Infermieristica Mente
sindacando
NURSIND

Trimestrale di Informazione Sindacale, Professionale e del Lavoro. 1° trimestre 2007

Da Montecitorio al 1° sciopero nazionale: tra le pagine più importanti del sindacalismo infermieristico

NUOVE SEGRETERIE: TORINO PESARO-URBINO

All'interno:

la politica "scopre" gli infermieri
danno all'immagine della professione
la lombalgia nell'infermiere
il servizio di pronta disponibilità
chiarimenti sul TFR
prelievo arterioso per EGA

in questo numero
l'elenco completo dei Corsi InForm

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

sommario:

attualità

4 - La politica "scopre" gli infermieri
5 - Lettera dell'Onorevole Gian Paolo Patta
7 - Richiesta dell'area di contrattazione separata
8 - Diario di una giornata particolare
9 - Una forza dirompente
10 - Articoli sullo sciopero degli infermieri
11 - Firmato il Contratto della Sanità Privata
12 - Direttamente dal Forum
12 - George Michael: concerto per le infermiere
13 - Né medici, né infermieri. Semplicemente insegnanti
13 - INAIL: boom di infortuni per medici e infermieri

dal territorio

14 - Danno all'immagine della professione
17 - Nuove segreterie: Torino
17 - Nuove segreterie: Pesaro-Urbino

normative

18 - La lombalgia nell'infermiere
22 - Il servizio di pronta disponibilità: necessità, uso e abuso
25 - Chiarimenti sul TFR

formazione professionale

27 - Prelievo arterioso per EGA: una questione non del tutto risolta
29 - Il Consiglio Superiore della Sanità sul prelievo arterioso
32 - Corsi di formazione NurSind-InForm

esteri

34 - Francia: il 37% dei medici di famiglia nega le visite ai poveri
34 - Zimbabwe: appello di Giustizia e Pace per fermare lo sciopero dei medici

InfermieristicaMente sindacando NURSIND

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

Una grande prova di maturità

Inf. Donato Carrara - *Segretario Nazionale NurSind*

Nursind compie 9 anni. Se fosse una persona sarebbe ancora in età pre-adolescenziale. Invece è un sindacato che è cresciuto rapidamente diffondendosi in gran parte del paese, con la sola propria forza: una grande passione per la professione. Un sindacato in cui molti infermieri hanno riposto le speranze per il prossimo futuro e per uscire dall'oscuro "tunnel" di questo decennio.

Sembrava un'impresa impossibile; invece oggi è sotto gli occhi dei 350mila infermieri italiani e governata da 10.000 pionieri che non demordono, nonostante le estreme difficoltà che ancora presenta. Se a questi associamo per analogia anche i 10.000 infermieri iscritti al Nursing Up, sembrerebbe proprio che l'impresa sia compiuta.

Così non è purtroppo. Per una serie di circostanze, volute e non, quello spiraglio di speranza seguito all'affiliazione tra i due sindacati nel luglio '05 si è pericolosamente allontanato. Come per una sorta di destino implacabile, Nursind si ritroverà ad essere l'unico sindacato di categoria degli infermieri, senza altre sigle a cui proporre con dignità il proprio progetto federativo da cui era nato nel lontano 12 maggio 1998.

Come non rattristarsi pensando all'occasione persa alle elezioni RSU del 2004 in cui Nursind e Nursing Up insieme ottennero il 6% all'interno del comparto sanità, producendo uno "scossone" significativo all'interno degli equilibri degli attuali firmatari del CCNL.

A causa delle ferree regole imposte dall'attuale normativa che regolamenta l'accesso alla maggiore rappresentatività non è stato possibile sommare i rispettivi 3% ottenuti, onde per cui, per non sprecare il successo raggiunto, con saggezza e senso di responsabilità, abbiamo optato per una soluzione

transitoria: affiliarci al Nursing Up per via dei suoi 1000 voti in più rispetto ai nostri 10.500, con la pregiudiziale di lavorare nel frattempo ad una Federazione Sindacale Infermieristica comune.

Quello sforzo non è stato vano perchè consentirà almeno al Nursing Up di rappresentare gli infermieri al tavolo negoziale nazionale per il rinnovo del contratto del comparto sanità 2006-2009 pur con la consapevolezza che col solo 5% sarà alquanto arduo spostare di una virgola le politiche di CGIL-CISL-UIL rivolte agli infermieri.

Da quel patto affiliativo ci aspettavamo molto di più. Per primo, un taglio all'assurda ed ancora oggi incomprensibile divisione tra i due sindacati di categoria.

Se per il presidente di Nursing Up tale divisione è una ricchezza, per noi e per gli infermieri italiani rappresenta soltanto un'inspiegabile ed intollerante freno al raggiungimento delle rivendicazioni della categoria.

Da quel patto ci attendevamo un percorso concreto tra le due sigle per la costituzione della Federazione Sindacale Infermieristica quale soggetto capace di aggregare tutti gli infermieri d'Italia sotto un'unica bandiera e presentarsi al rinnovo delle RSU del prossimo novembre per raggiungere ben altri numeri che il semplice 5%.

Da quel patto ci attendevamo di poter finalmente godere entrambi delle prerogative sindacali fin'ora precluse ai sindacati infermieristici (distacchi sindacali, permessi, diritto di assemblea, diritto di partecipazione alle trattative nazionali e locali, ecc.).

Se quel patto ora è scaduto ancor prima del raggiungimento della maggiore rappresentatività, non sono scaduti ne venuti meno i suoi principi ispiratori. Se per Nursing Up è una ricchezza la distinzione e l'autonomia dei due sindacati infermieristici, per coerenza correttezza e dignità dovrebbe restituire al Nursind la parte che gli compete di quelle prerogative.

Se invece Nursing Up riterrà di non doverci niente, oltre che segnare definitivamente la frattura tra le due sigle, non gli resterà che trovarsi altri "compagni" di viaggio per mantenersi quel 5% conquistato grazie al Nursind. Busserà alla porta dei tecnici di laboratorio o di radiologia o dei fisioterapisti? Busserà ad altre sigle così come ha fatto con l'UGL Sanità (sigla chiaramente schierata a destra)?

A quanto pare, sbagliando non s'impara. I precedenti tentativi ormai naufragati di Fials ed Fsi non hanno insegnato niente. Galleggiare su uno sparuto 5% e solo per i prossimi 2 anni, non porterà alcun beneficio alla categoria, che resterà in ostaggio delle storiche sigle generaliste, responsabili dirette dello stato in cui ci troviamo.

Ma non ci diamo per vinti. Sapevamo difficile il percorso.

Siamo certi che il cammino dell'autorappresentanza infermieristica è attuabile, necessario e improcrastinabile.

La strada intrapresa ci darà ben presto ragione. Ci siamo messi e ci mettiamo ripetutamente in discussione.

Agli inizi di febbraio abbiamo affrontato con coraggio l'avvicendamento di Graziano Lebiu, ex segretario nazionale, alla cui tenacia dobbiamo gran parte dei risultati fin qui raggiunti ed il quarto congresso nazionale che celebreremo ad aprile 2008 è ormai alle porte.

Sono prove di maturità di un sindacato vivace, intraprendente, capace di confrontarsi e soprattutto dotato di solide basi democratiche al suo interno.

Gli infermieri ce ne daranno atto, anche quelli ancora assopiti dal fascino di CGIL-CISL-UIL e che ancora non hanno fatto la scelta di categoria; come pure quelli che al momento, hanno riposto la loro fiducia in un sindacato presidenzialista, chiuso a riccio su se stesso, incapace di mettersi in discussione e che non tarderà a svelare la sua vera vocazione.

La politica "scopre" gli infermieri

Inf. Pietro Sammartino - *Direzione Nazionale NurSind*

Non esageriamo certamente se affermiamo che il 10 novembre 2006 può essere considerata una data storica per il sindacalismo infermieristico italiano. Infatti quel giorno, dopo qualche settimana di preparativi, siamo riusciti ad organizzare un importante presidio in Piazza Montecitorio, attraverso il quale abbiamo inteso richiamare l'attenzione della classe politica sull'emergenza della questione infermieristica.
Alcune centinaia di colleghi provenienti dalle diverse regioni del nostro Paese, si sono dati appuntamento a Roma, per la precisione davanti alla Camera dei deputati (dove era in discussione la manovra finanziaria 2007), per chiedere con forza ai politici di ascoltare le rivendicazioni della categoria.
Il giorno precedente una delegazione della Direzione Nazionale NurSind era stata ricevuta dall'onorevole Cancrini, componente della Commissione Affari sociali della Camera, al quale avevamo rappresentato con dovizia di particolari quella che è ormai diventata la "questione infermieristica" per antonomasia, a partire dalla insufficienza numerica di personale nel SSN, alla qualità "usurante" della nostra professione, al suo scarso riconoscimento sociale ed economico.
L'onorevole, comprendendo le nostre argomentazioni, dopo essersi messo in contatto coi funzionari del Ministero della salute, era riuscito a farci ottenere un appuntamento con il sottosegretario onorevole Patta.
Ma di questo riferiremo successivamente.
Tornando al presidio, caratterizzato dai colori delle nostre bandiere e dagli slogan dei nostri striscioni, oltre che naturalmente dalla voglia di manifestare che coinvolgeva ognuno di noi, dobbiamo riconoscere di aver colpito nel segno se siamo riusciti a coinvolgere e a dialogare con una ventina di deputati appartenenti ad ambedue gli schieramenti politici.
Con alcuni di essi il rapporto è stato di carattere informativo rispetto alle nostre richieste; di altri abbiamo apprezzato l'atteggiamento di ascolto e l'impegno assunto con noi affinché le nostre istanze trovassero attenzione presso i tavoli istituzionali della politica.
Tra i nostri interlocutori di quella giornata ricorderemo gli onorevoli Casini (Udc), Gasparri e Santanchè (An), Grillini (Ds), Migliore, Dioguardi, Caruso e Luxuria (Prc), la ministra Bindi (Margherita).
Dicevamo prima dell'incontro con l'onorevole Patta, sottosegretario alla Salute, incontro che ha avuto luogo il 27 novembre scorso ed al quale ha partecipato una più ampia delegazione della Direzione Nazionale (Lebiu, Carrara, Palladino e lo scrivente).
Si è trattato di una riunione durata quasi due ore e dai toni molto cordiali ed interlocutori.
Abbiamo presentato al rappresentante del governo i documenti elaborati dalla Direzione Nazionale, dei quali egli ha fato un'attenta lettura.
Dobbiamo riconoscere che il sottosegretario ed i suoi collaboratori hanno prestato molta attenzione alle nostre argomentazioni, in modo particolare alla grave carenza numerica di infermieri e quindi alla conseguente mancata applicazione della normativa sull'autonomia professionale, alla necessità di un maggiore riconoscimento sociale e contrattuale, al carattere usurante della nostra professione.
Con noi l'onorevole Patta si era impegnato (come poi è accaduto) a segnalare il nominativo di un nostro rappresentante in seno alla commissione nazionale per il nursing.
Si era anche concordato che altri incontri ci sarebbero potuti e dovuti essere nel futuro.
Avevamo anche informato il sottosegretario della proclamazione della prima giornata di sciopero nazionale della professione infermieristica dell'11 dicembre: sciopero che, oltre

