'egemonia della triplice, sia per le condizioni di ricatto a cui molti infermieri sono imbrigliati, sia per il pessimismo, lo scoramento e la poca lungimiranza che alberga nelle menti di migliaia di colleghi, dal nord al sud, come da est ad ovest.

Il paradosso è proprio quello che pur nella debolezza delle nostre risorse, umane e materiali, l'energia, il coraggio e la passione che ci avvolge sono proprio le nostre armi vincenti. Energia che origina dalle contraddizioni che viviamo tutti i giorni in corsia e che sappiamo incanalare utilmente in percorsi organizzati, vertenze collettive e sindacali.

Dove Nursind è forte, gli infermieri lo sentono e sono orgogliosi della loro conquista. Il sogno di vedere anche in Italia la stessa determinazione che hanno avuto i colleghi finlandesi nell'ottenere il 28% di aumento, non è più tanto lontano. Potrebbe avverarsi nel 2010 o nel 2012.

Dipende soprattutto da noi. Questa è la prima lezione di cui abbiamo fatto tesoro.

Avanti con il NurSind!

Inf. Donato Carrara
Segretario Nazionale

Siglato il peggior contratto degli ultimi 15 anni

Infermiere: zitto e lavora!

Più che di contratto integrativo quadriennale si tratta di un semplice biennio economico. 26 mesi di ritardo per soli 13 articoli di contratto racchiusi in 22 pagine, frutto di soli 2 incontri in 15 giorni.

Normate solo alcune questioni urgenti: orario di lavoro; progressione economica; coordinamento; codice disciplinare. Il resto dell'impianto normativo dovrà attendere altri 2 anni.

Al comma 2 dell'articolo 1 si anticipa quello che potrà essere il futuro scenario per molti dipendenti del SSN: soppressione, fusione,scorporo, sperimentazioni gestionali, trasformazione e riordino, fondazioni e privatizzazioni, ai quali si continua a garantire il contratto in corso fino a nuova definizione.

Che si tratti di un contratto elettorale non vi sono più dubbi, visto che il termine dei 40 gg. dalla sigla dell'ipotesi scade proprio la settimana delle elezioni politiche.

La progressione economica orizzontale viene giustamente bloccata per un periodo minimo di 2 anni nella stessa fascia, evitando in questo modo quelle anomalie di avanzamenti orizzontali dovuti alla mobilità che si sono registrati in questi anni. L'ipotesi presente sul tavolo parlava di4 anni.

Dalla data di entrata in vigore del presente contratto, Viene sancita l'obbligatorietà del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento, per poter assumere l'incarico relativo. I coordinamenti già in essere prima del CCNL e non in regola con il Master sono confermati.

Dov'è la valorizzazione della professionalità?

Metalmeccanici + 127 euro mensili

Infermiere in D0 + 107,30 euro mensili

Al comma 3 dell'art. 2 si vincola molto genericamente le aziende ad applicarne gli effetti economici entro 30 giorni dalla stipula. Contrariamente a quanto annunciato, non vengono poste penalità ai DG che non pagheranno gli aumenti entro i tempi stabiliti. Assisteremo di nuovo al calvario di molti lavoratori (specie al sud, ma anche nelle regioni in deficit con il ripiano economico) che dovranno ancora lottare per vedersi riconosciuti gli aumenti.

Lo stesso comma 4 dell'art. 2 fa riferimento alla legge 165 art. 48 comma 3 ponendo in seri dubbi gli stessi aumenti economici promessi, visto che dovranno essere comunque convalidati dallo stato e quindi dal prossimo governo.

L'indennità di vacanza contrattuale, di cui già da aprile dovremmo godere per il 30% del tasso d'inflazione programmata, rimane indefinita ed in balia della contesa sul vero tasso d'inflazione.

ORARIO DI LAVORO

La prima deroga al D.Lgs.66 riguarda il periodo di riferimento della durata media dell'orario di lavoro sulla quale calcolare il non superamento delle 48 ore settimanali. Tale periodo viene allungato dai 4 mesi del decreto ai 9 mesi per il primo anno di durata del contratto. Successivamente viene abbassato ai 6 mesi.

Ciò significa che il personale sanitario potrà anche sforare di gran lunga le 48 ore settimanali in quanto ci sarà tempo 9 mesi per rientrare nella media delle 48 ore settimanali massime consentite.

Il paradosso dell'impianto è che si consente all'azienda di imporre fino a 500 ore di straordinario in 9 mesi, ma non si aumentano adeguatamente i fondi per il suo pagamento. In pratica: "Lavora, tanto non sarai pagato perchè non ho i soldi per pagarti!".

La seconda deroga riguarda il periodo delle 11 ore di stacco tra un turno di servizio e l'altro. Viene riservata alla contrattazione decentrata la possibilità di derogarvi per garantire l'organizzazione dei turni. In cambio la semplice promessa che ai lavoratori sottoposti a questi logoranti stress siano garantite "protezioni appropriate"!? Al momento non possiamo sapere di quali protezioni si tratti, ma potremmo ipotizzare una distribuzione gratuita di omeprazolo, di elevatori palpebrali e di cocaina.

Il comma 9 dell'articolo in questione è addirittura assurdo oltre che ipocrita. Si evita accuratamente, con disinvoltura e scaltrezza, di accennare alla possibilità che la stanchezza dell'infermiere possa provocare danni ai pazienti. Il paziente forse non è più al centro delle attenzioni del SSN? Tante parole e cultura sul Risk Management per poi far finta ed addirittura ignorare che si stia parlando di sanitari professionisti responsabili in prima persona della salute dei cittadini. Ma chi ha firmato questo accordo ha mai visto un ospedale? Ci ha mai lavorato? Purtroppo è proprio questa la cruda realtà.

Ciliegina sulla torta arrivano le modifiche al codice disciplinare. Dato che le tensioni sul lavoro non accenneranno a diminuire, si potrà sospendere dal servizio fino a 10 giorni il dipendente che sia coinvolto semplicemente in "alterchi" con utenti, dipendenti o terzi. Prima tale sanzione era associata ad atti di violenza (vie di fatto).

Si potrà essere sospesi dal servizio da 11 gg. a 6 mesi anche a chi dimentica di timbrare l'entrata; a chi sia coinvolto in alterchi con vie di fatto; a chi violi i doveri di comportamento che causano grave danno all'azienda, agli utenti o a terzi.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

FONDI CONTRATTUALI

Il fondo del disagio rimane invariato come se nulla fosse e l'adeguamento delle indennità festive, notturne, di pronta disponibilità, di turno, di area critica ecc, semplicemente ignorato.

Viene sbandierata come una conquista la base di calcolo del 2005 per la riconfema dei fondi. Tale conquista sarà tutta da verificare, visto il calo progressivo del numero dei dipendenti del SSN a seguito del blocco delle assunzioni. Sono molte le aziende che registrano tale dato e quindi, per queste, i fondi sarebbero stati ben più consistenti se riferiti ai dipendenti in essere al 2001.

Una nota curiosa oltre che satirica si riferisce agli arretrati concessi per il 2006 che sono la metà del costo della tessera sindacale che generalmente CGIL-CISL-UIL applicano e cioè l'1% dello stipendio netto. L'arretrato infatti consiste, per la fascia D0, di "ben" 8,14 euro mensili.

Alla contrattazione integrativa vengono assegnate ridicole risorse così stabilite: per ogni dipendente in servizio al 3 1 .12.2005, una somma pari a **13,5 euro annui lordi per l'anno 2007**, rideteminate in **28,73 euro annui lordi per l'anno 2008** garantendole prevalentemente al fondo della produttività collettiva.

Il CCNL prevede il mantenimento dello stesso incremento del biennio precedente e la destinazione del 2% delle risorse per il decentrato; la riconferma di tutti i fondi, aggiornati al 31 dic 2005 ad eccezione delle RAR che, se destinate alla produttività anzichè ai passaggi di fascia, resteranno congelate al 2001. Un sedicesimo di quest'ultime potranno essere destinate in sede di contratto decentrato sia alla produttività che alle fasce.

L'art. 40 ex indennità infermieristica, contrariamente alle aspettative del Comitato di settore, non è stato soppresso e continuerà ad essere finanziato. Ricordiamo che tale indennità specifica per la professione infermieristica, riconosceva un'aumento stipendiale al raggiungimento dei 20, 25 e 30 anni di anzianità lavorativa.

Indennità della professione infermieristica ex art.40

Il CCNL 384 del 28 nov 1990 cercò di dare una risposta economica alla emergente carenza infermieristica, valorizzandone il ruolo, anche nell'intento di frenare l'uscita dal lavoro di infermieri che raggiungessero i requisiti minimi del pensionamento (19 anni e sei mesi per le donne; 24 anni e sei mesi per gli uomini).

L'indennità venne assegnata a tutti gli infermieri nella misura di 2.400.000 lire annue.

Inoltre, tale indennità veniva maggiorata:
a) **al 20° anno** di effettivo servizio di L. 1.200.000;
b) **al 25° anno** di effettivo servizio di ulteriori L. 1.200.000;
c) **al 30° anno** di effettivo servizio di ulteriori L. 1.200.000.

L'indennità durò solo 8 anni. Venne ridotta dal CCNL del 1999 alle attuali 840.000 lire annue (433,82 €). In quegli anni, qualcuno beneficiò anche degli ulteriori scatti al 20°, 25° e 30° anno, poi inglobati nella progressione orizzontale. Dal 1 gennaio 2000 cessarono definitivamente questi benefici, ed i fondi relativi vennero assegnati a tutto il personale per i passaggi di fascia orizzontali e al finanziamento delle posizioni organizzative.

TUTTO RINVIATO AL PROSSIMO CONTRATTO

All'art. 13 (Norme finali di rinvio) le parti, considerato il ritardo con il quale sono state avviate le trattative rispetto all'inizio del quadriennio 2006-2009 e biennio economico 2006-2007, ritengono prioritario concludere la presente fase negoziale in tempi brevi e, pertanto, concordano di rinviare, in considerazione

dell'eccezionalità della situazione, ad una apposita sequenza contrattuale, integrativa del presente CCNL, da definirsi entro la conclusione del quadriennio 2006-2009, anche la trattazione delle seguenti tematiche:

- relazioni sindacali, nell'ottica di valorizzare la contrattazione di secondo livello;
- strumenti di gestione per un'attuazione più funzionale dell'istituto della mobilità;
- revisione del sistema classificatorio:
- ridefinizione del sistema degli incarichi di coordinamento e specialistici, anche in applicazione della L. 43/2006;
- disciplina delle prestazioni aggiuntive alla luce delle disposizioni contenute nella legge 120 del 2007;
- sistema di valorizzazione delle responsabilità e autonomie professionali;
- attuazione dei contenuti dell'Intesa sul lavoro pubblico e sulla riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche, sottoscritto in data 6 aprile 2007, per la parte demandata alla contrattazione collettiva ed in relazione agli istituti da trattare;
- verifica del sistema dei trattamenti accessori e dei relativi fondi.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

Accordo Formigoni - CGIL-CISL-UIL

Ma agli infermieri cosa è rimasto?

Sono in molti ancora a credere, stampa compresa, che gli infermieri lombardi abbiano ottenuto un aumento di 1250 euro. L'accordo tra Regione e CGIL-CISL-UIL riguardante quella che all'inizio avrebbe dovuto essere la **"Vertenza Infermieristica"** voluta da Formigoni per evitare la fuga degli infermieri dalla Lombardia si è trasformata in una colossale beffa grazie all'intervento dei confederali che hanno disposto che gli aumenti riguardassero non solo gli infermieri ma tutto il comparto.

Per capirlo, facciamo insieme i conti:

Formigoni ha messo a disposizione 40 milioni di euro. Da questi occorre sottrarre la quota degli unici veri aumenti mensili riservati ai 33.500 infermieri del SSR e cioè 18 euro ai turnisti e 9 ai giornalieri. Il totale si riduce quindi a 34,5 milioni, diviso gli 85.000 dipendenti del SSR, si ottiene una quota pro capite annua di 407,00 €.

Dalla tabella degli aumenti suddivisi per categoria riportata su tutti i quotidiani, risulta che l'aumento minimo riservato alla Cat. A corrisponde a quasi il doppio della vera quota pro capite.

Ciò significa che gli aumenti, legati al raggiungimento degli obiettivi assegnati, andranno solo al 30% del personale. Il restante 70% resterà all'asciutto nonostante si sia impegnato a raggiungere gli obiettivi, a meno che in sede aziendale non si decida di premiare tutti e quindi abbassare di 2/3 la quota promessa da Formigoni.

Il risultato è la solita frammentazione dei fondi messi a disposizione e un ridicolo aumento riservato agli infermieri.

L'accordo non modifica ne risolve le problematiche che avevano spinto il Governatore lombardo fino al punto di promettere consistenti aumenti agli infermieri al fine di adeguare i loro stipendi a quelli della vicina Svizzera, onde evitare la migrazione cronica di infermieri verso le regioni di residenza dopo aver studiato in Lombardia e averci lavorato per 2 anni. Il tourn-over negli ospedali di Milano è demoralizzante per chiunque sia ben motivato a lavorare con buona volontà oltre che con scienza e coscienza.

A questo punto sorge il dubbio se le vere intenzioni di Formigoni non fossero altre. Per esempio sfruttare la risonanza mediatica sollevata dall'accordo a soli fini elettorali e di leadership all'interno della CdL in vista degli stravolgimenti politici e di alleanze in corso.

Curioso constatare anche la "velocità" con la quale si è giunti all'accordo: meno di un mese! Perchè avevano così fretta di chiudere? Non uno sciopero e nemmeno lo stato d'agitazione e soprattutto sempre e solo decisioni di vertice, senza metterle in discussione tra i lavoratori, in particolare gli infermieri!

Senza alcuno sforzo CGIL-CISL-UIL ottengono un minimo incremento a tutto il comparto per far fronte al caro vita delle città del Nord. Tale aumento è solo minimamente adeguato alla differenza reale del caro vita e i lavoratori se lo dovranno guadagnare a suon di non pochi ulteriori sacrifici che ora si chiamano "progetti obiettivo". La drammaticità dell'emergenza infermieristica continuerà dunque, così come la fuga degli infermieri dalla Lombardia, facilitando l'ingresso di infermieri dalla U.E. e peggiorando inevitabilmente le condizioni di lavoro e la qualità assistenziale.

Questa realtà continuerà ad esistere finché gli infermieri continueranno ad essere inglobati nel comparto ed ignorati da CGIL-CISL-UIL.

Noi continueremo a fare il possibile per fargli aprire gli occhi, nella speranza che ben presto tutti gli infermieri maturino la coscienza e la necessità di aderire al sindacato di categoria.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

NurSind aderisce alla Confederazione Gilda Unams: Un passo importante per l'oggi e per il domani

Giovedì 6 marzo 2008 alle ore 12,00 a Roma, presso la sede della Confederazione Gilda Unams, NurSind ha firmato il patto di adesione alla Confederazione Gilda Unams, controfirmato dal suo rappresentante legale nella persona di Alessandro Ameli, Segretario Generale, e da Mora Liguori quale Presidente.