alla sentita partecipazione di migliaia di colleghi, ci ha consentito di occupare le cronache del media nazionali e regionali (non potete immaginare la mia gioia nel sentire, la sera di sabato 9 dicembre mentre andando al lavoro ascoltavo il gr2 delle 19.30, l'annuncio che il lunedì successivo "nella sanità ci sarebbe stato lo sciopero degli infermieri del NurSind") e, come conseguenza diretta, l'invito alla nostra Organizzazione Sindacale per un'audizione alla Commissione Sanità del Senato.
Quanto detto sin qui ci suggerisce alcune considerazioni che intendiamo trasmettere ai colleghi, affinché da queste ognuno trovi valide ragioni per una maggiore crescita sindacale e professionale.
Prima considerazione.
La politica in generale non conosce il nostro mondo professionale e le sue istanze: perciò è necessario essere sempre presenti nei palazzi, sia in veste istituzionale che come collettivo sindacale.
Seconda considerazione.
E' forte la necessità di crescita non solo come singola organizzazione sindacale, ma ricercando alleanze che possano consentire all'intera categoria professionale di ottenere maggiore peso rappresentativo e contrattuale nei rapporti con le istituzioni.
Terza considerazione.
L'unità interna al gruppo sindacale diventa cemento necessario e strumento indispensabile affinché la prima considerazione, ma soprattutto la seconda, possano trovare piena realizzazione.

P.S. A quando un altro presidio davanti ai palazzi della politica?

Roma, 14 novembre 2006
GIAN PAOLO PATTA

Caro Enrico,
l'evoluzione legislativa attuata dalle leggi 42/99, 251/00 e confermata con la recente 43/06, è stata per le professioni sanitarie infermieristiche - ostetriche, riabilitative, tecniche e della prevenzione, certamente un evento storico.
Giustamente è stata definita la "stagione delle riforme" che ha trasformato lo status di cinquecentomila operatori da ausiliari a professionisti dotati di propria autonomia, di formazione universitaria, con progressione di carriera sino alla dirigenza e con una nuovo inquadramento contrattuale .

Infatti a sette anni di distanza dalla legge 42/99, nella quotidianità del lavoro negli ospedali, nei dipartimenti e nei distretti stenta a delinearsi una diversa organizzazione del lavoro, discontinua con il passato, che veda queste professioni ormai autonome soggetto ed oggetto di una ricomposizione del rapporto con le altre professioni, medici compresi, adeguato alla nuova evoluzione formativa - professionale, come già realizzato in molti Stati dell'Unione Europea .

Occorre perciò ora avviare la fase di consolidamento dei risultati, di attuazione concreta dei processi riformatori previsti, di adeguamento alla nuova realtà dell'attuale organizzazione del lavoro.
In questo quadro risulta fondamentale valorizzare al massimo l'apporto di queste professioni incentivando ed estendendo nelle aziende sanitarie la diretta gestione delle aree di loro competenza attraverso la creazione di specifici servizi diretti da dirigenti espressione delle stesse professioni.

Pertanto, anche a seguito delle considerazioni espresse nel corso del nostro recente incontro, si propone di dare vita ad una Commissione Ministero della Salute – Regioni con il compito di elaborare le linee

guida di cui agli artt.1, 2, 3 e 4 della legge 251, attraverso la seguente metodologia:
1. elaborazione di una prima bozza da sottoporre alla approvazione della parte politica ed avvio del confronto con le oo. SS. delle aree dirigenziali e del comparto del S.S.N. per la necessaria condivisione, verifica ed approfondimento;
2. informazione e confronto anche con le rappresentanze ordinistiche e associative delle professioni interessate;
3. emanazione delle linee guida e loro presentazione pubblica in un Forum specifico, anche con la partecipazione di rappresentanti di altri analoghi modelli di altri Stati dell'UE.
La stessa Commissione potrebbe, inoltre, elaborare una proposta di adeguamento della normativa concorsuale sia per l'accesso alla nuova qualifica di dirigente delle professioni sanitarie, previsto dall'art. 6 della legge 251, così da permettere il superamento del conferimento dell'incarico dirigenziale nella vigente modalità transitoria, sia per concretizzare gli adempimenti previsti dall'art. 6 della legge 43/06 .

Dunque, la parte della delega contenuta nel secondo comma dell'art.1 della legge 251, riguardante le linee di indirizzo per una nuova organizzazione del lavoro, è da considerare la questione strategica dell'intero processo di riforma delle professioni sanitarie ; si tratta, infatti, di riuscire a far divenire "ordinaria" competenza quello che le scienze infermieristiche ed ostetriche hanno da tempo elaborato in materia di pianificazione dell'assistenza per obiettivi, di personalizzazione e di umanizzazione delle cure.
Le recenti evoluzioni e conquiste legislative e non ultima la previsione dell'insegnamento delle scienze infermieristiche anche nei corsi di laurea in Medicina, hanno ulteriormente sancito la specificità, l'autonomia e la scientificità del "nursing" quale disciplina e sistema di processi nel Servizio Sanitario Nazionale.

Per mettere in condizione il Ministero e le Regioni di esplicare appieno la loro funzione di indirizzo, programmazione e controllo del Servizio Sanitario Regionale sarebbe opportuno costituire una Commissione Nazionale sul nursing e sul midwifing (sia per le professioni infermieristiche che per quella di l'ostetrica) che potrebbero rappresentare il comune strumento per la promozione, il monitoraggio e ogni altro approfondimento sia necessario sviluppare per coniugare l'attuazione del diritto alla salute con la valorizzazione delle professioni e dei loro atti.

Certamente nella distinzione tra "care" e "cure", come è dimostrato dall'esperienza dei più avanzati modelli di Servizio Sanitario di altri Stati, esiste uno specifico campo di attività delle professioni

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA

Ufficio Relazioni Sindacali

Servizio Contrattazione Collettiva

Alla O.S. NURSIND

FAX : 070/825013

Oggetto: Lavoratori del settore delle professioni infermieristiche del Comparto Sanità - Richiesta della O.S. NURSIND volta alla previsione di una disciplina distinta nell'ambito dei contratti collettivi di comparto, ai sensi dell'articolo 40, comma 2 del d.lgs n.165 del 2001.

Con riferimento all'incontro tenutosi in data odierna presso questo Dipartimento, inerente la problematica di cui all'oggetto, si assicura che la richiesta di inserimento delle professioni infermieristiche del comparto sanità in una distinta disciplina, nell'ambito del comparto, ai sensi dell'articolo 40, comma 2, del d.lgs n. 165 del 2001, avanzata da codesta O.S., verrà rappresentata al Comitato di settore del Comparto Sanità, in occasione della prossima riunione, in vista dell'apertura delle trattative relative alla tornata negoziale per il quadriennio normativo 2006-2009 ed il primo biennio economico 2007-2008.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO
Eugenio Galloni

Diario di una giornata particolare

Inf. Patrizia Ferrari - *Segretaria Provinciale NurSind Matera*

Sono circa le 7.30, dopo 6 ore di viaggio in macchina e due metropolitane eccomi qua, di fronte a Piazza Montecitorio, mi guardo intorno e spero di riconoscere qualcuno, sono nuova non conosco nessuno… è la mia prima volta insieme agli altri colleghi del NurSind. Sono con Eugenia e Nicola, miei fedelissimi compagni ed amici e c'è anche Francesca, segretaria provinciale di Taranto. Siamo stanchi, ma eccitati, mi volto e vedo Enzino, come non riconoscerlo, poi ecco che arriva Donato, Rudy e man mano il marciapiede fino ad ora vuoto si riempie… meno male! Iniziamo ad organizzarci, si monta il gazebo, si fanno le prime foto, si attaccano le bandiere, gli striscioni. Arrivano altri colleghi, ci presentiamo, arrivano Giuseppino da Ancona, Cinzia con la sua troupe del 118… mi sento quasi a casa centodiciottina anch'io! Molti li riconosco per aver visto le foto sul giornalino, sui siti web… che bello, proprio come me li immaginavo.

Siamo tutti in divisa, un arcobaleno di colori e tanta voglia di fare, gridare, costruire. Iniziamo a distribuire i volantini, mentre arrivano con molto folclore i colleghi della Sardegna accompagnati da Graziano, la manifestazione inizia a prendere vita, ma siamo ancora in pochi.