Il confronto tra le rispettive sigle si è svolto in un clima confidenziale, aperto, schietto e propositivo. Pur non essendo noi rappresentativi nel comparto sanità, la CGU ha riconosciuto in noi un potenziale capace di raggiungere a breve tale risultato, contribuendo ad allargare e potenziare il peso sindacale della stessa Confederazione all'interno degli equilibri esistenti.

La Gilda compiva proprio ieri i suoi 20 anni di storia e di battaglie sindacali nel nome dell'autonomia e della valorizzazione delle professionalità specifiche che rappresenta. Nel loro Statuto la finalità è unica: tutelare e valorizzare le professionalità specifiche dei lavoratori nei diversi ambiti in cui vengono espletate, attraverso la costituzione di aree contrattuali separate.

Un sindacato per tutto simile al percorso di Nursind, con 10 anni in più di esperienza da cui sapremo attingere sapientemente e che la CGU è ben disposta a trasmetterci.

Nell'aderire alla CGU Nursind mantiene la completa autonomia organizzativa ed amministrativa. Si garantisce l'esclusività della rappresentanza nel comparto sanità per

Alessandro Ameli e Donato Carrara

conto della C.G.U. e l'attribuzione di tutte le prerogative sindacali del comparto sanità spettanti al NURSIND a far data dalla loro attribuzione da parte dell'ARAN.

La CGU, essendo titolata a partecipare agli accordi quadro nazionali per la definizione dei comparti e delle prerogative sindacali, ci garantirà le informazioni relative al Comparto Sanità in possesso di C.G.U. e la partecipazione di dirigenti sindacali Nursind ad incontri e trattative relativi al comparto Sanità.

Inoltre la CGU ci riserva la disponibilità di locali nella sede nazionale di Roma per la rappresentanza legale. Infine, l'accordo ci apre la possibilità di concordare localmente con i responsabili delle strutture periferiche della Federazione Gilda Unams il reciproco utilizzo delle strutture e di eventuali servizi di assistenza fiscale o legale.

Sono certo che sapremo contraccambiare la fiducia accordataci e che i frutti di tale impegno non tarderanno a maturare.

Vieni anche tu nella grande piazza virtuale

@gorà www.nursind.it

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

D.Lgs. 66/2003

Il calvario di un diritto negato!

Publichiamo il testo della protesta inviata ai Presidenti dei due rami del Parlamento, al Governo, al Ministro della Salute e al Presidente della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato, all'indomani dell'inserimento in Finanziaria, della deroga al D.Lgs. 66/03. Qui a fianco le risposte ricevute.

8 aprile 2003
A seguito delle direttive europee 104/93 CE, 2000/34CE e 2003/88CE il Presidente della Repubblica emana il Decreto Legislativo n. 66

24 dicembre2007
La Legge Finanziaria 2008 all'art.3 comma 85, prevede l'esclusione dei diritti del D.Lgs. 66 al personale del ruolo sanitario del SSN (cioè per Medici, Infermieri, TSLB, TSRM, Ostetriche, Veterinari….)ma non per OSS, OTA, Autisti di ambulanze, Ausiliari…

27 febbraio 2008
Il "decreto milleproroghe", che modifica la Finanziaria, all'art 24-ter prevede l'applicabilità al personale del ruolo sanitario del SSN fino al 1 gennaio 2009 dell'art. 7 D.Lgs.66/2003 relativo al diritto al riposo giornaliero di 11 ore consecutive

29 febbraio 2008
I sindacati siglano l'ipotesi di CCNL del comparto sanità, in cui si rinvia ai contratti integrativi aziendali la facoltà di derogare al diritto al riposo giornaliero di 11 ore consecutive e si estende a nove mesi il calcolo della media di 48 ore su cui verificare la durata massima dell'orario di lavoro settimanale.

Ma la nostra Costituzione all'art. 36 prevede che "*La durata massima della giornata lavorativa è stabilita dalla legge*." e non da altro. **Quindi l'art. 5 del nuovo CCNL è anticostituzionale!**

Oggetto: No alla deroga del d.lgs 66/03 imposta dalla finanziaria per i professionisti sanitari del S.S.N.

Ill.mo Onorevole, Nursind protesta fermamente a seguito dell'imposizione, attuata dalla Finanziaria 2008 tramite l'art. 3 comma 85, in cui si nega a tutti gli infermieri, ai medici, alle ostetriche, ai tecnici di radiologia e di laboratorio, il diritto al riposo di 11 ore tra un turno di servizio ed il successivo, come invece assicurato a tutti i lavoratori dalla normativa europea. Abrogando tale diritto, si rende di fatto programmabili negli ospedali italiani turni di lavoro della durata persino di 24 ore continuative, trascurando in questo modo la correlazione evidenziata da numerosi studi scientifici tra prolungamento del tempo di lavoro in sanità e rischio di errore.

Siamo semplicemente sbalorditi di come possa essere accaduto che, una tematica talmente importante per la sicurezza dei cittadini ricoverati nelle strutture pubbliche ospedaliere e per la stessa salute degli operatori sanitari, sia stata letteralmente "infilata" in extremis in un comma della Finanziaria, anziché discussa e condivisa dai rappresentanti delle istituzioni insieme a quelli dei lavoratori. La salute dei cittadini deve essere protetta anche garantendo il giusto riposo agli operatori sanitari, perché possano assicurare la massima attenzione nell'assistenza sanitaria.

Non è ammissibile, per uno Stato che garantisce nella sua Carta Costituzionale la salute quale bene primario indiscutibile, che si pensi di continuare a gestire il S.S.N. in condizioni di lavoro simili alle emergenze dei conflitti armati o da calamità naturali. E' indegno, irrispettoso oltre che iniquo riservare un trattamento "speciale" a chi si impegna da una vita con passione per il bene salute, operando su persone, da persone e non da inammissibili "robot" inesauribili ed indistruttibili quali le aziende sanitarie ci stanno da tempo considerando. Le cosiddette "risorse umane" del S.S.N. devono essere protette e garantite nel proprio lavoro, assicurando loro semmai condizioni particolari migliorative e non certo peggiorative rispetto a tutti gli altri lavoratori.

Se si vuole produrre salute negli ospedali non si può prescindere dalla tutela del benessere degli stessi operatori sanitari. E' il momento di scelte coraggiose, di finanziamenti destinati all'assunzione di nuovo personale, soprattutto infermieristico, perché solo incrementando il numero degli operatori sarà possibile garantire loro un lavoro dignitoso, compatibile con la vita privata e non relegato all'anacronistica visione del "missionario".

Per queste ragioni Le chiediamo un intervento urgente per: la soppressione dell'art. 3 comma 85 della Finanziaria 2008; la soppressione della parte relativa alla deroga del D. Lgs. 66/03 indicata nell'atto di indirizzo del Comitato di Settore alle trattative per il rinnovo del CCNL del Comparto Sanità; l'abolizione del vincolo della riduzione dell'1,4% del costo del personale iscritto nei bilanci delle aziende sanitarie nel 2004;

Il Legale Rappresentante NurSind
Inf. Donato Carrara

IL PRESIDENTE DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

Segreteria del Presidente
PARTENZA 7 Febbraio 2008
Prot: 2008/0000866/PRES

Gentile signor Carrara,

ho ricevuto la Sua lettera dello scorso 9 gennaio ed ho letto attentamente quanto Ella ha inteso rappresentarmi.

Al riguardo, desidero comunicarLe di aver disposto che copia della Sua lettera venga trasmessa alla Commissione parlamentare competente, affinché i deputati che ne fanno parte possano prenderne visione ed assumere le iniziative che ritengano opportune.

Mi è gradita l'occasione per inviarLe i miei più cordiali saluti.

Sig. Donato CARRARA
Sindacato delle professioni infermieristiche
Via F. Squartini 3
56121 PISA

SENATO DELLA REPUBBLICA
COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ
IL PRESIDENTE

Roma, 7 febbraio 2008

Gentile dottore,

desidero dare atto dell'importanza della questione del riposo degli operatori sanitari e segnalare la presenza di una diffusa sensibilità rispetto a tale argomento, dimostrata nel corso dell'esame del disegno di legge n. 1334, dall'accoglimento da parte del Governo dell'ordine del giorno G/1334/2/7ª e 12ª, nonché dalla contestuale approvazione dello stesso da parte delle Commissioni 7ª e 12ª riunite del Senato.

Ricordo che il citato ordine del giorno è teso a sollecitare il Governo e valutare l'opportunità di una revisione del decreto legislativo n. 66 del 2003, nel senso di garantire agli operatori sanitari undici ore di riposo nell'arco della giornata.

Colgo l'occasione per salutare cordialmente.

Prof. Ignazio R. Marino

Dott. Donato Carrara
Direzione nazionale
NurSind
Via F. Squartini, 3
56121 Ospedaletto - Pisa

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

In replica al Corriere della Sera

Quelle 11 ore di riposo...

Inf. **Nicola Fortunato** - Nursind Milano

Egr. sig.ra Simona Ravizza, ho letto i suoi articoli del 1 Novembre 2007 contenuti nelle pagine del Corriere della Sera di Milano e se mi permette vorrei esprimere alcune mie perplessità riguardo i due titoli sugli Infermieri:

pag. 1 - Infermieri fuorilegge, multe milionarie agli ospedali

Riposi saltati e non rispetto degli orari di lavoro. Il blitz degli ispettori rischia di mettere in ginocchio la sanità

pag. 3 <<Gli Infermieri non rispettano i turni>>. *Multe agli ospedali*

Blitz degli ispettori: *troppe volte salta il riposo dei lavoratori.<<Così è a rischio la sanità. Serve un decreto del governo>>.*

Rileggendo il primo titolo mi sono detto: dove ho sbagliato? Sono fuorilegge? Decido di saltare i riposi? Non rispetto gli orari di lavoro? Quindi magari rischio anche qualcosina in più…(vedi CCNL vigenti) e per di più metto l'azienda dove lavoro nella condizione di pagare multe salate per la mia scelleratezza? Tutto ad un tratto non mi sono sentito proprio a mio agio... Mi sono allora imposto di non essere precipitoso ed ho deciso di andare avanti con la lettura.

Ho letto il primo trafiletto a pag.1, che però non mi ha aperto a vie cerebrali alternative, ed ho girato la pagina. Secondo titolo altra bordata al "veliero" che già vedeva il suo albero maestro ciondolare. Colpo alla prua è giù a picco. Allora è proprio vero, mi sono detto; non rispetto i turni e l'azienda, misera lei di avermi tra i "suoi" da circa 25 anni…paga a causa mia multe ingiuste.

Poi leggo il sottotitolo e vedo uno spiraglio; gli ispettori…, ma è di breve durata e mi ritrovo a "sfasciare la sanità", anche perché si sa dal piccolo si va verso il grande e l'azienda l'avevo già messa nei guai prima, con le multe...meglio "abbondare". Bistrattata Europa, effettivamente forse l'Italia non ce l'avrebbe fatta da sola a fare una legge così giusta.

Rifletto sul fatto che io ed i miei colleghi, ogni giorno spendiamo la nostra professionalità nell'assistenza ai pazienti; riceviamo "input di legge" che ci dicono che ora siamo laureati, come i colleghi europei; che abbiamo la diretta responsabilità dell'assistenza ai pazienti e nello stesso tempo del personale di supporto, come i colleghi europei; che oltre al paziente dobbiamo occuparci di Risk Management, e il rischio per il paziente, si sa, aumenta con l'aumentato carico di lavoro e le ore in servizio; Joint Commission, qualità che può deteriorarsi con l'aumentato carico di lavoro e le ore in servizio; ECM, aggiornamento continuo oltre al già presente sovraccarico di lavoro e salti di riposo, e tutto quello che ora fa parte della mia e della loro professione, proprio come i colleghi europei .

Le 11 ore di riposo in Europa c'erano già e in Italia sono state recepite dal 2003, come ben precisato nell'articolo, ma allora in questi 4-5 anni **perché mi hanno permesso, e soprattutto chi, di fare del male alla mia azienda? Perché mi hanno permesso di saltare costantemente i riposi per garantire l'assistenza ai pazienti?** Per fare del male alla mia azienda? **Perché mi hanno permesso di limitare all'estremo la vita privata?** Per fare del male alla mia azienda? Perché mi hanno permesso di vivere come un bandito nella foresta di Sherwood (Nick Hood il fuorilegge)? Per fare del male alla mia azienda? Io la multa non volevo mica farla pagare alla mia azienda.

Perché qualcuno non ha fermato questa mia follia? Visto che c'ero ho pensato anche; perché mi hanno sottopagato in questo modo, non come i colleghi europei? Perché mi hanno costretto e mi costringono tutti i giorni ad un avvilente e demoralizzante demansionamento continuo, non come i colleghi europei? Perché hanno permesso che mi riposassi poco, non come i colleghi europei?

Mi resta il conforto di non aver recato danni a nessuno dei pazienti. Forse qualcuno in questi 1460-1825 giorni, è invece riuscito a riposarsi…E' forse venuta l'ora che si desti e si accorga che anche gli infermieri italiani sono europei. Francamente se io avessi potuto scrivere il titolo dell'articolo, l'avrei scritto così: **Amministrazioni Ospedaliere inadempienti riguardo alla normativa vigente: D. Lgs. 66/2003 "riposo di 11 ore sulle 24 del personale turnista" e ora dobbiamo pagare anche le multe, dopo quasi 5 anni, di chi le responsabilità?**

Ma ad ognuno il suo lavoro.

Cordiali saluti un suo lettore

Numero di Infermieri ogni mille abitanti:

Meglio il Gabon dell'Italia!

Inf. **Tiziano Petracchi** - Nursind Livorno

Il Gabon è situato nell'Africa centrale, è attraversato dall'Equatore, confina a nord-ovest con la Guinea Equatoriale, a nord con il Camerun, a est e a sud con il Congo. A est si affaccia sull'Oceano Atlantico. La foresta equatoriale ricopre l'85% della superficie del territorio, e la savana erbosa si trova lungo la costa e a sud-est della regione di Franceville.

Dal 1961, il Gabon si è trasformato in una Repubblica con una forma di governo presidenziale. Il parlamento (l'Assemblea nazionale) è bicamerale ed è composta da 120 deputati scelti per un mandato di cinque anni. Il presidente è scelto a suffragio universale per un mandato di sette anni. In Gabon vivono oltre 40 diversi gruppi etnici con lingue e tradizioni proprie. I primi abitanti della regione furono i pigmei tuttora rappresentati….