La giornata è solare, la temperatura mite, con Eugenia, Francesca e Nicola si prende un caffè. Sono ancora incredula, io qui, in un momento storico per la nostra professione, a manifestare per un ideale, a far sentire la voce degli Infermieri, a lottare… Mentre rifletto faccio due calcoli veloci: in Italia siamo circa 350.000 Infermieri, 10.000 circa iscritti al NurSind, ma in piazza saremo si e no 300. Un po' mi dispiace ma poi penso "meglio pochi, ma buoni" lo so che è solo per tirarmi su, pensavo che saremmo stati in tanti, ma in fondo i pionieri sono sempre pochi, l'importante è rimanere uniti e poter dire "io c'ero!".

Nel frattempo i colleghi sardi iniziano un ballo tradizionale e così la tristezza vola via, mi unisco alla compagnia felice di essere li… Arriva anche Bruna, una delle mie ultime iscritte, si guarda intorno ed entra nella mischia.

Nella tarda mattinata riusciamo a parlare con qualche parlamentare, ci sentiamo partecipi, anche un po' commossi…è bello che dopo tante ore qualcuno ci dia ascolto e che legga i nostri volantini. Graziano rivendica le nostre posizioni, espone il nostro programma grida la nostra condizione di disagio, chiede al mondo politico di ascoltarci! Sono felice e mentre scatto una foto dietro l'altra non vedo l'ora di poter raccontare il turbinio di emozioni che sto vivendo.

Sono circa le 16 quando esausti iniziamo a raccogliere le bandiere, ci guardiamo contenti per aver potuto realizzare e concretizzare una giornata memorabile e ci diamo appuntamento per il Consiglio Nazionale del giorno dopo… non vedo l'ora!

Una forza dirompente

Inf. Cinzia Fiori e Tiziana Traini - *Segreteria Provinciale NurSind Ascoli Piceno*

10 novembre 2006, ore 6:00. Tutti a bordo. Si parte per Roma.
15 Temerari in divisa per andare ad infoltire il Presidio Infermieristico davanti a Palazzo Montecitorio.
Tutti insieme. Tutte le delegazioni degli Infermieri NurSind d'Italia, che s'incontrano davanti al "Palazzo" per rivendicare la loro parte, quella di infermieri italiani, che vogliono adeguare le loro condizioni economiche e lavorative alla media europea.
Ore 9:00. Ci lasciamo alle spalle la Vecchia Salaria, antica via Consolare, che collega la capitale all'Adriatico, ed al diradarsi delle nebbie colorate dai primi raggi del sole, lo spettacolo dei Colli Capitolini.
Ci affacciamo a Piazza Montecitorio ancora interrogandoci sulle aspettative di questa giornata e sugli effetti di questa manifestazione.
Davanti a noi l'azzurro e l'arcobaleno delle bandiere NurSind.
Una coreografia di sicuro effetto che indiscutibilmente vivacizza l'austerità dei palazzi circostanti.
Il fervore dei colleghi che organizzano seduta stante una "workstation" allestita sotto un gazebo, fotografi incuriositi a caccia di espressioni significative da immortalare, e anche l'allegria e il folklore dei colleghi sardi nell'intento di infrangere

quell'invisibile, eppur tangibile, tensione prima dell'inizio del confronto politico.
Pur non essendoci stata a monte una minuziosa programmazione, ci stupiamo, ancora una volta, di quanto dirompente sia la forza di NurSind.
Abbiamo dimostrato, semplicemente credendoci, che i nostri ideali sono l'essenza del nostro cammino e che la loro ferma espressione ha garantito attenzione e credibilità nei nostri confronti, da parte dei tanti parlamentari che stimolati a rompere le distanze, si sono fermati, questa volta, ad ascoltare anche la voce degli Infermieri.
Ore 16. Stanchi, lasciamo Piazza Montecitorio, consapevoli di avere scritto un altro capitolo della nostra storia, di esserci messi nuovamente in gioco, di aver fatto parlare ancora di noi, pronti ad affrontare la prossima "battaglia".

Notizie Flash

Flash 1
La Commissione Igiene e Sanità del Senato ha dato il via libera all'indagine conoscitiva sull'attività Libero Professionale Intramoenia.
Tra gli auditori ben 8 associazioni mediche contro la sola IPASVI per gli infermieri.

Flash 2
Il Consiglio Superiore della Sanità è costituito da 50 consiglieri. Di questi, due sole sono infermiere: Annalisa Silvestro, presidente della Federazione IPASVI; Gabriella De Togni, presidente del Coordinamento nazionale dei Caposala.
Gli infermieri contano forse per 2/50 della realtà sanitaria del nostro paese? Oppure vi è una visione distorta e quantomeno medicocentrica della stessa?

CRONACA PISA VII

LA NAZIONE GIOVEDÌ 7 DICEMBRE 2006

OSPEDALE Disagi in corsia: il calendario dei giorni di fuoco

Infermieri, raffica di scioperi Scattano le precettazioni

PISA — Si prospettano giorni difficili in ospedale, in vista delle agitazioni proclamate per oggi dal sindacato Confsal (per l'intera giornata), ma soprattutto per l'11 dicembre quando, a incrociare le braccia, saranno i medici oculisti dell'Anpo-associazione primari ospedalieri e gli infermieri del Nursind. E stavolta l'adesione potrebbe essere molto elevata, tanto che sarebbero già scattate le *precettazioni del personale* infermieristico da parte dei vertici dell'Aoup. «Qui a Pisa mancano almeno 60 unità di personale — dichiara il Nursind — e la situazione è destinata a peggiorare nei prossimi mesi, con la scadenza di molti contratti a tempo determinato. Inoltre si sta verificando un'"emorragia" di infermieri provenienti dall'area di Firenze, che si stanno gradualmente avvicinando a casa dopo aver vinto il concorso in ospedali fiorentini. Erano infatti in ruolo all'interno dell'Aoup ma nel frattempo hanno fatto concorsi anche altrove. E dagli ospedali di Firenze li stanno chiamando perché pescano dalle graduatorie dei vincitori di concorso. In questo modo nei prossimi mesi si creeranno dei "buchi" nell'organico, cui l'Aoup dovrà per forza porre riparo».

Il Nursind: «Mancano almeno 60 unità di personale»

Quanto allo sciopero di lunedì 11, il Nursind avverte che sarebbero già scattate le precettazioni — come previsto dalla legge — nei reparti cruciali dove la carenza di personale potrebbe causare seri problemi. «Segno che stavolta l'azienda teme un'adesione compatta e massiccia alla protesta — prosegue il Nursind —. E' la prima volta che veniamo precettati; negli scioperi precedenti non si era mai verificato». Sarebbero stati precettati — sempre stando a quanto riferisce il Nursind — tutti gli infermieri (15) in turno nella terapia intensiva cardiologica e nella sala operatoria del Dipartimento cardiotoracico. «Le emergenze saranno garantite — dichiara il Nursind — ma salteranno gli interventi programmati, le attività di routine». Nonostante la precettazione, il sindacato è comunque soddisfatto. Si vedrà cosa diranno i numeri dell'adesione lunedì prossimo. L'agitazione indetta dal Nursind è nazionale e sul tavolo ci sono tutte le rivendicazioni della categoria. «Negli ultimi 10 anni le politiche governative, di destra e di sinistra — si legge nella nota — si sono concentrate per lo più nella riduzione degli organici infermieristici, risparmiando ben 8,3 miliardi di euro. In Italia mancano 60mila infermieri eppure, nello stesso periodo, la spesa sanitaria nazionale è raddoppiata passando dai 50 agli attuali 100 miliardi. Dove sono stati spesi tutti questi soldi, chi se n'è avvantaggiato? Perché i continui tagli al personale hanno costretto gli infermieri, in tutt'Italia, a fare i centralinisti, i camerieri, i portantini, i commessi, i magazzinieri? E, come se non bastasse, spesso gli infermieri vengono costretti a sopperire alle carenze organizzative dei medici».

Garantite solo le emergenze Rischio paralisi nei reparti

A livello locale il Nursind riconosce che la giornata di lunedì potrebbe risultare difficile e chiede scusa in anticipo all'utenza. «Chiediamo ai cittadini solidarietà — conclude la segreteria provinciale — e rispetto del nostro lavoro anche nella giornata dello sciopero. Perché protestiamo per poter migliorare l'assistenza nei loro confronti».

SOTTO ORGANICO Il Nursind, il sindacato degli infermieri che, all'interno dell'Aoup, conta oltre 400 iscritti, da tempo punta il dito contro «gli organici ridotti all'osso»

Scioperano gli infermieri, chiuse oggi le sale operatorie

"L'Asl sta pensando a fare ricorso al personale delle coop anche per l'ambulatorio dei codici bianchi. L'organizzazione interna va rivista"

LUCCA. Lo sciopero degli infermieri dell'Asl 2, proclamato oggi dal NurSind, il sindacato delle professioni infermieristiche, potrebbe bloccare l'attività delle sale operatorie. Secondo il NurSind data l'alta adesione all'agitazione, saranno garantiti solo di interventi che hanno carattere di urgenza.

Il sindacato rileva che l'azienda ha precettato il personale (cosa mai accaduta nei precedenti scioperi) e sottolinea le cause che hanno portato all'agitazione: "la grave situazione che vive la categoria sia sul piano organizzativo e retributivo, che per le conseguenze delle strategie aziendali".

Il NurSind spiega che le carenze di personale sono gravi: il turnover non viene garantito, il numero di infermieri continua a diminuire nonostante si aprano nuovi servizi e attività come l'emodinamica, la fibrinolisi, i vari protocolli operativi già in uso al pronto soccorso. [...]

Infermieri di chirurgia, sciopero in blocco

Anche al Lotti contingentato il personale per garantire i servizi

Il sindacato: "La gente ha capito la protesta"

Pisa. Lunedì primo sciopero nazionale della categoria, l'azienda ospedaliera universitaria corre ai ripari

Cento infermieri " precettati"

Costretti a lavorare per garantire i servizi essenziali

PISA. Lunedì gli infermieri faranno il loro primo sciopero nazionale. Per la prima volta, cioé, si asterranno dal lavoro nell'ambito di un'iniziativa che non coinvolgerà le altre categorie della sanità. A promuoverlo è il sindacato autonomo NurSind che a Pisa può contare sul maggior numero di infermieri iscritti, circa 400. Per garantire i servizi essenziali l'Azienda ospedaliera universitaria è stata costretta a ordinare di lavorare a un centinaio di infermieri. Non era mai successo. La disposizione di servizio è stata concordata con il sindacato per evitare l'intervento del prefetto. [...]

Firmato il Contratto della Sanità Privata

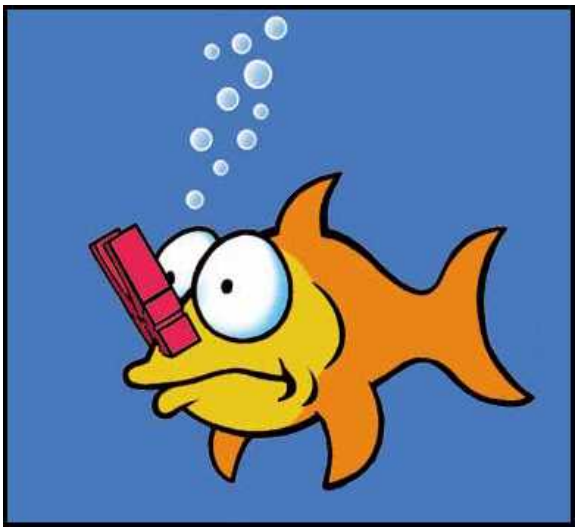
Inf. José Gonzalez Rodriguez - *Segretario Aziendale Ospedale San Pietro di Roma*

In pratica le aziende private (cliniche convenzionate e non, ospedali classificati, ecc) che si dichiareranno in crisi avranno una agevolazione ulteriore sulla rateizzazione dei pagamenti. Si perché gli arretrati non ci li daranno tutti insieme, NO.
I tempi saranno i seguenti:
Entro e non oltre la retribuzione di marzo 2007: **50% dell'anno 2006**
Entro e non oltre la retribuzione di giugno 2007: **50% dell'anno 2006**
Entro e non oltre la retribuzione di settembre 2007: **anno 2004**
Entro e non oltre la retribuzione di dicembre 2007: **anno 2005**
Questo naturalmente per le aziende che non presenteranno bilanci tali da dichiararsi in crisi. In buona pratica tutte, visto i tempi biblici dei pagamenti da parte della maggioranza delle regioni.
E se le regioni non pagano le convenzioni, le cliniche possono tranquillamente fare apparire questi mancati pagamenti come perdite.
Con la conseguenza per i lavoratori che i loro sudati arretrati arriveranno tardi… se arriveranno, e la possibilità di perdere gli arretrati qualora, nel frattempo, si sono trasferiti ad un ospedale pubblico come vincitori di concorso perdendo il diritto agli arretrati. Nell'ultimo contratto, almeno i lavoratori andati in pensione hanno visto riconoscersi il diritto ad avere gli arretrati.
Il 25 marzo, come si legge, c'è una riunione per definire ulteriormente i pagamenti. Il 23 i sindacati confederali firmatari del contratto hanno indetto uno sciopero. Speriamo che serva a qualcosa in più rispetto ai precedenti.
NurSind denuncia la politica cieca delle associazioni delle cliniche private che continuano imperterrite a non investire sul maggiore capitale che hanno: quello umano, quello del personale esperto delle loro strutture che, dopo essersi formato, se ne va verso la sanità pubblica dove non si troveranno di certo con problemi tali come andare a protestare per avere gli arretrati che legittimamente gli spettano.
NurSind denuncia anche la politica schizofrenica delle Regioni che prima danno convenzioni a destra e sinistra per coprire a basso prezzo la differenza fra la loro offerta di servizi di sanità pubblica e la vera domanda del pubblico, per poi pagare con ritardi mostruosi.
Di non avere aumentato il corrispettivo dei DRG in tutti questi anni, condizione che le associazioni delle cliniche private chiedevano per potere affrontare l'aumento degli stipendi. Non ci scordiamo che nella sanità privata dal DRG esce tutto, anche lo stipendio del personale, mentre nella sanità pubblica la voce stipendio è un capitolo a parte che non pesa sui DRG.
NurSind denuncia anche le organizzazioni sindacali firmatarie del contratto perché in tutti questi anni non sono riusciti a ottenere condizioni migliori per il comparto della sanità privata, dando esempio di una conduzione delle trattative sempre a rimorchio delle iniziative della controparte e non ottenendo niente delle loro tanto decantate sponde politiche.

Direttamente dal Forum

a cura della redazione di InfermieristicaMente

Il pesce dopo tre giorni puzza!!!
Eh si, mi lancio in questo post tra il polemico e il demagogico perché mi sono proprio un po' rotto di questo sistema. Fino a quando sei il collega "in forma" pronto a fermarti un'ora in più per aspettare il ritardatario, a sospendere un riposo, a lavorare una domenica o a dare un cambio turno tutto va benissimo. Quasi un premio morale alla disponibilità, anche i "notoriamente falsi" e gli "sparloni" del reparto e del servizio in questa situazione non riescono a trovare argomenti di discussione validi. In pratica sei una specie di freschissima fettina di tonno rosso del mediterraneo appena pescato, in vendita sulla banchina del porto..
Poi un giorno il vento cambia e, posso assicurare per esperienza personale, può accadere anche all'improvviso, mentre sei li che cerchi di decidere cose per la tua vita, questa d'improvviso decide per te. A questo punto il collega disponibile ed "in forma" deve decidere di fare un po' meno per il servizio ed essere un po' meno disponibile per i colleghi perché ha una chiamata importante a cui rispondere, non può più coprire i turni, sospendere i riposi e, fulmini e tuoni, succede che qualche volta si metta in mutua anche solo per non doversi confrontare con realtà davvero troppo pesanti emotivamente. In pratica il collega diventa un "cattivo soggetto". Ecco, come per magia che di colpo si trasforma in un'orata di allevamento pescata da una settimana sul banco di un mercato rionale il 12 luglio..... puzza. Diventa quasi l'oggetto di cui sbarazzarsi in fretta, magari anche sottocosto, prima che sia davvero invendibile.



Ora nessuno guarda quello che tu hai fatto in 13 anni di lavoro, a nessuno interessa che sei stato in malattia si e no 5 giorni in tutto, hai lavorato con febbre, tosse, senza voce oppure imbottito di medicine, a nessuno interessa quello che sei stato, OGGI SEI UN PESCE PUZZOLENTE e basta.
La ciliegina sulla torta viene quando il responsabile medico del tuo servizio, tempestivamente avvisato al primo giorno di malattia da qualche zelante collega, appena ti vede ti chiama per dirti che "non è carino che lui riceva chiamate dai colleghi per colpa mia".
Questo succede oggi nel mio posto di lavoro, la dove di problemi ce ne sono a decine, che qualche collega con la sindrome del superuomo o della superdonna convinto della perenne salute si permetta di giudicare senza sapere.
Attenti cari colleghi, la strada dal tonno rosso all'orata puzzolente è, purtroppo, davvero breve e soprattutto imprevedibile.
Ciao a tutti dall'orata puzzolente.

Concerto per le infermiere

George Michael ha concluso il faraonico 25 Live Tour con un concerto gratuito per le infermiere - e gli infermieri naturalmente -, mercoledì 20 dicembre alla Roundhouse di Londra. L'idea dello spettacolo è stata dello stesso cantautore anglo-cipriota, che con questo gesto vuole dire grazie a coloro che hanno assistito la madre, scomparsa una decina di anni fa, durante la lunga malattia.

"Quasi dieci anni fa", ha spiegato il divo di Jesus To A Child, "durante l'ultima settimana di vita di mia madre, promisi ai miei amici e alla mia famiglia che se avessi fatto ancora un mio spettacolo mi sarei assicurato di farne uno gratis per le infermiere.

Le infermiere che allora aiutarono la mia famiglia erano persone incredibili, e io capii quanto questa gente meravigliosa è sottostimata. E così voglio ringraziarla con un concerto di Natale, non vedo l'ora. Ed è così anche per la compagnia del mio tour, per ragioni diverse".

Né medici né infermieri. Semplicemente insegnanti

23 novembre 2006 - Gilda Venezia

La notizia è di quelle che bisogna leggere due volte, perché la prima si teme di aver frainteso.
Un protocollo di intesa (n. 11427 del 28/9/2006) tra USP di Venezia e le 4 AULSS della Provincia si impegna a formare il personale insegnante - al momento soprattutto dell'Infanzia e della scuola Primaria - a somministrare farmaci ad alunni affetti da particolari patologie specifiche come allergie, intolleranze fino a comprendere, « gli attacchi di crisi convulsive, lo shock anafilattico ed il diabete giovanile ».
La notizia è grave. Perché il testo del documento non è stato trasmesso alle OO.SS, perché snatura il ruolo professionale degli insegnanti, perché si presuppone di poter formarli mediante un corso in modo tale da delegare loro la responsabilità di intervenire con competenza e responsabilità di fronte a situazioni particolarmente gravi, perché ancora una volta il taglio della spesa nella scuola viene fatto ricadere sulla testa dei docenti. Ma soprattutto perché si vuole attribuire ai docenti mansioni e competenze non previste dal CCNL a costo zero il cui rischio di errori e il presupposto di competenze è altissimo sul piano personale. Dal punto di vista normativo il documento richiama la Nota 25.11.2005, Prot. n. 2312/Dip/Segr. Somministrazione farmaci in orario scolastico , e le Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico , relative ad un accordo bilaterale tra gli allora Ministri del MIUR Moratti e della Sanità Storace.
Chiediamo pertanto alla Direzione dell'USP di Venezia ed alle altre OO.SS della provincia di aprire un tavolo di confronto per valutare i risvolti normativi e contrattuali che un'iniziativa di tal genere comporta.
L'aver avviato iniziative di informazione che hanno già coinvolto gli insegnanti si sembra un atto illegittimo , grave e pericoloso per gli insegnanti .
E se qualcuno vuole che facciamo interventi di medicina scolastica chiediamo intanto di cominciare dalle retribuzioni: da questo punto quelle dei medici ci sembrano un suggestivo modello.