A questo punto Vi chiederete…che c'entra il Gabon? Abbiamo cercato di descrivere con poche righe un paese africano ricco di fascino, di culture e razze antichissime, per introdurre l'argomento Sanità in Italia, ma soprattutto Sanità nella provincia di Livorno.

Infatti, è stata di recente stilata la classifica dell'O.M.S. per quanto riguarda il numero di Infermieri ogni 1000 abitanti. L'Italia, come potete vedere nella tabella, con 5,44 Infermieri ogni 1000 abitanti, risulta al quarantesimo posto, dietro a Paesi quali il Turkmenistan, il Kyrgyzstan o il Kazakhstan. Al cinquantesimo posto, con 5,04 Infermieri ogni 1000 abitanti, si è classificato, appunto, il Gabon.

Dietro al Gabon, teoricamente, potrebbe trovar posto la Provincia di Livorno, con i suoi 4,9 Infermieri ogni 1000 abitanti. I Cittadini livornesi, fanno bene a lamentarsi della poca assistenza che ricevono in ospedale, o nei distretti, o al pronto soccorso, ma forse sbagliano quando se la prendono con gli Infermieri, pochi numericamente e spremuti come limoni (i numeri non mentono).

Consoliamoci però, perché l'Italia risulta nella top ten per numero di Medici (esattamente al 6° posto !), distaccando Paesi come gli Stati Uniti, la Germania, la Francia. Basti pensare che l'Italia ha il doppio dei Medici che ha l'Inghilterra. Quindi, a tutti coloro che dicono che nel nostro Paese non ci sono abbastanza Medici…!A noi Infermieri, non ci resta che consolarci constatando che pur essendo meno della metà dei nostri colleghi inglesi garantiamo più o meno gli stessi standard assistenziali. La cosa che tuttavia non può consolarci è che pur lavorando il doppio degli Inglesi, guadagniamo rispetto a loro, in media, dai 600 agli 800 euro in meno.

Tantissima preparazione, continui aggiornamenti, turni massacranti, alta responsabilità ed elevato rischio di errore se si lavora in condizioni non ottimali. Il tutto associato ad uno stipendio non esattamente all'altezza delle medie europee. Questo è uno dei principali motivi per cui i giovani non si avvicinano più a questa professione, che ricordiamo essere la più ricercata dal mercato del lavoro, che garantisce cioè a tutti coloro che si laureano in scienze infermieristiche, un'occupazione pressoché immediata. Meditate gente…meditate.

TABELLA ORGANIZZAZIONE MONDIALE SANITA'

Infermieri per 1000 ab.			Medici per 1000 ab.	
Norway	15,24	1	Cuba	5,91
Ireland	15,2	2	Belarus	4,55
Finland	14,33	3	Belgium	4,49
Netherlands	14,13	4	Estonia	4,48
Iceland	14,03	5	Russian Federation	4,25
United Kingdom	12,12	6	Italy	4,2
Belarus	12,03	7	Turkmenistan	4,18
Switzerland	11,15	8	Lithuania	3,97
Denmark	10,36	9	Israel	3,82
Canada	10,35	10	Iceland	3,62
Sweden	10,24	11	Switzerland	3,61
Uzbekistan	10,22	12	Azerbaijan	3,55
Germany	10,12	13	Kazakhstan	3,54
Czech Republic	10,11	14	Czech Republic	3,51
Austria	9,38	15	Austria	3,38
U.S.A.	9,37	16	Germany	3,37
Hungary	9,25	17	France	3,37
Luxembourg	9,16	18	Hungary	3,33
Australia	9,1	19	Spain	3,3
Turkmenistan	9,04	20	Sweden	3,28
Estonia	8,5	21	Slovakia	3,18
Seychelles	8,33	22	Malta	3,18
Japan	8,19	23	Finland	3,16
New Zealand	8,16	24	Netherlands	3,15
Spain	8,08	25	Norway	3,13
Russia	8,05	26	Latvia	3,01
Lithuania	8,02	27	Ukraine	2,95
Ukraine	8,02	28	Denmark	2,93
Cuba	7,44	29	Ireland	2,79
France	7,24	30	Uzbekistan	2,74
Slovenia	7,21	31	Luxembourg	2,66
Slovakia	7,17	32	Moldavia	2,64
Azerbaijan	7,11	33	U.S.A.	2,56
Israel	6,26	34	Kyrgyzstan	2,51
Belgium	6,23	35	Australia	2,47
Malta	6,23	36	Poland	2,47
Kyrgyzstan	6,14	37	Croatia	2,44
Moldavia	6,06	38	New Zealand	2,37
Kazakhstan	6,01	39	United Kingdom	2,3
Italy	5,44	40	Slovenia	2,25

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

I Sistemi Sanitari Regionali sotto la lente:
meglio il Centro Nord che il Sud

dal sito www.regioni.it

La Toscana viene considerata dagli economisti la migliore nell'organizzazione sanitaria. Tra le regioni con i migliori indici ci sono anche la Lombardia, l'Umbria, l'Emilia-Romagna, e il Friuli-V.G., mentre gli indici peggiori si registrano in Puglia, Campania, Sardegna, Calabria e Sicilia.

I dati sono emersi durante la 12/a Conferenza annuale Aies (Associazione Italiana di Economia Sanitaria: http://www.aiesweb.it/).

E' "profondo divario" tra le regioni del Centro-Nord e quelle del Sud (tra le quali e' compreso anche il Lazio), nonostante quasi tutte le regioni meridionali (tranne Puglia, Basilicata e Calabria) abbiano una spesa uguale o superiore alla media nazionale. Dallo studio emerge che la Lombardia e' piu' efficiente nell'economicita' della gestione aziendale, la Pa di Bolzano nell'efficienza ospedaliera, l'Umbria nella qualita' dei servizi, il Veneto nei risultati di salute. Altre, invece, risultano peggiori in piu' di un'area: la Sardegna (economicita' e efficienza), la Calabria (qualita' e appropriatezza) e la Sicilia (equita' e negli esiti di salute).

La ricerca ha inoltre evidenziato come Toscana, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, siano passate "da una gestione basata sull'imposizione di direttive dall'alto, alla condivisione degli obiettivi tra gli attori del sistema", mentre al Sud prevalga ancora il "modello burocratico tradizionale".

In Italia la spesa sanitaria, che ha un valore complessivo pari a 133,2 miliardi di euro, genera oltre 3 milioni di posti di lavoro, il 12,4% del totale dei lavoratori: per ogni milione di euro di spesa complessiva della Pubblica Amministrazione, delle famiglie e per gli investimenti del settore sanita', si creano 23 posti di lavoro.

I dati sono stati confrontati con l'attivazione occupazionale della spesa in altri settori, come il tessile e l'abbigliamento (18 posti di lavoro per milione di spesa), il settore dei mezzi di trasporto (7 posti) e la meccanica (14 posti).

La spesa sanitaria (circa 133 miliardi) e' formata da spesa della P.A, delle famiglie e investimenti; delle tre voci considerate, la maggior incidenza e' quella della spesa pubblica sanitaria, con un valore di quasi 100 miliardi di euro, che rappresenta circa 1/3 di tutta la spesa pubblica italiana.

Il Pil attivato in Italia e' di 172,7 miliardi di euro, l'11.7% del totale; in media questa attivazione, e' stato spiegato, ha un'incidenza sul Pil maggiore nelle regioni meridionali che in quelle settentrionali per il piu' ampio peso che il settore sanita' ha nelle prime rispetto alle altre. Infine le importazioni complessivamente attivate dalla spesa sanitaria sono 36,6 miliardi di euro (il 9% delle importazioni italiane).

Esistono forti diversita' tra le Regioni sulla tariffa riconosciuta agli ospedali pubblici e privati accreditati per le medesime prestazioni. Dall'analisi di alcuni indicatori (effettivo utilizzo del sistema a tariffa come criterio di riparto del FSR, scostamento del tariffario regionale da quello nazionale, grado di differenziazione delle tariffe in base alle caratteristiche degli ospedali, grado di aggiornamento, penalizzazione di comportamenti opportunistici), l'indagine evidenzia un utilizzo del sistema tariffario, da parte dei SSR, molto differenziato.

Una valutazione concisa delle varie dimensioni di risultato - gestione economica, indicatori di processo (qualita', efficacia, appropriatezza) e di risultato finale (salute ed equita') - fornisce, attraverso la media degli indicatori regionali, un indice globale di per- formance.

Le regioni con i migliori indici di performance sono ubicate nel Nord e nel Centro: Lombardia (0,69 su 1,0), Umbria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Toscana (max: 0,78), mentre quelle con gli indici peggiori sono al Sud: Puglia (0,42), Campania, Sardegna, Calabria e Sicilia (min: 0,33).

I dati confermano ancora una volta il profondo divario che persiste tra le regioni del Nord-Centro e quelle del Sud, tra le quali va compreso anche il Lazio. Nonostante oggi quasi tutte le regioni del sud (eccetto Puglia, Basilicata e Calabria) abbiano un livello di spesa uguale o superiore alla media nazionale, i risultati prodotti non sono adeguati.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND

Carceri:

La sanità passa alle ASL

Da Italia Oggi del 21/2/2008

I ministeri giustizia e salute hanno messo a punto il dpcm che attua la Finanziaria 2008. Trasferiti al Ssn i medici dipendenti e le strutture sanitarie. Le prossime elezioni non impediranno il passaggio della medicina penitenziaria al Servizio sanitario nazionale. È stata infatti approntata dai ministeri interessati (giustizia e salute) la bozza del decreto del presidente del consiglio dei ministri concernente le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Il testo dovrà ora essere visionato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, prima di essere firmato dal capo del governo. Dal momento di entrata in vigore del decreto verranno trasferite alle regioni tutte le funzioni sanitarie svolte dal dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal dipartimento della giustizia minorile, comprese tra le altre cose quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche sia per i tossicodipendenti sia per i minori affetti da disturbi psichici. L'art. 3 della bozza di decreto prevede che siano trasferiti tutti i rapporti di lavoro subordinato a tempo indeterminato relativi all'esercizio delle funzioni sanitarie svolte nell'ambito del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e di quello della giustizia minorile alle aziende sanitarie del Servizio sanitario nazionale nei cui territori sono ubicati gli istituti penitenziari e i servizi minorili di riferimento, secondo modalità concertate con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. L'art. 4 disciplina il trasferimento delle attrezzature, degli arredi e dei beni strumentali di proprietà del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del dipartimento della giustizia minorile del ministero della giustizia alle aziende sanitarie locali

in base alle competenze territoriali. I locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie, inclusi quelli già utilizzati gratuitamente dalle aziende sanitarie per attività connesse alle patologie da dipendenza e per la custodia attenuata dei tossicodipendenti, verranno messi a disposizione a titolo gratuito delle aziende sanitarie del Servizio sanitario nazionale nel cui territorio sono ubicati gli istituti penitenziari di riferimento. L'art. 5 trasferisce alle regioni le funzioni sanitarie afferenti agli ospedali psichiatrici giudiziari ubicati nel territorio delle medesime, trasferendo contestualmente attrezzature, arredi e beni strumentali alle aziende sanitarie locali territorialmente competenti.

Quanto alle risorse finanziarie, l'art. 6 trasferisce al Fondo sanitario nazionale 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, 162,8 milioni per l'anno 2009 e 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010. L'art. 7 prevede poi che entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome, vengano definite le forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza e siano regolati i rapporti di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario, anche in materia di patologie da dipendenza. Ovviamente si tratterà successivamente di monitorare il buon funzionamento della gestione della sanità in capo alle regioni. Un ruolo lo dovranno avere i garanti regionali delle persone private della libertà. Ma il decreto ha già suscitato polemiche. Con un documento di fuoco l'Amapi, l'associazione che raggruppa i medici carcerari, scrive ai ministri Scotti e Turco chiedendo garanzie sul mantenimento del loro posto di lavoro e preannunciando iniziative di piazza. Sotto accusa la riforma che prevede il passaggio di medici e infermieri penitenziari alle Asl territoriali con la possibilità che se prima erano i medici ad andare nei penitenziari per visitare i detenuti ammalati, ora saranno i detenuti malati ad andare negli ospedali.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Il "treno" è passato e noi...

l'abbiamo preso al volo!

Inf. **Alfonso Caruso** - Segretario Provinciale Nursind Brescia

Qualche mese fa, verso la fine di settembre, io ed un gruppo di amici andammo a fare un'allegra passeggiata presso le campagne tra Desenzano e Lonato.

Mentre aspettavamo che la leva del passaggio a livello si abbassasse per l'imminente arrivo del treno, uno dei miei amici della chirurgia grida fuori dal finestrino: "Oh ma che….fai? Sta per passare il treno!. Pensai che stesse ammonendo qualcuno, ma appena il treno passò un altro amico dell'urologia ebbe come un attacco e svenne per terra. La collega della Medicina scese dalla macchina e cercò di rianimarlo, dopo un po' si riprese e disse che aveva visto passare sulle rotaie il suo sogno ed il treno del Nursind lo prese in pieno.

I suoi amici lo mandarono a quel paese, ma si dovettero ricredere quando il sogno divenne realtà e sentirono singhiozzare, in vicinanza dell'ospedale di Desenzano del Garda che il Nursind aveva preso un seggio con due soli candidati e con la possibilità del secondo seggio per poco più di quindici voti.

A poco più di un mese dall'elezione, sono stato convocato ad una trattativa aziendale, non potete immaginare quanti complimenti sono arrivati dai colleghi infermieri eletti nelle sigle dei confederati. Successivamente i miei occhi hanno potuto guardare da vicino che in RSU non contano tanto i numeri ma le idee e grazie alla mia schiettezza, onestà, sincerità, profondità di sentimenti, sono riuscito a lavorare in modo costruttivo con tutte le sigle sindacali. E se all'inizio la novità può essere stata quella di vedere un volto nuovo nell'elezioni RSU dell'azienda di Desenzano del Garda, nel corso di quest'anno, incontrando i colleghi, ho potuto constatare che la breccia è stata ancora di più il fatto che un sindacato di categoria "infermieri per infermieri" esercita un rinnovato appeal verso tutti quei colleghi che non si sentono più rappresentati da schemi e linguaggi troppo legati al passato dei confederati.

Mi piace sempre ricordare, con una punta di orgoglio, che, quando si è fatta strada la possibilità di diventare segretario provinciale di Brescia ho riscontrato un importante sostegno ed incoraggiamento dal segretario nazionale Donato Carrara, dalla collega di Chiari Agata Tomaselli, da Flora Arrighi di Gavardo e dal segretario aziendale del Nursind di Desenzano Maurizio Sciampagna.

Alfonso e Maurizio con le colleghe dell'urologia

Concludo ribadendo che nelle nostra professione c'è una domanda di ricambio culturale, generazionale e di politica sindacale, ma stenta a trovare risposta. Il Nursind senza dubbio ha fatto da pioniere nelle nuove prospettive sindacali ma nella professione la svolta di un sindacato di categoria ancora non decolla pienamente. Viviamo in un paese in cui prevalgono modelli di poteri quasi assurdi. Occorre scrollarsi di dosso un certo vittimismo che continua a persistere nella nostra professione e fare squadra per avanzare di più nella vita pubblica.

Spedali Civili di Brescia:
cosa sono i letti bis?

Inf. **Pompeo Cammarosano** - Delegato RSU Nursind Brescia

Quando sfogliamo un quotidiano o ascoltiamo un telegiornale, sicuramente, ci si chiede se è veramente tutto così cupo e nero. Ma ci sarà pur qualche cosa che funzioni?

Per fare uno scoop giornalistico è inevitabile sbattere il mostro in prima pagina e irritare la sensibilità comune, scuotendo profondamente le coscienze. Spesso si parla di sanità aggettivandola con il dispregiativo malasanità.

Malasanità, perché dei chirurghi hanno operato il paziente sbagliato. Malasanità, perché un pronto soccorso non ha accettato una persona bisognosa di cure che poi teminerà la sua corsa verso un luogo di cura, in ambulanza.

Sanità è anche questo ma meno male non solo questo per fortuna! C'è del buono, e anche tanto.

Il comparto sanitario, come quello della scuola, è sempre il primo ad essere sacrificato quando c'è da fare un taglio alla spesa pubblica. Eppure proviamo ad immaginare solo per un attimo come sarebbe vivere in mezzo a un popolo senza cultura e assistenza. Beh! Meglio non pensarci. Si è tutti concordi su un fatto e cioè che l'assistenza non la si nega a nessuno.

Il diritto alla salute è sacrosantamente sancito dalla nostra Costituzione. Ma se da una parte il legislatore costituzionale ne riconosce la inviolabilità, dall'altra, il legislatore ordinario, nello specifico quello regionale e quindi subordinato, cosa fa? Ritiene che il numero dei posti letto ospedalieri vada ridotto e ne pratica perciò un taglio.

Bene! Evviva Dio, se ciò è legato a una riduzione di morbilità della gente. Ma se ciò non fosse e non lo è, evviva Erasmo da Rotterdam con tutto il suo elogio della follia!

Infatti da una parte si tagliano letti e reparti e dall'altra spuntano ma guarda un po', dei letti identificati come bis. Cosa sono i letti bis?

Non sono altro che quei letti che sono stati soppressi e che ricompaiono come per incanto, come supplementari e aggiuntivi all'interno di una unità di degenza, restringendone ulteriormente lo spazio materiale, necessario per una eventuale emergenza e aumentando notevolmente il rischio di errori da parte degli operatori che si trovano a fronteggiare un incessante aleatico divenire, poiché per ridare un minimo di spazio in più che consenta alla persona una degenza dignitosa e confortevole, si riassorbono i bis come letti normali, ma capita che quel letto che all'anagrafe diagnostica era codificato una volta come bis non lo sia più e che al suo posto ce ne sia un altro.

Le colleghe della Medicina di Brescia

Lasciamo poi alla legge sulla privacy fare tutto il resto, poiché con la scomparsa della grafica dai piedi del letto, il paziente è ridiventato di nuovo un numero o una lettera con tutto un aumento esponenziale del rischio di errori.

Il buon Fedro, favolista classico, direbbe che la morale della favola è… Ma noi operatori del settore vorremmo non fare né morale e né raccontare favole ma assistere bene gli utenti senza doverci stressare, come invece accade, in termini psico-fisici.

Da alcuni studi emerge che quando è occupato più del 90% dei letti in una corsia di ospedale, il rischio di mortalità e di incidenti aumenta. Figuriamoci quando supera il 120%. Vorrei tanto essere asino in matematica e non saper fare i conti! Ma purtroppo i conti, c'è sempre qualcuno che ce li fa per noi. E penso che dobbiamo fare i conti con questa poco rosea realtà e non fare come lo struzzo che per paura del pericolo mette la testa sotto la sabbia! Non ci è concesso ciò, perché si tratta di vite umane e non di struzzi. Non me ne vogliano gli animalisti!

E' in gioco la salute dei pazienti e anche quella degli operatori socio-sanitari. Sì, proprio così, degli operatori che fanno sempre più salti mortali e sacrifici per mantenere in piedi standards sanitari accettabili. Spero che tutte queste fatiche non diventino alla fine le famose fatiche di Sisifo! La storia insegna che alla fine in tutte le civiltà, ha finito per prevalere la ragione ma purtroppo non sempre senza aver pagato un prezzo! E' proprio questo prezzo che non ci va di pagare. Che si affronti il problema in maniera seria e tempestiva pro bono salutis (per il bene della salute).

Sarà che mancano risorse umane e finanziarie ma sarà pure da stare attenti a non sciupare e sfruttare male quelle risorse umane a disposizione perché si rischia di esaurirle con conseguenze che non voglio nemmeno pensare!

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Ospedale di Livorno

Oncologia a rischio cancro

Inf. **Tiziano Petracchi** - Nursind Livorno

Nursind denuncia le precarie condizioni di sicurezza sul lavoro per gli infermieri

Tratto dal "Corriere di Livorno" martedì 25 settembre 2007

Una nuova campana d'allarme è suonata dal sindacato NurSind delle professioni infermieristiche che riecheggia nei corridoi del reparto di Oncologia Medica del presidio ospedaliero. L'accusa lanciata è nei confronti della sicurezza sul lavoro a cui sono sottoposti gli infermieri operanti nel primo padiglione dell'ospedale labronico, quello oncologico, riguardo al trattamento e all'uso di farmaci antitumorali.

Il dito si scaglia contro i locali fatiscenti che offrirebbero poche garanzie per la sicurezza di chi ogni giorno è obbligato a maneggiare e adoperare prodotti farmacologici reputati pericolosi, che con il tempo potrebbero provocare, in chi ci è a contatto giornalmente, formazioni neoplastiche (cancri).

La denuncia che si leva dal sindacato sottolinea come le mura dei locali siano prive di materiale plastico facilmente lavabile (PVC) come invece dovrebbe essere secondo le disposizioni emanate il 5 agosto del 1999 e pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 7 ottobre 1999 numero 236, i muri sono invece porosi e non basterebbe una semplice pulizia per neutralizzare gli agenti nocivi.

La stanza nella quale vengono preparati questi farmaci sottolinea Tiziano Petracchi del NurSind non è ermeticamente chiusa come dovrebbe essere da regolamento e gli infissi sono quelli originali del 1933, data in cui fu costruito l'ospedale e la cappa sotto la quale operano gli infermieri non ha nessun sistema di espulsione all'esterno dell'aria filtrata". Secondo l'articolo 4.4.1. delle linee guida la preparazione di farmaci chemioterapici deve avvenire lontano da ogni fonte di calore ed eventuali correnti d'aria cosa che secondo il sindacato non si verifica ed anzi "l'aria filtrata dalla cappa viene riversata di nuovo nel locale di preparazione, aumentando l'esposizione e l'assorbimento di farmaci nocivi nei confronti degli operatori". Il pericolo è proprio quello relativo ai farmaci antiblastici utilizzati.

Tiziano al presidio di Montecitorio

Alcuni di questi prodotti sono stati dichiarati cancerogeni sottolinea preoccupato Petracchi altri sono ancora in corso di studio, quello che è certo è che le stanze nelle quali gli infermieri sono costretti a lavorare non risultano a norma e il rischio è quello di esporre questi lavoratori ad effetti cancerogeni successivi. Vi ricordate l'amianto? Nessuno avrebbe dubitato decenni fa della sua pericolosità, eppure i suoi dannosi effetti si riscontrano ancora oggi". Il problema sembra però sempre di più una questione relativa ad un mancato intervento architettonico che dovrebbe essere effettuato all'interno dei locali o nella costruzione di nuovi vani che rispondano alla perfezione alle disposizioni delle linee guida che "per adesso chiosa Petracchi non sono certo rispettate".

Il nuovo ospedale di Empoli

USL 11 di Empoli:
Nursind raddoppia i seggi

Inf. **Giampaolo Giannoni** - Segretario Provinciale Nursind Firenze

La condizione Infermieristica, a livello nazionale, non può non rispecchiarsi poi nelle varie realtà locali, dove la carenza degli organici, il continuo demansionamento e il pochissimo spazio lasciato alla salvaguardia della propia autonomia professionale, creano un malcontento a cui spesso è difficile anche dare una risposta.

L'attenzione che il sindacato infermieristico ha comunque dato alla nostra condizione, è stata, nonostante tutto, premiata da un eccellente risultato elettorale che, nella USL 11 di Empoli, ha portato quasi a raddoppiare il numero dei seggi, passando da quattro a sette.

Non nascondiamo la nostra soddisfazione, anche se, realisticamente, il predominio dei sindacati confederali è assoluto, evidenziato già il giorno stesso dell' insediamento delle RSU, arrogandosi il diritto ad avere i 2/3 della rappresentatività in delegazione trattante. Così è la vita. Da parte nostra non mancherà comunque l'impegno, anche con la denuncia (come spesso è successo) a difendere la nostra condizione di lavoro e salvaguardare la vita privata di tutti i lavoratori, cosa spesso dimenticata.

Nei prossimi mesi, con l'inaugurazione del nuovo ospedale, ci attendono giorni importanti, dove le dotazioni organiche, la nuova organizzazione del lavoro e le politiche sull'orario di lavoro, siamo certi, la faranno da padrona nei temi di lotta sindacale. Il silenzio di parte aziendale su questi temi, sono il sintomo che "i numeri non tornano", contrariamente a ciò che poi si va affermando.

Il nostro compito sarà quello di seguire attentamente tutte le fasi del cambiamento, intervenendo laddove si ravvedono situazioni critiche, denunciando, con la massima trasparenza, le problematiche emerse, anche e soprattutto grazie a tutti gli Infermieri.

Doveroso è il nostro ringraziamento a tutti gli Infermieri per l'attenzione che ci hanno riservato, e doveroso è il mio ringraziamento a tutti i colleghi che, senza l'utilizzo di congedi o distacchi sindacali, ma sacrificando spesso il proprio tempo libero e gli affetti, hanno permesso la crescita di NurSind nella nostra Azienda.

Mi sia permesso di ringraziare pubblicamente le infermiere e gli Infermieri che compongono la nuova RSU, per l'impegno che hanno assunto. Un grazie a Rosaria Mereu, Luca Sinibaldi, Enzo Parisi, Filippo Cecconi, Claudio Pasqualetti, Francesco Ciampalini.

Buon lavoro a tutti

Alla cortese attenzione di:

Simonetta Chiappi, Direttore Dipartimento le Professioni Sanitarie USL 11 di Empoli

Nedo Parlanti, Responsabile di Struttura Uff. Infermieristico USL 11 di Empoli

Paolo Prosperi, Coordinatore RSU USL 11 di Empoli

Marconcini Gabriele, Responsabile UOC Relazioni Sindacali e Gestione delle Risorse Umane USL 11 di Empoli

Annalisa Silvestro, Presidente Nazionale Collegio IPASVI

Al **Collegio IPASVI** di Firenze

Agli/Alle Infermieri/e dell'Azienda USL 11 di Empoli

Oggetto: Segnalazione su personale Infermieristico richiamato in sostituzione di personale OSS

E' un dato di fatto assolutamente incontestabile che, nell'immaginario collettivo, a parte gli istituzionali camici bianchi dei Medici, tutto il resto che attraversa, spesso di gran carriera le corsie e non solo, viene identificato come appartenente alla grande famiglia degli Infermieri. Più drammatico è il fatto, anch'esso fondato sui fatti, che la realtà non sembra molto diversa dall'immaginario, se è vero quanto segnalato dai reparti di Medicina dell'USL 11 di Empoli.

Il fatto drammatico è che tali imposizioni, avvengono per mano di quelle "macroarticolazioni aziendali" che dovrebbero avere l'onore e l'onere di vigilare anche sul decoro della professione Infermieristica e non attivarsi per il suo demansionamento al solo scopo di far tornare i numeri. Così i numeri non torneranno mai.

Ci troviamo in un momento di assoluto scollamento "temporo-spaziale" tra realtà e fantasia, tra dirigenza che naviga nelle sue acque fatte di burocrazia, progetti, schede "ASGO", "DS polivalenti" e caterve di lavoro da distribuire e Infermieri che in quelle acque affondano, non sapendo come fare a lavorare sul quotidiano. Qualcuno ci rimette, e spesso purtroppo, è il fine ultimo del nostro lavoro a subirne le conseguenze: il cittadino-utente. Non importa andare a scomodare le pagine orribili della "malasanità", basta raccogliere, come mi è capitato, l'indignazione e lo sconforto di familiari che, dopo l'ospedalizzazione di un loro caro, hanno ricevuto in dote anche le sue lesioni da decubito.

Ai miei stimatissimi colleghi vorrei però dire, sapendo di non incontrare il loro consenso, che il "cambiamento" spesso, dipende da ognuno di noi. Conoscendo e mettendo in pratica i nostri doveri, impariamo a difendere anche quelli che sono i nostri diritti. Iniziamo a dire no. **Fatevi fare l'ordine di servizio per rientrare in sostituzione del personale OSS** e poi consegnatelo al vostro sindacato e alla RSU. Investite le RSU Aziendali dei fatti che vi sembrano importanti, è un vostro diritto, li avete eletti voi, quei rappresentanti.

Agli Organismi Professionali, alla RSU dell' USL 11 di Empoli, al Dip. Inf.co, chiedo interventi urgenti e tempestivi per verificare le condizioni di lavoro del personale Infermieristico e la rimozione dei problemi evidenziati.

Restando a disposizione per ogni chiarimento in merito, porgo i più cordiali saluti

Empoli, il 10/01/2008

Inf. Giampaolo Giannoni

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

A Torino si indaga sui morti in acciaieria:

Chi indaga sul rischio in corsia?

Inf. **Giancarlo Mezzanato** - Segretario Provinciale Nursind Torino

Alcune immagini dagli ospedali italiani

Questi soni i giorni dei bilanci, le elezioni si sono esaurite, il 2008 è iniziato e ci vedrà impegnati ad aprile nel 4° Congresso Nazionale in quel di Acireale.

La nostra professione, attraverso il sindacato di categoria, cerca di uscire da una palude in cui è stata confinata da decenni di sindacato delegato; le nostre giuste istanze per decenni le hanno perorate le figure più varie, mentre noi nei reparti si operava a testa bassa convinti che nulla avrebbe scalfito il nostro ruolo.

Aveva torto chi la pensava così.

Gli ultimi significativi incrementi salariali sono dell' epoca di Di Lorenzo al Ministero della Sanità.