INAIL: boom di infortuni per medici e infermieri

In aumento (+21%) gli infortuni sul lavoro di medici, infermieri e ausiliari, vittime anche di aggressioni fisiche da parte di pazienti e dei loro parenti.
Lo rende noto l'INAIL che, in un'analisi, rende noto come lo scarso rispetto delle norme di sicurezza sul lavoro nelle strutture sanitarie italiane é, insieme alle irregolarità assistenziali e alle carenze igieniche e strutturali, uno degli aspetti su cui si sono concentrate negli ultimi mesi le indagini dei NAS dei Carabinieri per conto del Ministero della Salute. Risultato: il 54% dei 321 ospedali pubblici controllati presentano irregolarità più o meno gravi.
Le difficoltà operative del settore, che in Italia dà lavoro a più di mezzo milione di persone, incidono anche sugli infortuni sul lavoro. Nella sanità, infatti, a fronte di una crescita degli addetti pari a circa il 10%, nel quinquennio 2001-2005 si é assistito a un aumento del 20,6% degli infortuni, in contrasto con la contrazione generale registrata negli ultimi anni in italia per il complesso delle attività.
Nel 2005, gli infortuni sul lavoro hanno superato quota 34mila, 19mila dei quali nei servizi ospedalieri. Il 70% delle denunce ha riguardato le donne. In calo, invece, i casi mortali, che nel 2005 sono stati una decina.
Ma come si fa male chi lavora in corsia?
L'INAIL informa che tra gli episodi più frequenti c'è lo scivolamento, soprattutto per impiegati e portantini, e la perdita di controllo di macchinari e utensili, che miete la maggioranza delle vittime tra medici e infermieri.
Più curioso, e per molti versi inquietante, é il fenomeno delle aggressioni fisiche da parte di pazienti e dei loro parenti, frutto spesso della tensione e dell'esasperazione che possono nascere in un ambiente come quello della corsia ospedaliera.
Nel 2005 sono stati più di 400 i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari coinvolti, loro malgrado, in questo tipo di episodi.
Fonte: Sole24ore/Federfarma

Danno all'immagine della professione

Inf. Salvo Lo Presti - *Segreteria Provinciale NurSind di Alessandria*

Caso 1 - Alle ore 16:30 del 23 novembre 2006, tramite la telefonata di una collega, la Segreteria Provinciale di Alessandria viene a conoscenza della presenza di alcuni manifesti affissi nella città di Acqui Terme, che ledono l'immagine della professione Infermieristica.

Il manifesto è relativo ad un dibattito proposto da due movimenti politici alla popolazione dal titolo "Anziani e Sanità".

Nel manifesto si evince un anziano che viene preso a calci da un infermiera raffigurata in modo molto succinto (vedi immagine a destra).

A tale segnalazione il Segretario Provinciale, prendendo atto della reale situazione e confermata la notizia, si accinge insieme ai componenti della segreteria a presentare una denuncia; tramite il legale viene preparato un ricorso d'urgenza, che il giudice (Dott.ssa P. Bozzo Costa) riconosciute valide le ragioni, con celerità ordina immediatamente la copertura dei manifesti di dubbia ispirazione.

La risposta non si fa attendere e arriva tramite web; infatti sul sito del fautore di tale vignetta, nella persona di tal Cesare Pisano, vengono esposte le ragioni del manifesto e viene descritto l'accaduto come frutto di un attacco politico.

Ovviamente la Segreteria di Alessandria risponde facendo presente che l' O.S. NurSind non è legata a nessun partito politico e che questa azione legale è da ritenersi collegata ai principi ispiratori del sindacato stesso, ossia di difendere la professione e l'immagine degli infermieri.

Ovviamente di tutto ciò il Collegio Provinciale IPASVI di Alessandria è pienamente informato sin dal primo minuto, anche se la risposta si fa attendere.

Il batti e ribatti continua per via telematica: il vignettista accusa il Segretario Provinciale di essere solo lui il vero indignato nei confronti del manifesto accampando parentele tra operatori sanitari operanti in città che non manifestano indignazione avverso il suo manifesto; mentre di riflesso la Segreteria Provinciale indice una raccolta firme estesa a tutti i colleghi d'Italia per dimostrare il contrario.

Viene pubblicato un articolo inerente la faccenda sul quotidiano LA STAMPA del 26/11/06 e più tardi ne verrà pubblicato un altro sul Secolo XIX del 28/11/06.

Nonostante ciò, l'autore della vignetta pubblica sul proprio sito una lettera di regolare follia dove descrive (umoristicamente) la sua appartenenza a Satana, e dove conclude indicando la strada per "quel paese" a tutti gli Infermieri.

Nel frattempo una collega invia una lettera alla Federazione Nazionale IPASVI, al Ministro per le pari opportunità e per conoscenza al collegio IPASVI di Alessandria ed a noi; nella lettera si legge "la sottoscritta si prodiga tutti i giorni nell'assistenza ai propri degenti con Diligenza, Umanità, Cortesia Professionalità ma non capisce come mai, nonostante tutto ciò, debba essere ancora raffigurata da un luogo comune che è più resistente della gramigna, quello dell'infermiera di facili costumi ed in questo caso anche crudele".

Dopo questa lettera sembra che il collegio esca dal torpore ed incarica il legale per una azione nei confronti degli autori del manifesto.

Contattiamo il legale del collegio, che telefonicamente ci informa di aver spedito una lettera di reclamo ma di cui non siamo riusciti ad avere copia nonostante ripetute richieste, forse la lettera e' rimasta nei loro pensieri?

Le vicende si susseguono sul Forum Nazionale del Nursind, fino ad arrivare al 12/12/06 giorno dell'udienza: beh, in quest'ultima succede l'inverosimile; i legali delle liste civiche e del vignettista affermano che la figura rappresentata non è un'infermiera, cercando nell'escamotage del copricapo presente sulla testa della figura del manifesto e che a parer del legale mai stata presente sulla testa delle infermiere di dare adito tale affermazione; ma la cosa che fa più scalpore è che lo stesso legale ribadisce il fatto che il sindacato Nursind non essendo riconosciuto dall'Aran, non ha diritto a difendere la categoria infermieristica.

Ovviamente a questa ilarità (come non definirla tale) il segretario insieme al legale, rispondono a tono chiedendo al giudice se per difendersi da un pubblica offesa sia necessario essere accreditati del 5% all'Aran e reclamano le scuse ufficiali fatte tramite i mezzi di comunicazione cartacei.

Cari lettori tutto questo non è una favola ma è successo realmente; ma la domanda da porsi in questo turbinio di notizie è: ma l'IPASVI di Alessandria che fine ha fatto?

Non è forse il Collegio Ipasvi che si ritiene *"…l'organismo che TUTELA e disciplina la professionalità degli iscritti.."*?

Cari colleghi la totale apatia riscontrata nel comportamento del Collegio di Alessandria ci fa sperare ben poco ad un organo di tutela, e purtroppo rafforza sempre più le convinzioni di un sistema che non funziona, che non rappresenta, che non difende nessuno all'infuori dei membri facente parte.

Certo è sconcertante che non sia neanche stata indetta una riunione straordinaria (o perlomeno a noi non risulta) per far finta di discutere della situazione venutasi a creare. Tutto ciò a discapito di tutti noi infermieri, indifferentemente uomini e donne, che ci siamo sentiti offesi, che continuiamo a subire queste discriminazioni e che sinceramente siamo stanchi di essere vittime quotidiane di luoghi comuni osé e antiprofessionali.

Dal Sito Nazionale IPASVI si legge " Siamo qui, perché siamo professionisti"; professionisti lo siamo, lo siamo sempre stati e sempre lo saremo ma questo a che fine se non siamo realmente professionali tra di noi?

A tutto ciò si ribadisce lo straordinario lavoro e la peculiarità nel farlo da parte dei componenti la segreteria, che continuano a svolgere la propria opera sindacale di tutela e difesa del professionista.

Ma ricordiamoci tutti che noi stessi dobbiamo essere i rappresentati della nostra dignità e che dobbiamo rivendicare ogni giorno il nostro diritto a essere riconosciuti come i Professionisti della Salute quali siamo. Solo così ci aiutiamo e aiutiamo la professione a crescere ed a essere riconosciuta come tale.

L'infermiere dei luoghi comuni non ci deve più andare bene che sia umoristicamente o per ignoranza visto così; la Professionalità acquisita a suon di sacrifici e portata avanti con senso del dovere non deve essere un fardello da trasportare ma bensì una espressione di vanto e fierezza.

La soddisfazione quotidiana nell'essere riconosciuto come responsabile nel campo dell'assistenza ci deve dare la forza di non fermarci e di continuare a crescere sempre nella ricerca continua della perfezione nel campo lavorativo. E' ovviamente una salita molto ripida ma uno, cento, mille di noi con calma e pazienza lavorano e lavoreranno per portare avanti questa grande avventura.

Caso 2 - In seguito alla campagna promossa dalla segreteria di Alessandria volta a tutelare l'immagine professionale ci ritroviamo a valutare un'altra vignetta, apparsa su Libero, quotidiano a tiratura nazionale, con una infermiera "un po' osé" celermente inviamo questa email alla redazione del quotidiano.

Egregio direttore,

sono addolorato e arrabbiato nel vedere una vignetta, a mio parere e degli iscritti, altamente lesiva dell'immagine professionale infermieristica che correda un articolo, quello del " Restauro del maschio, Ne ha bisogno uno su sei" di Annalisa Bianchi.