Da allora molte categorie ci hanno avvicinate, ci hanno eguagliati ed in alcuni casi superati, come livello reddituale. E' difficile non valutare questa situazione direttamente connessa alla delega che abbiamo concesso a rappresentarci. Spesso la differenza sul salario, nei confronti di altre categorie, è determinato quasi esclusivamente dalle indennità: più notti, più festività in turno; inoltre la nostra professionalità è sovente umiliata nel quotidiano, per essere esaltata nei momenti in cui si discute di contratti. Siamo, a mio avviso, strumentalizzati da rappresentanze che sono espressione solo di loro stesse. Mi viene la pelle d' oca al solo pensiero che la destinazione a questo o quel servizio o reparto, venga di fatto deciso da amministrativi o centralinisti (con tutto il rispetto per le persone).

La situazione è sotto gli occhi di tutti, eppure spesso l' unica reazione è il brontolare, criticarci fra colleghi, al limite cercare una soluzione personale individualistica asservendoci al "potente" di turno. Penso che la soluzione non può essere individuale, bensì collettiva; solo la compattezza della categoria può affrancarci da una vera e propria schiavitù.

Significativo è il fatto che la politica discuta sulla opportunità o meno delle 11 ore fra un turno e l'altro. Forse come infermieri siamo cittadini di serie "B"? Forse non abbiamo diritti civili?

In questi giorni Torino è a lutto per i fatti accaduti all' acciaieria (in primis un pensiero al dolore delle famiglie), ad indagare sulle cause vi è l' ASL 1, indaga su rispetto di orari, estintori etc.... Sulla turnistica e sulla sicurezza nelle corsie chi indaga? Questo è solo un campionario di vissuto quotidiano nell' espletamento della nostra professione, lungi dal voler essere esaustivo.

La soluzione spicca agli occhi: la partecipazione è la più immediata e democratica. Una volta si diceva che: "un popolo affamato fa la rivoluzione". Avendo scelto noi, di difendere e migliorare la vita, dobbiamo scegliere una rivoluzione di tipo culturale partecipativa. In estrema sintesi se l'infermiera/e non parteciperà attivamente (non è, a mio avviso, nella portata del singolo contributo, ognuno contribuisce a seconda delle singole capacità), creando uno "spirito di corpo", una "identità professionale", il nostro non sarà molto roseo come futuro.

Con dignità nella vita e nel lavoro:

Combattere il Mobbing

Dott. Inf. **Antonino Mangione** - Segretario Provinciale Nursind Caltanissetta

Mobbing fa riferimento alle diverse forme di violenza psicologica esercitate nei confronti dei lavoratori sui luoghi di lavoro. Il termine mobbing deriva dal verbo inglese "to mob" che significa: accerchiare, circondare, assediare, attaccare, assalire in massa, fare ressa, affollarsi attorno a qualcosa o qualcuno.

Viene generalmente usato in etologia per indicare il comportamento di alcune specie di animali consistente nell'accerchiare e minacciare un membro del branco per costringerlo ad allontanarsi dal gruppo.

Nella sua trasposizione in ambito lavorativo, la parola mobbing assume il significato di pratica vessatoria, persecutoria o, più generalmente, di violenza psicologica perpetrata dal datore di lavoro o da colleghi (mobber) nei confronti di un lavoratore (mobbizzato) per costringerlo alle dimissioni o comunque ad uscire dall'ambito lavorativo.

I motivi della persecuzione possono essere i più svariati: invidia, razzismo, diversità religiosa o culturale rispetto al gruppo prevalente, carrierismo sfrenato, o semplicemente gusto nel far del male ad un'altra persona.

Gli elementi identificativi del mobbing sono dunque:

- la presenza di almeno due soggetti, il mobber (parte attiva) ed il mobbizzato (parte passiva), che entrano in contrasto tra loro;
- l'attività vessatoria continua e duratura;
- lo scopo di isolare la vittima sul posto di lavoro e/o di allontanarla definitivamente o comunque di impedirle di esercitare un ruolo attivo sul lavoro.

Si suole generalmente distinguere tra **mobbing verticale**, nel quale l'attività vessatoria viene posta in essere da parte dello stesso datore di lavoro o da un superiore gerarchico o comunque un soggetto cui il mobbizzato è, nell'organizzazione del lavoro aziendale, subordinato; ed il **mobbing orizzontale** in cui la violenza psicologica proviene, invece, da parte di colleghi di lavoro o addirittura da soggetti subordinati gerarchicamente alla vittima. In realtà spesso accade che le due tipologie finiscono per intrecciarsi, in una comune strategia persecutoria che vede il datore di lavoro come "ispiratore" ed i colleghi come concreti "esecutori".

Di frequente, inoltre, al di là delle condotte apertamente vessatorie, la situazione di isolamento della vittima viene ulteriormente amplificata anche dai comportamenti dei c.d. "side mobbers", cioè tutti quei soggetti (superiori gerarchici, direttori del personale, ma anche semplici compagni di lavoro) che, pur non essendo direttamente responsabili delle condotte "mobbizzanti", scelgono, essendone venuti a conoscenza, di restare "spettatori silenziosi" delle persecuzioni a danno della vittima designata.

Un milione e mezzo di persone, secondo le associazioni nate per combattere il fenomeno, un milione e duecento nelle stime dei più prudenti; in ogni caso un esercito, quello dei lavoratori vittime del mobbing. L'emergenza sociale ha costi altissimi, c'è chi ha calcolato che ogni impiegato mobbizzato fa spendere alla collettività il 190 per cento in più del suo salario lordo annuo: la cifra comprende la sua assoluta non produttività sul lavoro, il "prezzo" sociale e familiare della sua depressione, quello dei farmaci, quello dell'eventuale ricorso alla magistratura.

Chi pratica il mobbing invece rischia di dover versare un risarcimento che oscilla tra i 25.000 e i 100.000 euro.

Il presente articolo illustra i risultati ottenuti dalla somministrazione di un mobbing-test. Il sondaggio che il Nursind Caltanissetta ha organizzato, si è posto l'obiettivo di individuare le ragioni, le circostanze e le motivazioni delle frequenti richieste di sanzioni disciplinari per il personale infermieristico. In particolare questa indagine, ha voluto ricercare la presenza del fenomeno mobbing, le conseguenze che questo può avere sul personale coinvolto, la conoscenza e l'eventuale esigenza di un evento formativo sul fenomeno. Il lavoro è stato coordinato e condotto dall'infermiera Loredana Genuardi e dall'infermiere Antonino

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Mangione, la ricerca campione è stata rivolta al solo personale infermieristico. Lo studio è cominciato nel marzo 2006 e si è concluso nel mese di dicembre 2006.

Per poter svolgere la ricera presso l'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Elia", è stata preventivamente richiesta autorizzazione al Direttore Generale.

Il mobbing test è stato realizzato con la somministrazione di un questionario in cartoncino fronte-retro sul quale bisognava rispondere con un SI o un NO a numero 16 domande relative al fenomeno.

Il test è stato somministrato a tutti gli infermieri dipendenti, operanti nelle UU.OO. sale operatorie e servizi. Sono state usate procedure diverse per la distribuzione, la compilazione dei questionari è stata mantenuta anonima, per incentivare la partecipazione da parte del personale infermieristico; in un primo tempo distribuendo un numero di test, quanti erano il numero degli infermieri in quella Unità Operativa o Servizio; in un secondo tempo è stata richiesta la compilazione di persona. Sono stati distribuiti numero 450 questionari, su un totale di 395 infermieri in pianta organica dell' Azienda, con lo scopo appunto di verificare il fenomeno e la sua conoscenza.

Hanno risposto al test il 19,33% degli infermieri intervistati. Il campione è composto da infermieri uomini e donne, di età compresa tra i 27 e i 57 anni.

Il risultato ottenuto mostra una scarsa partecipazione, ciò fa presupporre che ci siano pregiudizi, indifferenza, invidia, scarsa fiducia e scarso attaccamento alla professione, fattori che hanno influito negativamente sul risultato del test.

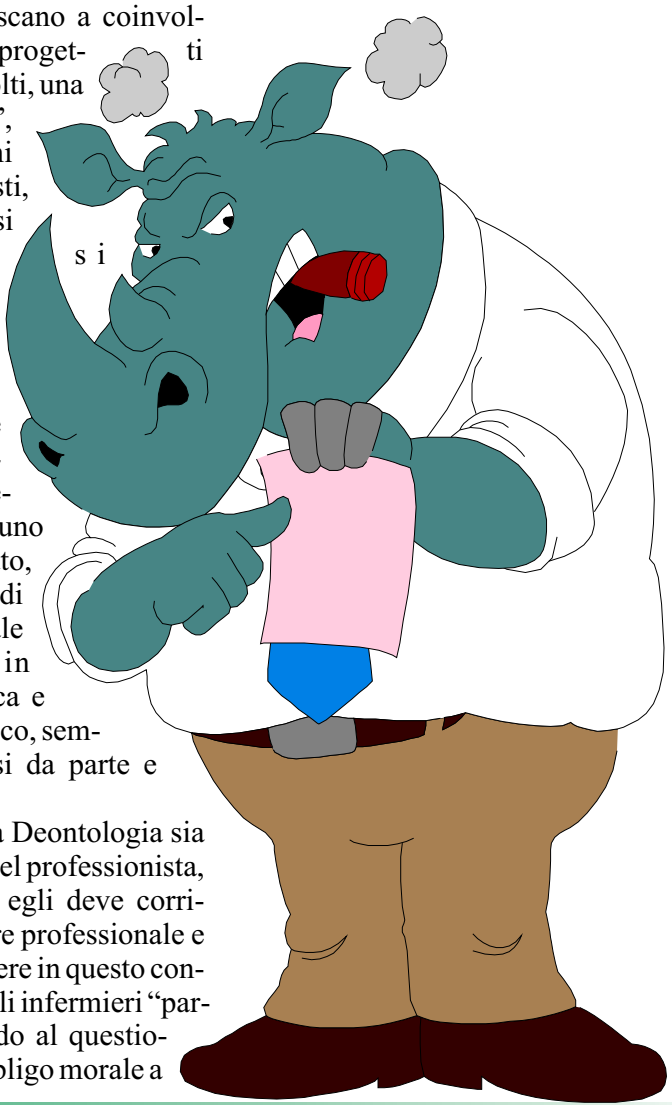
Questo studio è stato realizzato per la volontà del Direttivo Nursind allo scopo di voler chiedere alla Direzione Generale dell'Azienda, l'istituzione del Comitato Paritetico per il controllo e la sorveglianza sul fenomeno del mobbing secondo quanto citato dall'Art. 5, Parte I del CCNL del Comparto Sanità.

Inoltre per la promozione di un evento formativo sul fenomeno e i danni da questo derivanti. In un epoca in cui la carenza di personale infermieristico, la totale mancanza di personale di supporto O.S.S., sta diventando un problema piuttosto grave, è centrale monitorare questo fenomeno e identificare i fattori predittivi per un'efficace azione preventiva.

Il risultato del test evidenzia l'esigenza di corsi di formazione e di studio del fenomeno, la ricerca di metodologie che riescano a coinvolgere gli infermieri in progetti e processi ad essi rivolti, una "chiamata alle armi", per ridestare gli animi di questi professionisti, dal letargo in cui si sono sopiti, affinché si vada avanti verso la chiara consapevolezza, che quando si viene chiamati ad un dovere, anche se morale ed etico, bisogna rispondere, partecipare, offrire ognuno un piccolo contributo, speso all'indirizzo di una crescita personale e professionale, in ottemperanza all'Etica e al Codice Deontologico, sempre più spesso messi da parte e disattesi.

Si può dire che, la Deontologia sia l'insieme dei doveri del professionista, degli obblighi a cui egli deve corrispondere nel suo agire professionale e di tutti i giorni. Il dovere in questo contesto, implicava per gli infermieri "partecipare", rispondendo al questionario, una sorta di obbligo morale a cui non bisognava mancare. Se si riconosce una valenza morale e deontologica all'agire di un gruppo professionale, il professionista non EVITA il collega o il questionario, ma piuttosto agisce in piena libertà (che è la ratio essendi della legge morale) e in piena autonomia, non più legato dalle sigle o imbavagliato dalle logiche di potere e di sottomissione che ci dividono "DIVIDI ET IMPERA", bensì, contribuisce allo sviluppo e alla tutela della PROFESSIONE INFERMIERISTICA. E come ci ricorda la nostra Presidente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI Annalisa Silvestro *"dobbiamo rivendicare con determinazione il nostro ruolo di professionisti, siamo portatori di competenze specifiche e di idee innovative, abbiamo progetti e soluzioni da proporre in ambito organizzativo, clinico-assistenziale e formativo; siamo una risorsa da valorizzare per migliorare le prestazioni e i servizi nell'interesse della collettività e del singolo cittadino"*.

A tutti colleghi lettori auguri e buon lavoro.



Progetto pilota di Disease and Care Management in Puglia:

Infermieri in primo piano

Inf. **Graziano Accogli** - Segretario Provinciale Nursind Lecce

In questo numero presentiamo un'interessante esperienza italiana di Care Management che, a differenza di quanto avviene in Inghilterra o negli Stati Uniti, è integrata nella medicina di base. Nel mondo le persone affette da patologie croniche sono in considerevole aumento e l'invecchiamento della popolazione ne è una delle cause principali. Il 10,7% degli uomini, infatti, e il 14,7% delle donne ha superato i 65 anni di età. Nei prossimi decenni queste stime sono destinate ad aumentare, provocando nel contempo un aumento di patologie cardiovascolari, diabete e insufficienza cardiaca, con una conseguente crescita anche dei costi dell'assistenza sanitaria.

Tra le regioni italiane, la Puglia, con il 15,2% dei soggetti oltre i 65 anni, è una delle regioni più anziane del Mezzogiorno, area che registra una prevalenza delle malattie cardiovascolari e del diabete molto più elevata che nelle regioni settentrionali. In Puglia il tasso di mortalità per malattie cardiovascolari è del 42,4%, la mortalità per ictus è il 35%. I ricoveri per patologie cardiovascolari sono l'11,6%.

Il Progetto Leonardo, frutto della collaborazione tra Regione Puglia - ASL Lecce e Pfizer, prevede un programma di Disease and Care Management (Amministrazione di cura e di malattia) che si propone di affrontare l'onere crescente delle malattie cardiovascolari, del diabete e dell'insufficienza cardiaca in Puglia, grazie alla messa in atto di interventi di gestione dell'assistenza sanitaria e delle malattie volti a migliorare i risultati per i pazienti e nel contempo rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse. Scopo del progetto è dimostrare come un nuovo modello assistenziale che responsabilizzi il paziente migliorando la compliance alla terapia e lo segua nel percorso di cura produca migliori risultati clinici per i pazienti ed economici per il sistema.

Il programma di Disease and Care Management è stato studiato per integrare l'attuale assistenza al paziente con l'introduzione della figura del Care Manager, un infermiere opportunamente formato e qualificato, che in collaborazione con i medici di medicina generale e con gli specialisti, opera con i pazienti in prima persona in ambulatorio, a casa e via telefono. Questo nuovo "assistente alla salute", guidato dal medico, aiuta il paziente a seguire il piano di cura stabilito dal medico, inoltre con l'ausilio anche di un supporto informatico misura i miglioramenti ottenuti nello stato di salute del paziente e valuta i suoi fabbisogni assistenziali. Il Care Manager si pone a fianco del paziente in ogni momento del percorso, sostenendolo nel cambiamento delle abitudini di vita e educandolo a prendersi cura di sé. In alcuni casi il Care Manager funge anche da mediatore con gli altri attori del servizio sanitario e può, ad esempio, aiutare il paziente a prenotare degli esami, fornisce indicazioni sui servizi sanitari, indirizzi e numeri utili.

Come si può vedere con il termine Care Manager si intendono un vasto insieme di attività che spaziano dall'indirizzamento dei pazienti, al loro empowerment fino a fornire informazioni utili di vario genere. Si tratta quindi di una riformulazione del modello assistenziale locale secondo una diversa modalità di erogazione dell'assistenza e una diversa declinazione del ruolo dei Medici di Medicina Generale, del personale infermieristico e dei pazienti coinvolti.

L'introduzione della figura del Care Manager è nata per fornire ai pazienti una nuova forma di assistenza più accessibile e diretta di quelle usualmente presenti. Non vuole dunque sostituire alcuna professionalità e ruolo medico ma piuttosto affiancarsi ad esse e costituire una sorta di facilitatore e guida per il paziente.

Si tratta di una scelta alternativa a quella della Casa della Salute che punta allo stesso risultato riorganizzando la rete della medicina territoriale ed integrandola con quella ospedaliera. L'esperienza della ASL di Lecce, propone un approccio che valorizza le medicine di gruppo e le potenzia con la figura del Care Manager. In questo modo si impiega la rete capillare della medicina generale per assistere, nel senso più ampio del termine, i pazienti e seguirli in modo individuale e mirato.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Le norme della «prescrizione infermieristica» senza violare il Codice Penale:

La "ricetta" dell'Infermiere

Diagnosi e piani assistenziali possono essere redatti anche dal nursing.

Il passaggio da professione ausiliaria a professione sanitaria, determinato dalla legge 42/1999 e reso ancora più vigoroso ed energico dalla legge 251/2000, ha indubbiamente fatto in modo di rendere palese ciò che prima, molto probabilmente, era abbastanza velato, ossia il grande sapere e le immense potenzialità della professione infermieristica, sapere e potenzialità che sono sempre esistite, ma per troppo tempo lasciate a riposare sotto la coltre del cosiddetto mansionario, ossia l'abrogato decreto del Presidente della Repubblica 225/1974.

Oggi l'infermiere è davvero responsabile dell'assistenza infermieristica a tutto campo e a tutto campo si occupa di assistenza infermieristica, così come individuata e delineata dal profilo professionale, il Dm 739/1994.

In relazione alle indicazioni fornite dal profilo professionale, l'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona, identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e formula i relativi obiettivi.

Inoltre il codice deontologico degli infermieri fornisce una serie di strumenti per la miglior realizzazione dell'assistenza infermieristica: a esempio, un articolo virtualmente molto efficace è l'articolo 4.7, che in qualche realtà incontra purtroppo ancora una certa resistenza nel prendere l'avvio: «L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi».

Ecco che allora in questo contesto occorre chiedersi se possa trovare collocazione, tanto dal punto di vista professionale quanto dal punto di vista giuridico - e questo soprattutto per evitare di incappare tra le maglie dell'articolo 348 del Codice penale che si occupa dell'abusivo esercizio di professione - il concetto di "prescrizione infermieristica"

È indubbio che il sostantivo prescrizione, e così il verbo da cui deriva, prescrivere, sia per ragioni storico-culturali che per motivi professionali, rimanda, con un forte richiamo, alla professione medica. Da sempre è il medico che prescrive e da sempre la prescrizione è stata considerata atto medico.

Questo perché probabilmente sino al 1999, data di entrata in vigore della legge 42, gli atti sanitari diversi dagli atti medici erano davvero pochi. All'epoca risultava difficile parlare di autonomia dell'atto infermieristico quando tutta l'attività dell'infermiere (all'epoca ancora definito "professionale") era fortemente subordinata all'atto medico.

A esempio, il Dizionario delle professioni infermieristiche della Utet, che tuttavia risale ormai a dieci anni or sono alla voce prescrizione afferma che si tratta della «trascrizione su fogli di ricettario personale o sul ricettario del Ssn degli esami ematochimici o strumentali a cui si deve sottoporre il paziente, dei farmaci che il paziente deve assumere, dei presìdi terapeutici o di cicli di terapie fisiche».

Questa definizione pare non lasciare troppo spazio ad altre professioni diverse da quella del medico e anche altri dizionari meno specialistici non sono di grande aiuto.

Infatti, una delle definizioni più ricorrenti di prescrizione risulta essere la seguente: «Quanto viene prescritto come terapia e profilassi, dal medico, e in particolare, nelle ricette, l'indicazione dei farmaci prescritti, delle dosi e delle modalità di somministrazione».

In letteratura medico-legale si rinvengono varie definizioni, nonostante la maggior parte delle quali si riferisca perlopiù alla prescrizione farmacologica: «La prescrizione è l'autorizzazione scritta dal medico volta a disporre la consegna al paziente del medicinale da parte del farmacista»; «la ricetta medica consiste nella prescrizione terapeutica, compilata e firmata dal medico, contenente consigli dietetici e indicazioni di cure con relativa posologia e modalità d'uso»; e ancora: «La prescrizione è un istruzione dal prescrittore al dispensatore».

Quest'ultima definizione non fa riferimento in maniera esplicita al medico ma genericamente a «colui che prescrive».

In relazione a quanto detto vale la pena domandarsi se i tempi siano sufficientemente maturi perché possa affrontarsi il tema di una "prescrizione" che veda non il medico come soggetto prescrivente ma anche, ovviamente nell'ambito di un contesto prettamente assistenziale, l'infermiere.

La risposta è sicuramente positiva, ma occorre comprendere il significato della locuzione "prescrizione infermieristica".

Ovviamente, si è ancora distanti dall'esperienza inglese, e dalle competenze degli infermieri del Regno

L'ostetrica potrà prescrivere esami diagnostici

L'ostetrica potrà prescrivere gli esami diagnostici utili per seguire la gravidanza. Il Consiglio dei ministri ha approvato, su proposta del ministro della Salute Livia Turco, il decreto legislativo che recepisce la direttiva europea 36 del 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.

Il ministro Turco sul punto aveva chiesto anche un pronunciamento del Consiglio Superore di Sanità. «La facoltà di prescrizione per l'ostetrica sottolinea il Ministro - si inserisce come punto qualificante del Piano d'azione materno infantile, con l'intento di incrementare il livello di qualità, la sicurezza e l'umanizzazione del percorso nascita.

Grazie a questo provvedimento l'Italia recupera il ritardo nel riconoscimento della facoltà di prescrizione all'ostetrica, che era già stato previsto dalla precedente direttiva comunitaria 155 del 1980 e conferma l'impegno nella valorizzazione di tutte le professioni sanitarie per una migliore tutela della salute dei cittadini».

Unito. Nel Regno Unito, soprattutto a partire dal 2000 si è allargato enormemente il dibattito sull'estensione dell'esercizio della prescrizione da parte di personale non medico, compresi infermieri, farmacisti e assistenti sanitari e nel maggio del 2006 si è arrivati all'apertura ai cosiddetti "infermieri prescrittori indipendenti" dell'intero Formulario nazionale britannico.

È chiaro che occorrono, e gli infermieri del Regno Unito la posseggono, una preparazione e una formazione specifica che consistono in un corso di formazione e pratica che dura tre anni, dove gli infermieri affrontano aspetti di farmacologia, diagnosi, doveri legali, etica, dosaggi e scenari dei pazienti.

Al di là delle discussioni anche molto accese che questa sfida ha scatenato oltremanica, sia all'intero della classe medica che di quella infermieristica, va detto che l'iniziativa è assolutamente positiva e valorizza e garantisce sicuramente quel processo di continuità assistenziale su cui il codice deontologico italiano si rivela particolarmente attento.

Anche in Spagna proprio in questi giorni si sta cercando di trovare una collocazione giuridica al concetto di prescrizione infermieristica intesa come documento che il paziente possa utilizzare nelle farmacie per ricevere i farmaci o i prodotti prescritti dall'infermiere.

In Italia il concetto di prescrizione infermieristica comincia a farsi strada in maniera ancora tutto sommato abbastanza timida e forse guardato da qualcuno con un certo scetticismo e tenendo sempre a mente come sia ancora percepito come troppo labile il confine tra atto medico e atto nella fattispecie infermieristico, con conseguente rischio di scivolamento nel reato punito dall'art. 348 Cp, tenuto conto che nessuna norma descrive analiticamente le attività proprie della professione medica e, dopo l'abrogazionedel mansionario, neppure della professione infermieristica.

Ci troviamo in quella che l'Antolisei - insigne giurista del secolo scorso - definiva quella zona grigia tra il lecito e l'illecito, dove in difetto di precise norme legislative o regolamentari, molto è rimesso al prudente apprezzamento dei giudici.

Ciò da una parte rappresenta sicuramente una fortuna, ossia il fatto che non esistano più norme sul genere del mansionario, ma dall'altra crea qualche dubbio all'interprete in relazione a quelle decisioni giurisprudenziali che affermano come siano riservate al medico le scelte e le valutazioni di carattere terapeutico. Il tema rimanda al significato del concetto di terapia ed è troppo vasto per essere affrontato in questa sede.

È interessante, tuttavia, la definizione di Giorgio Cosmacini circa il concetto di terapia intesa come rimedio ai guasti fatti dal male. Il problema è delicato e di non facile soluzione: in questo ambito il bene tutelato è la salute pubblica e del singolo cittadino - con un forte richiamo all'art. 32 della Costituzione - e la giurisprudenza a volte è stata abbastanza severa in tutte quelle occasioni in cui un soggetto veniva a esplicare quelle attività, iniziative e applicazioni tipiche del rapporto medico/paziente.

Quale potrebbe essere, a questo punto, lo strumento che dalla zona grigia ci permette di approdare a una zona più luminosa? Tale strumento potrebbe essere il concetto di «competenza tecnico-scientifica», ossia il possesso di quelle conoscenze e abilità professionali che sono peculiari dell'esperto di quel determinato settore; competenza, quindi, intesa come "saper agire" e anche come "saper essere responsabile".

Il concetto di competenza permette anche di superare i timori che potrebbe suscitare l'art. 348 Cp. Infatti, se è vero che la ratio della norma che punisce l'abusivo esercizio di una professione consiste nell'esigenza di evitare quei danni che potrebbero conseguire dall'esercizio di determinate attività da parte di chi sia privo delle necessarie cognizioni tecnico-scientifiche, è chiaro che se il professionista è in grado di dimostrare, per il suo percorso di studi di base e post-base e anche per il fatto che è iscritto a un albo professionale, tra l'altro garante della sua qualifica professionale, di aver raggiunto e di essere in possesso di quella determinata competenza, è facile che si riesca a superare lo scoglio determinato dall'art. 348 Cp.

Ecco che allora si può giungere facilmente al concetto di "prescrizione infermieristica". Monica Casati la individua come la «definizione degli interventi assistenziali da parte dell'infermiere, per conto dell'équipe infermieristica».

Alla luce di questa definizione va detto che la prescrizione infermieristica consiste in un'azione autonoma del professionista infermiere in risposta a una diagnosi infermieristica. Diagnosi che, come è noto da tempo, costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere risultati che rientrano nella sfera di competenza dell'infermiere.

Il terreno della cura delle lesioni cutanee è certamente un terreno che si presta ad affrontare il tema della prescrizione infermieristica per quello che concerne, a esempio, le medicazioni avanzate e gli ausili anti-decubito che, da una parte, non necessitano necessariamente di prescrizione medica e dall'altra, tuttavia, necessitano di una qualificata competenza clinica di tipo specialistico nella loro prescrizione.

L'infermiere esperto in woundcare ha gli strumenti professionali e quindi le competenze per agire come "prescrittore", ossia come il professionista sanitario che individua e indica quali azioni di assistenza infermieristica sono da attuare, con quali strumenti e con quali modalità applicative. E qui prende significato il concetto della suddivisione degli interventi infermieristici, proposto da Linda Carpenito,

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

che divide, appunto, gli interventi infermieristici in due tipi: quelli prescritti dall'infermiere e quelli prescritti dal medico.

È chiaro che l'attuale assetto legislativo limita, in qualche modo e per alcuni aspetti, l'agire dell'infermiere nell'ambito prescrittivo, dal momento che - perlomeno ai fini che possono interessare in questa sede - il Dm 27 agosto 1999, n. 332, contenente il «Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe» dispone che gli aventi diritto per poter accedere gratuitamente ai vari dispositivi indicati nel nomenclatore devono essere in possesso di una prescrizione redatta da un medico specialista del Servizio sanitario nazionale competente per tipologia di menomazione o disabilità.

L'infermiere apparentemente - perlomeno dal punto di vista della norma giuridica - nulla ha a che vedere nel contesto dell'erogazione, o meglio della prescrizione, dei dispositivi protesici o degli ausili di cui al Dm 332/1999: questo è vero se ci si riferisce alla possibilità di usufruire di questo tipo di assistenza che è a carico del Ssn per determinate tipologie di pazienti portatori di certe invalidità.

Di contro, l'eventuale prescrizione infermieristica, nel contesto del wound-care potrà essere una risorsa, a esempio, nei confronti di quei pazienti, affetti da lesione, ma che non rientrano in quelle categorie alle quali le aziende sanitarie riconoscono l'erogazione, con costi a proprio carico, dei dispositivi indicati nel nomenclatore. Quindi, la prescrizione da parte dell'infermiere esperto in lesioni cutanee di un determinato ausilio antidecubito o di un altro dispositivo di ausilio, non dovrebbe creare e sollevare dubbi e incertezze circa la liceità di tale atto, che si muove in un contesto prettamente infermieristico.