Dato che l'articolo tratta dell'impotenza sessuale maschile, avreste potuto allegare una vignetta che raffigurasse un toro, un leone, un gorilla, per accentuare il potere sessuale che questi animali, nell'immaginario colletivo, assumono; avendo utlizzato un infermiera svestita, o vestita da bomba sexy, avete voluto perpetrare una immagine distorta della categoria infermieristica che, a differenza dei vostri pensieri, è una categoria che svolge con diligenza, professionalità, umanità il proprio ruolo di assistenza degli infermi e che negli ultimi tempi ha raggiunto dei livelli di eccellenza, anche legislativi: laurea triennale, laurea specialistica, master di 1° e 2° livello, dottorati di ricerca.

Dal codice deontologico del giornalista si legge: il giornalista rispetta il diritto inviolabile del cittadino alla rettifica delle notizie inesatte o ritenute ingiustamente lesive. Rettifica quindi con tempestività e appropriato rilievo, anche in assenza di specifica richiesta, le informazioni che dopo la loro diffusione si siano rivelate inesatte o errate, soprattutto quando l'errore possa ledere o danneggiare singole persone, enti, categorie, associazioni o

comunità.

Con la vignetta incriminata avete causato una grave offesa alle esercercenti le professioni infermieristiche dipingendole come "delle poco di buono".

Nell'intento di tutelare l'immagine degli esercenti le professioni infermieristiche (Articolo 2 dello Statuto NurSind - [...] Si prefigge quali obiettivi principali: a) la tutela del decoro e degli interessi morali ed economici e giuridici di tutti gli esercenti le professioni infermieristiche) seppur certi che non fosse assolutamente vostra intenzione offenderci, ci sarebbero molto gradite le vostre scuse ufficiali per rimediare a quanto provocato con la vignetta; in caso contrario ci vedremmo obbligati ad intraprendere, nei vostri confronti, tutte quelle azioni che la legge ci pone a disposizione per ristabilire l'immagine lesa.

A tutt'oggi non abbiamo ricevuto riscontro da parte della redazione del quotidiano, quindi procederemo ad un secondo invio di richiesta rettifica a nome del legale della segreteria ed in seguito se anche ciò non portasse i risultati sperati si provvederà ad adire altre vie.

Dal settimanale **QN** - rubrica **ECONOMIA & POLITICA** - Sabato 25 febbraio 2006

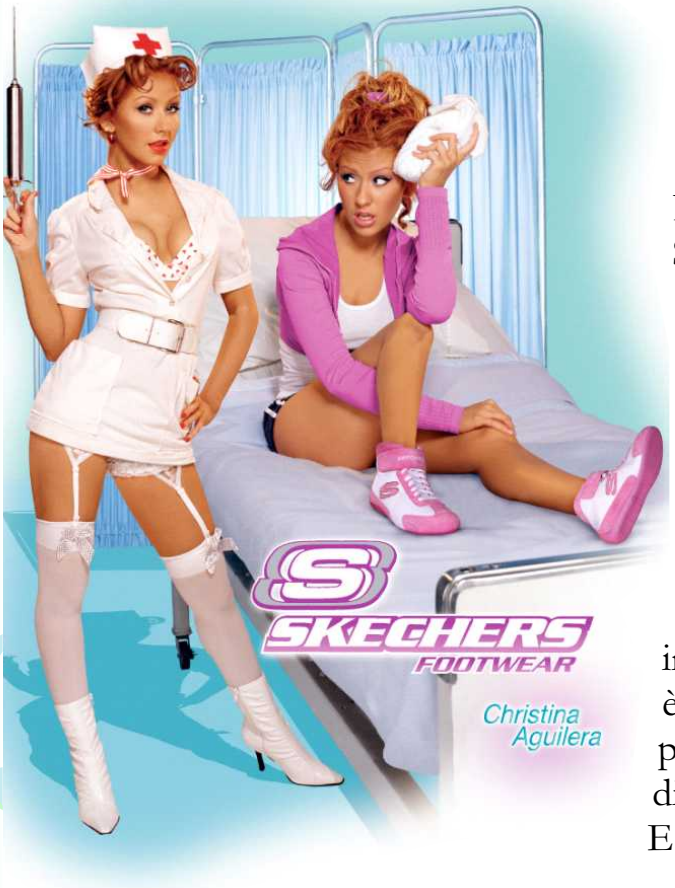
DOMANDA: L'INFERMIERE PUO' PRELEVARE IL SANGUE?

Mi sono ultimamente sottoposta a una serie di esami clinici, come abitualmente faccio ogni due o tre anni. Nel corso di questi mi sono stati fatti anche alcuni prelievi di sangue.
Questi sono stati effettuati da un medico e questo mi ha tranquillizzato perché alcuni amici mi hanno riferito che spesso gli stessi vengono demandati a personale infermieristico che pur essendo molto attento credo non abbia titolo per infilare un ago nella vena. Mi chiedo e vi chiedo cosa disponga la legge al riguardo.
Giuseppina F.,Cremona

RISPOSTA

Le indicazioni che hanno dato alla nostra lettrice non sono del tutto corrette in quanto l'attività di prelievo di sangue venoso non è attribuita alla esclusiva competenza dei medici, potendo essa essere effettuata anche da **ausiliari della professione medica** quali gli **infermieri professionali** e le ostetriche.
A queste ultime categorie l'abilitazione è stata attribuita sin dal 1973 con provvedimenti di legge che ne hanno riconosciuto la idonea professionalità ottenuta dopo un percorso di **studi di qualità** seguito da un tirocinio specifico e qualificante.
In ogni caso è bene ricordare che una attività di questo tipo si è ritenuto di doverla riservare esclusivamente agli esercitanti la professione medica perché viene qualificata come atto invasivo della sfera corporale del paziente e, per tale ragione, viene riservata a chi si ritiene abbia (per formazione professionale) un **ragionevole riconoscimento di competenze tecniche e professionali**. Recentemente però una infermiera generica che ha effettuato un prelievo in una situazione di inderogabile emergenza e in assenza di personale medico e di colleghi con idonea abilitazione professionale, è stata assolta dal pesante reato di esercizio abusivo della **professione sanitaria**, per il quale è stata portata innanzi al giudice penale, proprio perché si è giustamente riconosciuto che se si opera in stato di oggettiva necessità **la rigidità della norma può essere derogata**.
Renato Mantovani

In alto un brano tratto dal settimanale QN, del 25 febbraio 2006
In basso a sinistra, Christina Aguilera in posa per la pubblicità delle Skechers



No all'immagine stereotipata delle infermiere!

Parte della pubblicità di Christina Aguilera per la Skechers è stata recentemente ritirata per le proteste dei sindacati britannici delle infermiere. La cantante aveva posato per l'azienda di scarpe sportive nei panni di una seducente infermiera: Chris è stata immortalata per la campagna pubblicitaria delle calzature, in minigonna, reggicalze, ampia scollatura e con una enorme siringa in mano.

Le proteste non si sono fatte aspettare: le infermiere, infatti, sono insorte contro quello che è da sempre lo stereotipo che accompagna la loro professione sanitaria; quella di una donna oca e disponibile.

E hanno vinto!

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

Nuove segreterie: Torino

Inf. Giancarlo Mezzanato - *Segreteria Provinciale NurSind di Torino*

Sono Giancarlo, infermiere da 4 anni in pensione; sono stato eletto revisore dei conti effettivo nel collegio di Torino. Nel sindacalismo di categoria ho esordito, agli albori del Nursing Up come responsabile dell'ASL 5 e sono stato eletto in RSU per due tornate elettorali. Ho cominciato a interessarmi alle malattie professionali, gia prima di impegnarmi nel sindacato, per motivi famigliari. L'esperienza accumulata l'ho messa a disposizione della categoria con un progetto che non ha incontrato la fiducia dei vertici dell' associazione. Avevo scelto due filoni: rischio radiologico e patologie della colonna; ad aprile dell' anno scorso mi sono trovato fuori dal Sindacato Nursing Up; dopo un attimo di sbandamento, ho deciso di proseguire da solo, nel frattempo avevo vinto le cause pilota sul rischio radiologico, cavalcato ovviamente anche da altri (ora).

Nonostante gli ostacoli con il mio gruppetto oggi ho oltre cinquanta cause aperte, e sono partite le cause pilota per le patologie professionali.
Questi sono alcuni fatterelli; le cose importanti sono avvenute in dicembre, dopo alcuni contatti con Donato Carrara. Sono stato convocato a Cagliari durante il Direttivo Nazionale e in seguito, a Pisa, ho assunto l' incarico pro tempore della segreteria di Torino.
Mi rendo conto di avere accettato un incarico arduo ma "l'incontro" con NurSind mi ha fatto sentire a casa dopo tanti anni, e mi ha dato l'entusiasmo di un ragazzino: di ciò ringrazio Graziano, Donato, Salvo ed il gruppo di "matti" di Alessandria, Daniele, Andrea e tutti quelli che ho conosciuto a Dalmine, Cagliari, Pisa e Alessandria.
Accetto ovviamente ogni tipo di collaborazione da parte di tutti presso la sede NurSind di Torino (c/o Giancarlo Mezzanato, Corso Correnti, 41 - 10136 Torino - cell. 347/8122482 - tel. 011/3721083 - mail: torino@nursind.it).
Penso sia molto importante non dimenticare mai i tantissimi colleghi che operano nelle corsie: sono la chiave di volta della professione!
Quando un sindacato di categoria tradisce il proprio entroterra culturale si snatura.
Ricordiamocelo sempre.
Un caro abbraccio a tutti, Giancarlo.