È ovvio che a monte dell'atto prescrittivo infermieristico dovrà esistere un processo che non potrà non esserci: tale "processo" sarà necessariamente costituito da una fase di accertamento che ha la funzione, tra le altre, di mettere l'infermiere nella condizione di poter poi esprimere un giudizio clinico su quel paziente; successivamente si avrà una diagnosi, ovviamente infermieristica, ossia un giudizio clinico vero e proprio che permetterà all'infermiere di valutare le condizioni del paziente e metterlo nella condizione di scegliere il tipo di intervento da prospettare al paziente stesso. A ciò seguirà la formulazione di un piano di assistenza infermieristica che potrà prevedere al suo interno l'attività dell'infermiere anche come prescrittore autonomo degli interventi infermieristici.

a cura di
Giannantonio Barbieri
Avvocato del Foro di Bologna

(Il contributo riproduce il testo della relazione presentata al IV Congresso nazionale dell'Aislec - Associazione infermieristica per lo studio delle lesioni cutanee - Essere professionisti nel wound care, etica, competenze, responsabilità nel nuovo millennio -, tenutosi l'8 settembre 2007 presso l'Università degli studi di Milano Bicocca)

Rischio clinico:
errori per gli acronimi

Dopo la grafia, spesso poco comprensibile, ora finiscono 'sotto accusa' sigle e abbreviazioni talvolta misteriose, usate dai 'camici bianchi' su prescrizioni e note mediche. Secondo una serie di studi internazionali, infatti, l'uso di acronimi e abbreviazioni da parte dei medici mette a rischio la salute e la sicurezza dei pazienti, moltiplicando il pericolo di errori. E se negli Stati Uniti una recente ricerca indica che il 5% su 30mila errori medici analizzati (alcuni fatali) è legato proprio alle abbreviazioni, la Medical Defence Union britannica (Mdu, organizzazione non-profit leader nella difesa del personale medico) rincara la dose: sigle e acronimi possono avere più di un significato per malati e operatori sanitari, e generare confusione.

Così alcuni pazienti si sono ritrovati con l'arto sano operato o amputato per errore, e altri hanno assunto dosi pericolose o addirittura mortali di medicinali. Fra gli errori più comuni, spiegano i ricercatori sulla Bbc online, quelli legati ad abbreviazioni di nomi di farmaci e dosaggi. Secondo uno studio inglese, pubblicato a novembre su 'Archives of Disease in Childhood', a creare numerose insidie in pediatria sono proprio le sigle.

Spesso, infatti, hanno due o tre significati totalmente diversi fra loro. Risultato? Anche i pediatri sono confusi: di fronte a una serie di acronimi impiegati in pediatria i 'medici dei piccoli' si sono rivelati d'accordo sul significato in una percentuale di casi che varia dal 56 al 94%. Non solo: altri specialisti hanno interpretato correttamente le stesse sigle solo nel 31-63% dei casi.

Insomma, a volte neanche i professionisti della salute sanno interpretare quelle paroline brevi e misteriose. Ecco perchè la MDU, che si occupa della difesa dei medici britannici il cui operato è in discussione, avvisa i 'camici bianchi' di usare solo abbreviazioni e acronimi ben noti e non ambigui. "Una comunicazione chiara e concisa è essenziale", sottolinea Sally Old, consulente medico-legale dell'associazione. Specie, sottolinea la Old, quando le cure sono gestite da equipe multidisciplinari.

Dello stesso avviso anche Kevin Cleary, della National Patient Safety Agency. "Abbreviazioni su note cliniche, prescrizioni e schede di terapia dovrebbero essere ridotte al minimo. Confondono e presentano rischi per il paziente. Secondo i nostri dati - sottolinea l'esperto - almeno un malato è morto nel Paese, negli ultimi dodici mesi, per ragioni collegate a errori nell'interpretazione di abbreviazioni".

Milano, 7 gen. (Adnkronos Salute)

La Redazione è ben lieta di ospitare lettere, fotografie e contributi dalle corsie.

Per scrivere alla redazione:

infermieristicamente@nursind.it

Dall'Ospedale Perrino di Brindisi

Illustrissima Redazione, mi chiamo Antonio Cellie e sono un infermiere professionale di 37 anni che lavora presso l'ASL br/1 e più precisamente presso l'ospedale Antonio Perrino di Brindisi con incarico determinato da ormai 8 anni.

Dopo essermi diplomato presso il liceo scientifico della mia città, (Ostuni) ed essermi inscritto alla facoltà di medicina sita in Bari, ho dovuto mio malgrado, rinunciarvi dopo due anni, per impossibilità economica da parte di mio padre e per non gravare sul bilancio familiare decisi di partire a Milano e frequentare la scuola per infermieri professionali. Tutto questo per avere capacità decisionale ed economica indipendente e poter, un domani, riprendere gli studi.

A tutt'oggi, però, la spada di Damocle del precariato mi sovrasta impedendomi di poter fare anche piccoli progetti di vita privata. Da più di 8 anni la suddetta Azienda conferisce incarichi agli stessi precari in modo continuato e confermandoci sempre negli stessi reparti.

La mancanza di personale infermieristico è diventata tale che nel 2005 e nel 2006 l'Azienda BR/1 è stata costretta ad assumere a tempo determinato infermieri appena laureati al di fuori delle graduatorie legali d'avviso pubblico per incarico (con chiamate dirette o nominative); gli infermieri precari sono stati assegnati, per la maggior parte, ai centri specializzati raggiungendo un elevato livello di professionalità; va considerato che il permanere, attraverso gli anni, nel servizio iniziato con contratto a tempo determinato, più volte rinnovato, senza soluzione di continuo, ha creato in me, come in tanti altri forti aspettative.

L'infermiere precario è già parte integrante della spesa pubblica nel budget della sanità e le varie dichiarazioni di consenso sulla stabilizzazione rilasciate ai giornalisti dalle autorità di rilievo che compongono l'attuale governo Regionale un po' mi fa sperare, così come L'articolo 5 del D. Lgs 6 settembre 2001 n. 368 in materia d'attuazione della direttiva 1999/70/CE relativa all'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato, che statuisce il principio secondo il quale il rapporto di lavoro si considera a tempo indeterminato nel caso di due assunzioni successive a termine, senza alcuna soluzione di continuità, ovvero entro un periodo di 10 o 20 giorni dalla data di scadenza.

Considerata la sensibilità di questa Amministrazione nei confronti del precariato e consapevole dell'aver ereditato una situazione difficilissima ed ingarbugliata, mi auguro che le nostre aspettative d'elettorato attivo non siano disattese.

Vorrei che nella storia si scrivesse il prevalere della forte ideologia politica, di là da ogni dubbio, sulla consuetudine truffaldina e clientelare. Infine, perché negli anni futuri la pubblica amministrazione non abusi ancora dei contratti a termine e perché la scelta (obbligata da problemi di famiglia, di salute, di studio ecc.) di restare in Puglia non diventi un atto discriminatorio nei nostri confronti.

CHIEDO un atto coraggioso in linea con le direttive della Comunità Europea (di cui, penso, facciamo parte!) ovvero la conversione dei contratti da tempo determinato a tempo indeterminato sulla base del Dlg. 368/2001. Perché non aiutare infermieri a lavorare con serenità avendo i requisiti previsti dal Dlg 368/2001 (art.5)? Quale giudice italiano o europeo, quale corte potrà mai dire che il governatore VENDOLA ed i suoi collaboratori hanno sbagliato e che non dovevano dare dignità a questi lavoratori ed alle loro famiglie?

Grazie , confido in Voi.

Ostuni,lì 10 Gennaio 2007
Antonio Cellie

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

In Puglia un risultato positivo per Infermieri di ruolo e non

Con le Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione regionale pugliese pluriennale 2008 - 2010, il Consiglio Regionale approva anche l'art. 3 comma 30 della L.R. 40/07 che recita:

"Nel limite dei posti vacanti nella dotazione organica e nel rispetto della riduzione della spesa del personale imposto dal comma 564 della l. 296/2006, il personale già titolare di incarico a tempo indeterminato presso aziende sanitarie e in servizio a tempo determinato alla data di entrata in vigore della presente legge presso un'azienda sanitaria della Regione è confermato nei ruoli di quest'ultima, a tempo indeterminato, previa presentazione di apposita domanda di mobilità."

Quindi una grande conquista da parte di tanti colleghi che da anni attendevano il rientro a casa dopo un percorso di sacrifici fatto di distacchi familiari, affitti, viaggi continui tra nord e sud dell'Italia e pendolarità anche nella stessa regione che, come dei colleghi leccesi si recavano quotidianamente a Bari per poter lavorare affrontando ogni volta 400 Km tra l'andata e il ritorno dal posto di lavoro e la residenza.

Questo risultato è dovuto anche alla caparbietà di alcune persone tipo

Giovanni Deletteris Segretario aziendale Cigl Policlinico di Bari, Graziano Paolo Accogli Segretario Provinciale Nursind Lecce e Francesco Murgia, che in quest'ultimi anni, hanno portato all'attenzione di tutti questa situazione di disagio scontrandosi anche con dirigenti regionali, dirigenti ASL e delle A.O., dirigenti sindacalisti quest'ultimi contrari a risolvere questa problematica perché abbagliati e concentrati solo alla stabilizzazione dei precari di tutto il comparto.

Quindi un grosso passo è stato fatto, anche perché con le ultime decisioni intraprese dalla regione e dal governo nazionale sulla stabilizzazione dei precari si era creata una certa spaccatura tra personale precario e personale di ruolo dove quest'ultimi rivendicavano giustamente il diritto costituzionale dei concorsi pubblici e delle mobilità.

Graziano Paolo Accogli
NURSIND LECCE

Informazioni sul Foglio Unico di Terapia

Sono un infermiera professionale che si vuole complimentare con voi riguardo al contenuto e quindi agli argomenti trattati nelle riviste informative che ricevo trimestralmente. Sono particolarmente interessata a ricevere, per maggiori conoscenze ma anche per necessità, delle informazioni sul FOGLIO UNICO di TERAPIA citato nel decalogo delle 10 regole d'oro da seguire in tutti gli ospedali per una maggiore sicurezza al letto del paziente.

Vi chiedo gentilmente di poter avere un fac-simile del modello, da poter valutare con il mio gruppo di lavoro e calarlo nella ns realtà operativa con la massima responsabilità , tenendo conto che

uno dei problemi centrali del rischio clinico è legato ai farmaci e alla loro somministrazione, prestazione in cui ci vede operare in prima linea e con la massima competenza che merita.

Confido tanto in una vs risposta e quindi nel ns NURSIND.

Vi saluto e a tutti buon lavoro.

Lettera firmata

La "triste" realtà delle cliniche private.

Sono un'infermiera che esercita la professione da poco più di dieci anni e da otto svolgo la mia attività nelle sale operatorie di una clinica convenzionata del nord in qualità di strumentista.

Vorrei attraverso quest'articolo, condividere con voi i miei pensieri, le mie considerazioni e anche le mie arrabbiature, consapevole del fatto che molti di voi si identificheranno in questa mia descrizione di una giornata tipo, dove cercherò di evidenziare, a volte anche enfatizzare, quante volte e in quanti modi il sistema organizzativo perpetua questo suo modo di discriminare, screditare e limitare la nostra professionalità e la nostra capacità, sfruttando subdolamente la nostra più che nota capacità di adattamento e di sopportazione.

Ogni giorno ci rechiamo al lavoro, con la ferma volontà di svolgere le nostre competenze con responsabilità e secondo coscienza, ma chissà perché il più delle volte succede qualcosa che rende questo compito quasi impossibile. E perché mai? Vi chiederete voi… Bene le possibilità sono infinite…

Entro nel blocco operatorio e con

un po' di diffidenza (viste le fregature quotidiane) sbircio il programma di assegnazione delle sale… quello che vedo non mi convince, guardo meglio…

Avevo visto bene, sono assegnata ad una specialità di recente inserimento e di cui io non so assolutamente nulla…!!!

Ecco la prima fregatura della giornata. Appena possibile chiedo delucidazioni in merito a chi di competenza e la risposta, quella che dovrebbe gratificarti, quella che dovrebbe darti la stimolo per misurarti in una esperienza nuova è: "Non c'è nessun altro che possa farlo al tuo posto, ho problemi con le altre specialità!".

Una volta visionata la lista operatoria del giorno, decido di cimentarmi in questa nuova esperienza trattandosi di procedure relativamente "semplici".

Mi avvalgo dell'aiuto di un assistente di sala un po' più esperta in quella specialità per preparare il materiale necessario, mi faccio aprire il contai-

ner, guardo dentro, ci saranno sì e no 50-60 ferri; beh, vero che sono un po' diversi da quelli che uso di solito, ma posso farcela; la vera sfida è stata invece rivestire il microscopio, vi giuro è stata un'impresa…!!!

Dopo qualche ora la seduta era finita, tutti sopravvissuti, anche il paziente, anche se da come si sono svolti i fatti non credo che questo fosse nelle priorità di qualcuno.. ecco che sbuca di nuovo da dietro la porta la mia CS sostenendo che c'erano problemi per le rotazioni durante la pausa pranzo e che mi sarei dovuta recare nella sala di un'altra specialità nella specifica competenza di assistente all'anestesia.

Quindi eseguo "gli ordini" diligentemente, entro nell'altra sala e mi guardo intorno, verifico abbastanza sommariamente la situazione e poiché c'era un'intubazione in corso, prendo in carico il paziente rapidamente per consentire alla collega di nutrire il suo

involucro… Un vero peccato che il paziente poco dopo sia andato incontro ad una fibrillazione, da lì in poi lo sapete meglio di me, anche se abbiamo solo due mani, si parte in quarta e in pochi secondi si fornisce all'anestesista tutto il necessario: farmaci , materiali ecc. ecc. , collaborando a quattro mani per stabilizzare il paziente.

Ma ecco che buon sangue non mente, si avvicina di nuovo il mio angelo che mi sussurra per non dare fastidio: "appena puoi vai a mangiare perché poi mi servi per dare il cambio nell'altra sala…".

Non ci credete? Allora vi dico anche dove sono andate a dare il cambio dopo la pausa mensa: sala di traumatologia come assistente di sala, ossia a pulire il pavimento!!!

Ora io mi chiedo: come siamo arrivati a questo punto?

Ci troviamo ad operare in un contesto pieno di contraddizioni, dove ci viene richiesta una preparazione uni-

versitaria perché un giorno si possa finalmente raggiungere la tanto anelata autonomia, ma di fatto ci viene ripetutamente negata da un lato, dall'altro ogni volta che si discute un caso di responsabilità spesso è l'infermiere a pagare il prezzo più alto senza potersi avvalere nella maggior parte dei casi di una difesa adeguata a causa degli stipendi che poco si discostano da quelli di una figura con competenze puramente esecutive.

La professionalità passa in secondo piano a favore di quella che viene definita "flessibilità", dove tutti devono saper fare tutto e presto, lasciando così ampie possibilità al professionista di incorrere in innumerevoli errori professionali.

Le normative ci descrivono come professionisti, in grado di gestirci autonomamente per quanto concerne le nostre competenze e di collaborare con le altre figure sanitarie per raggiungere un obbiettivo comune ossia il benessere psicofisico del paziente. Sul campo poi si traduce in: questi sono i tempi da rispettare, queste sono le esigenze del reparto, siamo sotto di personale e chi più ne ha più ne metta. Gli strumenti a disposizione dell' infermiere per l'attuazione dell'assistenza, per la maggior parte dei casi vengono quotidianamente ignorati perché le priorità difficilmente si applicano nell'interesse del paziente o dell'infermiere.

Ora io mi appello a voi colleghi, quanto tempo dovrà passare ancora perchè l'infermiere si impegni in prima persona per affermare la nostra professione in un contesto che fin ora è stato appannaggio esclusivo della classe medica e che ora sta passando rapidamente nelle mani dell'elite bocconiana ignorando serenamente un'intera categoria di professionisti che garantisce la continuità dell'assistenza 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, quest' anno 366!!!

Lettera firmata

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Finlandia:

Agli nfermieri il 28% di aumento

Potrebbero lasciare il lavoro già da stasera le oltre 12.000 infermiere finlandesi dimissionarie, da tempo in stato di agitazione per ottenere aumenti salariali. La minaccia di abbandonare il lavoro proviene da oltre il 40 per cento delle occupate nel settore, che chiedono aumenti salariali del 24 per cento in due anni e migliori condizioni di lavoro.

"Insufficiente" viene giudicata dai sindacati la controproposta dei datori di lavoro disponibili ad aumenti fino al 12 per cento.

"Vogliamo dimostrare quanto sia seria la protesta. Si deve fare qualcosa per garantire la professione infermieristica", dice una delegata sindacale.

Per evitare rischi di sospensione dei servizi ospedalieri il governo finlandese ha fatto approvare dal parlamento una legge che precetta le dimissionarie. In base al provvedimento, che non è stato votato dall'opposizione di centrosinistra, chi non dovesse presentarsi al lavoro va incontro a conseguenze penali.

Nonostante la precettazione, giustificata con il bisogno di garantire un livello minimo dei servizi sanitari, gli ospedali si preparano al peggio: un piccolo numero di pazienti considerati "a rischio" è già stato trasferito in Svezia.

Da Repubblica del 20/11/07

Vittoria per gli oltre 15.000 infermieri finlandesi nelle trattative per il rinnovo del contratto di categoria. La minaccia di una protesta estrema, le dimissioni di massa, ha convinto il governo e i datori di lavoro privati a concedere aumenti tra il 22 e il 28% spalmati nei prossimi 4 anni. I lavoratori riceveranno 420 euro di una tantum a dicembre e un primo aumento del 10% da gennaio 2008.

Il salario minimo, nel settore pubblico, era finora di 1.750 euro al mese, mentre quello medio di 2.386 euro al mese.

TEHY è il maggior sindacato dei professionisti della salute della Finlandia rappresentando ben il 90% di essi. Il 93% degli iscritti sono donne con un'età media di 40 anni. Il 73% è impiegato nei servizi pubblici.

Formatosi nel 1982 da infermieri, ostetriche, infermieri pediatrici, assistenti dentali, tecnici di laboratorio e fisioterapisti, si sono successivamente uniti a loro anche i tecnici radiologi, infermieri psichiatrici e sanitari dell'emergenza. Oggi conta di 131.000 associati di cui 15.000 studenti.

Lavora per gli interessi dei propri iscritti e cerca di migliorare il loro benessere economico generale e le condizioni di lavoro. Secondo la legge finlandese del lavoro ha il diritto di negoziare, per i gruppi professionali che esso rappresenta. E' attivo anche nella formazione professionale e la tutela della qualità dei servizi sanitari e sociali.

Gli iscritti provengono da ospedali, centri di salute, scuole, laboratori, centri materno infantili, case di cura per anziani, cliniche e centri di riabilitazione.

Ha 330 sedi e 15 uffici distrettuali di cui il principale ad Helsinki. Gestisce anche delle cooperative di professionisti.

E' parte della Confederazione Finlandese dei Lavoratori STTK.

Il Congresso nazionale si riunisce ogni 4 anni e Vi partecipa un delegato ogni 290 iscritti. Altri organi decisionali sono: il Consiglio Generale composto da 63 membri che si riuniscono due volte l'anno; il Comitato Esecutivo composto dal presidente, due vicepresidenti e 12 membri che si riuniscono mensilmente.

Pubblica una rivista con una periodicità di 20 numeri l'anno. E'membro dei Servizi Pubblici International (PSI), la European Federation of Public Service Unions (EPSU), e del Consiglio nordico Servizi Pubblici (NTR) E'anche un membro del EPSU del comitato permanente per la sanità e servizi sociali.

Si impegna anche in progetti di cooperazione e di sviluppo internazionali tra cui al momento in Kosovo, in Brasile, in Tanzania.

Per visitare il loro sito web: www.tehy.fi

USA:

la sanità che scricchiola

La sanità statunitense: il miraggio dell'efficienza

Alessio D' Amato*

Anche in America cominciano ad avere dei forti dubbi sulla validità del loro sistema sanitario, se è vero che di recente il candidato democratico alla Casa Bianca, Barack Obama, ha dichiarato che è meglio passare ad un sistema di copertura sanitaria universale.

Siamo al paradosso: nel paese al mondo in cui si spende di più in sanità vi sono 46 milioni di cittadini che, di fatto, sono senza alcuna copertura sanitaria. Un sistema assolutamente ingiusto in cui solo chi ha la copertura di una assicurazione privata e garantita da un forte reddito può stare tranquillo; gli altri devono solo sperare di non ammalarsi.

Negli ultimi cinque anni i premi assicurativi delle famiglie sono aumentati di cinque volte la crescita degli stipendi e salari. E la prima causa di insolvenza per centinaia di migliaia di lavoratori americani è determinata proprio dalla insostenibilità dei costi assicurativi per la sanità.

Il Washington Post, di recente, ha pubblicato una notizia che ha destato scalpore: la morte di un giovane di 12 anni per un ascesso che non aveva la copertura assicurativa. Il giovane si chiamava Deamonte Driver, del Maryland, e sarebbero bastati poco più di 70 euro per salvargli la vita. I batteri proliferati con l'ascesso hanno raggiunto il cervello e il ragazzo è morto senza l'assistenza di una struttura odontoiatrica, poiché nessuna era convenzionata con il programma federale Medicaid, che dovrebbe assistere i meno abbienti ma che, in realtà, non fa che acuire le differenze tra poveri e ricchi.

Il Paese più potente e ricco del mondo non è in grado di curare un ascesso ad un giovane di dodici anni e lo lascia morire. Queste sono le drammatiche contraddizioni del modello di società americana che si vorrebbe trapiantare in Europa. Le differenze maggiori si leggono proprio tra il livello di reddito e la capacità di cura . I più colpiti, neanche a dirlo, sono gli abitanti dei sobborghi delle grandi metropoli, gli immigrati di origine afroamericana ed ispanica.

Sul modello del sistema sanitario passa una delle maggiori differenze tra l'Europa e gli Usa. Chi nel nostro paese è proteso da anni a sostenere e difendere il modello culturale e sociale americano deve riflettere su queste notizie, che purtroppo non hanno il rilievo che meritano. Non passa giorno che illuminati studiosi ci raccontano delle magnifiche sorti del sistema fiscale americano, dimenticandosi di annoverare però tra le maggiori ingiustizie proprio quelle legate al modello sanitario ed al sistema fiscale con cui esso è sostenuto.

Michael Moore in manifestazione a Sacramento

In generale nel nostro paese dopo la stagione della riforma sanitaria 833 del 1978 le iniziative seguenti di riordino legislativo hanno avuto una marcata tendenza ai modelli di aziendalizzazione, con la 502 del 1992 (la cosiddetta riforma De Lorenzo). Tendenza solo parzialmente corretta dalla 229 del 1999 (la riforma Bindi), che ha il pregio di aver ribadito l'universalità del nostro sistema e la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, garantito attraverso il servizio sanitario nazionale finanziato con la fiscalità generale.

Accanto a questo pilastro fondamentale ed alla integrazione socio-sanitaria, possiamo dire che oggi l'attenzione delle grandi ipotesi riformatrici sembra essere orientata più al contenimento e alla razionalizzazione delle risorse che non al soddisfacimento pieno dei bisogni. Abbiamo bisogno di mettere al centro la qualità e l'appropriatezza delle cure, un modello sanitario sempre meno autoreferenziale e sempre di più orientato alla cosiddetta "customer satisfation".

Da uno studio recente di carattere epidemiologico fatto su un campione rappresentativo della popolazione romana emerge la tendenza all'aumento del divario tra reddito e appropriatezza delle cure. Chi ha più soldi ed un livello culturale medio alto ha maggiori aspettative di vita, si ammala di meno ed utilizza i farmaci e le prestazioni mediche con maggiore accuratezza. Chi ha meno soldi ed un livello di istruzione medio basso ha minori aspettative di vita ed un uso meno appro-

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

priato di farmaci e prestazioni. Sono segnali che devono suonare come un campanello di allarme. Oggi parlare di sanità nel nostro paese è sinonimo di sprechi e tagli.

Credo che bisognerebbe avere uno scatto di orgoglio e avanzare proposte in controtendenza. Dobbiamo valorizzare di più il nostro sistema sanitario che è considerato dall'Oms tra i migliori al mondo. Va garantita maggiore equità e appropriatezza nelle prestazioni; troppo spesso accade infatti che l'assistenza erogata sia diversificata secondo il territorio e le strutture organizzative. Va rilanciata la grande intuizione riformatrice dell'universalità del nostro sistema in attuazione all'articolo 32 della Costituzione. Nell'equità sociale dell'accesso alle cure passa una delle maggiori differenze tra il nostro modello di vita e la società americana: troppo spesso lo dimentichiamo.

**presidente associazione Rossoverde*

Birmania:
Infermieri con lo zaino

La brutalita' della giunta militare birmana non risparmia le tribu' insediate al confine con la Thailandia. Morte, malattie e carestie sono una costante per le etnie che popolano la frontiera sudorientale del Paese, perennemente in lotta contro il regime. Le offensive condotte dai soldati di Yangon durante le stagioni secche, secondo esperti, hanno portato allo smantellamento del sistema per la distribuzione degli alimenti e lasciato senza assistenza medica piu' di mezzo milione di civili delle tribu' karen, mon e shan.

Su mille nati in quella zona montagnosa di confine, 221 non arrivano ai cinque anni. I dati sono stati raccolti in uno studio dal titolo 'Emergenza', redatto dall'organizzazione internazionale 'Infermieri con lo Zaino', fondato nel 1998 dall'ostetrica tedesca Inge Sterk per conoscere quel territorio.

Si tratta di trecento volontari che mettono a repentaglio le proprie vite ogni volta che varcano il confine birmano-thailandese per dare assistenza nei villaggi sparsi tra la folta vegetazione.

Negli ultimi due anni, almeno tre volontari sono stati uccisi e altri sette sono rimasti feriti dall'esplosione di mine antipersona disseminate nell'area; altri tre sono stati arrestati dalla giunta. Lo studio conferma il rapporto di causa-effetto tra le violazioni dei diritti umani e la crisi sanitaria del Paese.

Oltre 140mila profughi, per la maggior parte della tribu' karen (che conta circa 7 milioni di individui), si trovano in una decina di campi recintati da filo spinato e presidiati dai soldati sul lato thailandese della frontiera. Nell'accampamento di Mae La, uno dei quattro piu' vicini al confine, sono tenuti in condizioni terribili circa ventimila profughi e, ogni qual volta la repressione sul versante birmano si fa piu' intensa ne arrivano a centinaia.

Continuano a cadere nel vuoto le denunce di Amnesty International contro la giunta militare di violazioni dei diritti umani, esecuzioni sommarie, stupri e saccheggi nei villaggi sospettati di simpatizzare per la guerriglia dell'Unione nazionale Karen. L'Unk conta cinquemila combattenti esperti ed e' la piu' importante formazione guerrigliera birmana. In questi giorni ha manifestato il proprio sostegno alla mobilitazione contro la giunta che ha visto per protanogonisti i monaci buddhisti. (AGI)

L'ostetrica Inge Sterk

Per approfondimenti:
Http://www.gfbv.it/3dossier/asia/burma/birmania.html
Http://burmalibrary.org//docs4/IS-thesis-ocr2.pdf

Associarti al NurSind è il miglior investimento della tua carriera!
8,00 € al mese ti ritorneranno in soddisfazione professionale, personale ed economica!
Chiedi come, ai delegati sindacali NurSind della tua azienda.

Scheda di Iscrizione

Da consegnare compilata alla

Segreteria Provinciale di .....

Il/la sottoscritto/a **Nome** ....

Cognome .....

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

Domicilio via ..... **n°** .....

Località .....

CAP ..... **Città** .....

Telefono .....

Dipendente dell'Azienda .....

Distretto di .....

Reparto .....

Qualifica .....

Telefono Lavoro .....

Fax Lavoro .....

Email .....

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

Firma .....

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

Firma .....

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

Scheda di Iscrizione

Da consegnare compilata

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

Spett.le Az. .....

.....

Il/la sottoscritto/a .....

.....

In servizio presso .....

.....

In qualità di .....

Numero di matricola .....

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

Firma .....

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

Firma .....

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

AGRIGENTO	339 1548499	338 1489380	MATERA
ALESSANDRIA	338 9457746	338 7770909	MESSINA
ANCONA	339 2221513	338 3531102	MILANO
AREZZO	339 8144382	340 3149340	MODENA
ASCOLI PICENO	347 6459027	338 4898419	MONZA
BARI	348 8231774	331 3846283	NAPOLI
BERGAMO	348 7368056	339 6805023	NUORO
BRESCIA	328 8043717	338 4464589	ORISTANO
BRINDISI	333 1093968	340 3774179	PESARO-URBINO
CAGLIARI	347 7577963	328 5744839	PIACENZA
CALTANISSETTA	380 4100516	320 0826435	PISA
CAMPOBASSO	347 0733738	347 1174975	PORDENONE
CATANIA	333 2025743	393 9912449	RAGUSA
CHIETI	338 2561933	338 2368798	RIMINI
COSENZA	339 8124656	333 4674814	ROMA
ENNA	333 6106527	340 2769892	ROVIGO
EMPOLI	389 9994148	333 8429231	SALERNO
FOGGIA	320 8811330	347 8101335	SASSARI
FORLI'	347 0379908	333 9018332	SIENA
GORIZIA	339 3500525	380 4512768	SIRACUSA
LATINA	347 8465074	329 1293767	TARANTO
LECCE	328 0064662	347 8841155	TERAMO
LECCO	349 6441234	347 8122482	TORINO
LIVORNO	320 0825291	333 7345437	TRIESTE
LUCCA	328 0596018	339 2397838	UDINE
MACERATA	333 9699713	320 0650894	VICENZA
MASSA-CARRARA	349 8455285		

NURSIND

NurSind e gli Infermieri:

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

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

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