Nuove segreterie: Pesaro-Urbino

Inf. Sergio Braconi - *Segreteria Provinciale NurSind di Pesaro-Urbino*

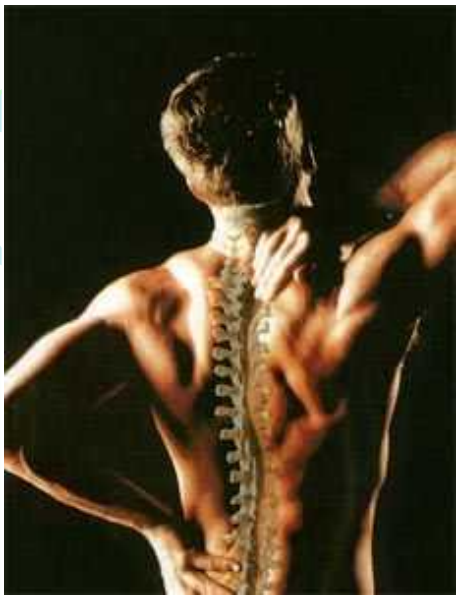
Poche parole per dire che siamo nati anche nella provincia di Pesaro-Urbino.
Come infermieri siamo quasi sempre rappresentati, nelle RSU nelle sedi contrattuali ecc., da figure professionali lontanissime dalla nostra professione. Molte volte queste funzioni sindacali sono ricoperte da persone che nella loro vita hanno avuto, come unica attività lavorative, quella del rappresentante sindacale.
Ad ottobre dello scorso anno ho letto la rivista Nursind e mi sono riconosciuto negli articoli che molti colleghi scrivevano; ho preso contatto con la rappresentanza provinciale a me più vicina e dopo aver parlato con i colleghi Enzo Palladino e Giuseppino Conti di Falconara, mi sono convinto, grazie al loro aiuto, che anche nella nostra provincia poteva e doveva nascere una sede provinciale del NurSind.
A dicembre abbiamo dato vita alla nostra rappresentanza provinciale e dopo neanche 60 giorni avevamo già 15 iscritti, tutti colleghi che, saputo della cosa, mi cercavano per associarsi a noi, ed oggi che scrivo siamo già 25 in provincia.
Piccoli numeri ma con una grande volontà, quella di crescere e di portare la voce degli infermieri nelle sedi più opportune.
Chi parlerà per noi saranno sempre e solo dei colleghi, che conoscono realmente il nostro lavoro, siamo fiduciosi e speriamo che questa rappresentanza possa crescere, soprattutto perché il personale infermieristico più giovane possa avere domani una rappresentanza professionale che sia realmente espressione della nostra professione.

La lombalgia nell'infermiere:

esposizione lavorativa, presupposti clinici e causalità medico-legale nel riconoscimento della malattia professionale non tabellata

Inf. Giancarlo Mezzanato - *Segretario Provinciale NurSind di Torino*

Dott. Enrico Maggiore - *Medico Ortopedico (Pres. Comm.ne Medica di Verifica del Ministero del Tesoro di Torino)*



La lombalgia (low back pain o LPB degli autori anglosassoni) costituisce un sintomo in forte aumento nella popolazione comune e sta emergendo come rischio professionale tra gli infermieri che restano i più colpiti, tra tutti gli operatori della Sanità, con un rapporto di 4 a 1.

In ambito ospedaliero l'identificazione del rischio è connessa alla presenza di pazienti non autosufficienti (entità della disabilità del paziente), e all'assenza di ausili adeguati che possano ridurre al minimo il rischio. Altri fattori possono essere la frequenza dell'esposizione, la carenza di personale infermieristico, strutture e ambienti non adatti, ecc.

È ormai chiaro il rapporto tra attività di movimentazione manuale dei carichi e incremento del rischio di lesioni da sforzo in particolare per il rachide lombare. Il meccanismo di azione si determina nell'aumento consistente del carico discale, superiore ai valori tollerabili e corrispondente al concetto di "limite d'azione".

I valori limite e/o indicatori statistici di rischio hanno per il medico un valore orientativo, stante l'esigenza di considerare la risposta individuale del soggetto alla noxa patogena, essendo diversa la capacità di resistenza di ciascun organismo.

L'idoneità lesiva del rischio lavorativo deve essere valutata alla stregua di un'attenta analisi che considera tutte le variabili in gioco, dati anamnestici comprensivi della storia lavorativa completa, ambienti di lavoro con tipologia e qualità del lavoro espletato, concause preesistenti, dati clinici e strumentali, caratteristiche ed evoluzione della patologia, entità del danno, risultanze più recenti della medicina del lavoro e dell'epidemiologia, informazioni sulle condizioni di salute dei compagni di lavoro o di altri lavoratori similari.

Alla luce dell'acquisizione di tutti gli elementi di cui sopra s'impone una rigorosa criteriologia medico legale per l'accertamento del nesso causale tra il lavoro infermieristico e la lombalgia.

Dati epidemiologici

Le rilevazioni nel corso del 2000 dei casi di infortunio indennizzati dall'Inail per lesioni della colonna vertebrale sono in aumento e negli ultimi anni, infatti, è cresciuto il numero di denunce giunte all'Istituto.

In agricoltura sono stati indennizzati 4.944 casi di infortunio per lesioni della colonna vertebrale; le lesioni riguardano soprattutto la zona lombare (58,9%) e la zona cervicale (20,5%), seguono le lesioni riguardanti l'osso sacro ed il coccige (10,5%) e la zona toracica della colonna vertebrale (10,1%).

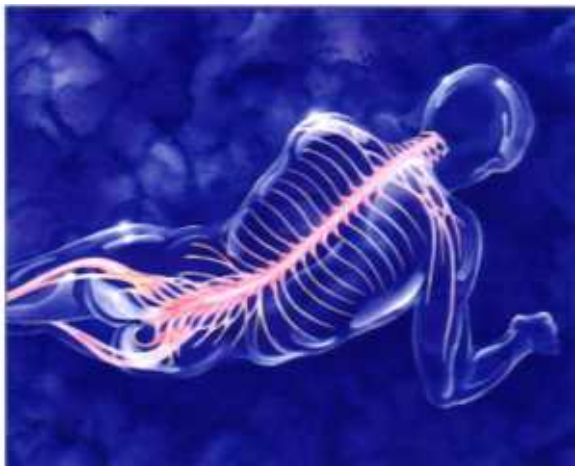
Nell'industria i casi indennizzati sono invece 66.642; le lesioni più frequenti sono quelle della zona lombare (52,8%) e della zona cervicale (36%), seguono le lesioni della zona toracica della colonna vertebrale (6,3%) e quelle riguardanti l'osso sacro ed il coccige (4,9%).

La movimentazione manuale dei carichi rappresenta uno dei principali fattori di rischio presenti nel lavoro ospedaliero.

Secondo alcuni studi (Gobbi et al., 1995) la patologia muscolo-scheletrica (costituta in gran parte da back pain) sarebbe la causa del 30% circa di tutti i giorni lavorativi persi per malattia delle infermiere.

Sulla base di questi dati epidemiologici i reparti ospedalieri nei quali la prevalenza di Back pain (mal di schiena dolore al rachide) è più elevata risultano essere la rianimazione, la terapia d'urgenza, la terapia intensiva, la riabilitazione e il recupero funzionale, l'ortopedia e la geriatria, ma anche la chirurgia.

Il dolore lombosacrale, in particolare modo negli infermieri, è correlato ai movimenti necessari per prestare assistenza ai malati: dal sollevamento allo spostamento dei pazienti, alla posizione eretta mantenuta per periodi di tempo prolungati, fino alla sistemazione dei letti con pazienti



non collaboranti, tutto ciò comporta un elevato "stress posturale".
È stato evidenziato (Occhipinti e coll 1998) come il rischio più elevato si verifichi nelle operazioni di sollevamento e trasferimento di pazienti effettuato da un solo operatore senza adeguato addestramento e senza l'ausilio di mezzi meccanici.
Nell'ambiente di lavoro ospedaliero esiste, in misura tutt'altro che modesta, un problema di posture incongrue e di sforzi fisici rilevanti che interessano particolarmente il personale infermieristico.
Nella popolazione professionalmente esposta si evidenziano:
• alta incidenza di patologia del rachide con interessamento prevalente del tratto cervicale e lombosacrale;
• L'incidenza dei disturbi è generalmente correlata con l'anzianità di servizio;
• Per il tratto lombosacrale esiste una correlazione positiva anche con l'età;
Il distretto della colonna vertebrale maggiormente interessato dal sovraccarico biomeccanico di origine lavorativa è il tratto lombare e le relative cerniere, dorso-lombare e lombosacrale; il meccanismo patogenetico (c.d. a pompa) comporterebbe una primitiva alterazione trofica del disco intervertebrale attraverso fenomeni di disidratazione del nucleo polposo e perdita di elasticità con fissurazioni dell'anulus fibrosus; seguirebbe la protrusione e poi l'ernia del disco intervertebrale con eventuali quadri clinici connessi alla compressione radicolare.
L'alterazione del disco può comportare inoltre l'instaurarsi di un processo artrosico osteofitico per il concentrarsi delle sollecitazioni pressorie sui bordi delle limitanti dei corpi vertebrali. L'osteofitosi margino somatica è processo degenerativo comune nella popolazione superiore ai 40 anche alle forme non da sovraccarico; tuttavia trovare un lavoratore di età inferiore ai 40 con una storia positiva per movimentazione manuale dei carichi (storia di compressione ripetuta e protratta nel tempo) con tale reperto radiografico può, tenuto conto di un lungo periodo di esposizione al rischio (eventuale indice di esposizione MAPO superiore a 5) essere presa in considerazione la malattia professionale.
Le forze compressive sono la risultanza di diversi fattori tra i quali assumono rilevanza:
• la postura assunta al momento dell'azione;
• il peso e le dimensioni dell'oggetto movimentato;
• il tragitto che l'oggetto deve compiere;
Altri elementi di cui tenere conto
• entità della disabilità dei pazienti;
• tipo di operazione di movimentazione effettuata;
• frequenza giornaliera delle attività di sollevamento;
• formazione degli operatori;
Valori dell'indice MAPO superiori a 5 (area rossa) indicano una esposizione tanto più significativa quanto più il valore dell'indice aumenta: è necessario, in questi casi, attivare programmi di formazione nonché predisporre ed attuare un piano per la rimozione dei fattori di rischio a breve termine quali l'inadeguatezza dei letti o assenza di attrezzature (ausili per il sollevamento dei pazienti).
Nell'accertamento della malattia professionale, bisogna distinguere tra:
1. patologie non etiologicamente correlabili con l'attività di lavoro (es. patologie su base costituzionale, metabolica o genetica di tipo prevalentemente malformativo) ma che sono influenzate negativamente dal sovraccarico biomeccanico e che pertanto rappresentano una condizione di ipersuscettibilità nei soggetti che ne sono portatori;
2. patologie a etiologia multifattoriale nelle quali tuttavia condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo possono agire come cause primarie o concause rilevanti. Tali sono le forme che si incentrano su processi di degenerazione del disco intervertebrale (es. discopatie, protrusione ed ernia del disco) nonchè le forme generiche acute (lombalgia da sforzo).
Analisi dello stato anteriore con acquisizione di anamnesi, visite, esami che diranno se l'evento ha agito su una colonna sana o già compromessa; concause preesistenti possono fare assumere all'episodio

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

magari qualificabile ordinariamente come atto di forza abitudinario, il ruolo di sforzo fisico abnorme e costituire nozione tecnica di infortunio sul lavoro.
Per le forme ad espressione cronica all'inizio: raccogliere le notizie anamnestiche con i questionari predisposti per il datore di lavoro e per il lavoratore; acquisizione della scheda sanitaria del medico competente con tutti gli elementi che consentono di informarsi sul luogo di lavoro e sulle condizioni in cui questo è stato svolto; ciò peraltro è necessario posto che sempre più spesso molte aziende sanitarie si dotano di dispositivi per ridurre il rischio di movimentazione dei carichi ai fini della prevenzione ai sensi della 626/94.

Analisi del rischio

La quantificazione del rischio lavorativo avviene attraverso i riferimenti normativi della Comunità Europea (con relative direttive), secondo i dati elaborati dalle autorità scientifiche internazionali (es. NIOSH – ACGIH – ISO) e, come per tutte le altre patologie da sollecitazioni biomeccaniche, in considerazione della continuità-ripetitività delle mansioni a rischio, relativamente ai turni lavorativi e alla intera storia lavorativa del soggetto. È comunque da tenere conto dei tempi di latenza di tali patologie microtraumatiche e della criteriologia medico legale per le malattie professionali in tema di concause preesistenti e/o concorrenti. Inoltre è necessario considerare la periodicità dei movimenti a rischio nell'arco della giornata lavorativa e nell'arco dell'intero periodo lavorativo.
Sono pertanto da ritenere correlati al rischio di sollecitazioni biomeccaniche lavorative i quadri con primitivo impegno da compressione dell'apparato intervertebrale (ernie discali e protrusioni discali), associati o meno a spondilodiscoartrosi del tratto lombare.
Inoltre il rischio si riduce con indice MAPO (movimentazione e assistenza pazienti ospedalizzati) basso.
L'indice MAPO è uguale (NC/OP x FS+PC/OP x FA) xFC FamB xFF
ove NC/OP è il rapporto fra pazienti non collaboranti ed operatori presenti nei tre turni,
PC/Op il rapporto fra pazienti parzialmente collaboranti ed operatori presenti nei tre turni;
FS rappresenta il fattore sollevatori;
FA il fattore ausili minori;
FC il fattore carrozzine;
Famb il fattore ambiente e
FF il fattore formazione.
Nella fascia verde (valori tra 0-e 1,5) il rischio è praticamente trascurabile mentre valori tra 1,51 e 5 rappresentano una esposizione che, sebbene non rilevante, può comportare un aumento della patologia a carico del rachide lombosacrale.
In effetti è proprio il rachide lombare che in questo tipo di attività costituisce il segmento della colonna vertebrale maggiormente sottoposto a sollecitazioni meccaniche di tipo sia statico che dinamico.
Tuttavia le possibilità di flesso-estensione della colonna dorsale sono praticamente nulle mentre la maggior parte della cinetica flesso-estensoria della colonna è a carico del rachide lombare.
Non va inoltre dimenticato che nei movimenti di flesso estensione del rachide il 60 - 75% del movimento ha luogo a livello della giunzione lombo-sacrale, il 20 - 25% a livello dell'interspazio tra IV e V vertebra lombare e soltanto il 5 - 10 dei movimenti è a carico dei segmenti lombari superiori praticamente solidali con tutto il tratto dorsale col suo peso e con quello del capo e degli arti superiori.
I dischi intervertebrali tra IV lombare e V lombare e quello tra V lombare e I sacrale sono pertanto non solo i dischi con massimo carico statico (in quanto sono i più bassi) ma anche quelli maggiormente impegnati nei movimenti della colonna.
Hanno importanti implicazioni di ordine patologico anche altre caratteristiche anatomiche con variazione individuali dei segmenti vertebrali lombari:
- l'ampiezza del legamento longitudinale posteriore;
- l'incrocio con le radici nervose fuoriuscenti dal sacco durale tra la IV e la V vertebra lombare e tra la V vertebra lombare e la I sacrale.

Per quanto si riferisce al tratto dorsale in genere, la discopatia artrosica, caratterizzata da deterioramento dei dischi intervertebrali, colpisce numerosi o tutti i dischi in maniera uniforme a differenza di quanto avviene

nel segmento cervicale e lombare dove più spesso è interessato uno solo o pochi dischi.

L'esame obiettivo del paziente con lombalgia è prevalentemente di tipo ispettivo e va eseguito con il paziente completamente svestito e senza scarpe.

Bisogna osservare e valutare l'atteggiamento generale del corpo, la costituzione e lo sviluppo dell'organismo e le eventuali deformità o asimmetrie.

L'osservazione inizia già da quando il paziente si muove davanti al medico (deambulazione asimmetrica, circospetta, stentata), si siede (postura antalgica o non può sedersi), sale sul lettino da visita (se ha bisogno di aiuto) o si sfila le scarpe (impossibilità ad inclinarsi).

L'osservazione del paziente, in questa fase, può rappresentare un buon sistema per riconoscere all'istante il paziente affetto da nevrosi da indennizzo: si può svestire con disinvoltura, mentre simula, all'esame clinico, limitazioni ed impedimenti nei movimenti.

La nozione assicurativa di malattia professionale, tabellata e non, si caratterizza per l'esistenza di una causa lavorativa adeguata a produrre l'evento, ma non esclude la concorrenza di uno o più fattori concausali extraprofessionali, i quali possono anzi rappresentare, in determinate condizioni, fattori di potenziamento del rischio lavorativo e aumentarne l'efficacia lesiva.

Il giudizio sulla natura professionale della malattia, tabellata e non, è funzione, quindi, squisitamente medico–legale e, come tale, implica l'apprezzamento delle caratteristiche individuali, peculiari e non standardizzabili, della persona.

Ciò significa, tra l'altro, che valori limite e/o indicatori statistici di rischio hanno per il medico un valore orientativo ma non possono assurgere a elemento dirimente per il giudizio, stante l'esigenza di considerare la risposta individuale del soggetto alla causa nociva, essendo diversa la capacità di resistenza di ciascun organismo.

La peculiarità del giudizio medico–legale, che considera tutte le variabili in gioco (dati anamnestici comprensivi della storia lavorativa completa, dati clinici e strumentali, caratteristiche ed evoluzione della patologia, entità del danno, risultanze più recenti della medicina del lavoro e della epidemiologia, informazioni sulle condizioni di salute dei compagni di lavoro o di altri lavoratori similari, ecc.) e che, solo all'interno di questo complessivo contesto, valuta l'idoneità lesiva del rischio lavorativo.

Bibliografia

- Colombini D., Occhipinti E.; "La movimentazione manuale dei carichi". Dossier Ambiente2 Vol. XXXIII. Ed. Associazione Ambiente e Lavoro, 1996.
- Colombini D., Riva F., Luè D, Nava C., Petri A., Basilico S., Linzalata M., Morselli G., Cotroneo L. Ricci M.G., Menoni 0.9 Battevi N.: "Primi dati Epidemiologici sugli effetti clinici negli Operatori Sanitari addetti alla Movimentazione manuale dei pazienti nei reparti di degenze" - Med. Lav. 1999; 90, 2: 201 228.
- Colombini D., Occhipinti E.: "Movimentazione dei carichi e prevenzione del mal di schiena" in Dossier Ambiente suppl. al n. 33 Marzo 1996.
- Gobbi F. M., Sali D.: "Rischi Professionali in ambito ospedaliero" Me Graw Hill, Milano 1995, pagg. 150 152.
- Magnavita N., Sacco A., Messineo A.: "Problemi Ergonomici nei Servizi Ospedalieri". L'Ospedale Anno XIIX 6 giugno 1996.
- Occhipinti E., Colombini D., Molteni G., Menoni 0., Boccardi S., Grieco A.: "Messa a punto e validazione di un questionario per lo studio delle alterazioni del rachide in collettività lavorative" in Medicina del Lavoro, 79, 5, 390-402, 1998.
- Ottaviani C., "Le spondiloartropatie del rachide dorso-lombare come malattia professionale non tabellata", Ed. INAIL, 2000.
- Ricci M. G., Menoni 0., Colombini D., Occhipinti E.: "Studi clinici negli operatori sanitari addetti alla movimentazione manuale dei pazienti: Metodi per la rilevazione delle affezioni del Rachide". Med. Lav., 1999 90, 2: 173-190.

Il servizio di pronta disponibilità: necessità, uso e abuso

Inf. Coord. Enzo Palladino - *Direzione Nazionale NurSind - Segretario Nazionale U.Co.Ve.L.*

L'istituto del servizio di pronta disponibilità, meglio conosciuto dal personale infermieristico come "reperibilità", è disciplinato, per il personale del comparto, dall'art. 7 del CCNL Integrativo del 7 aprile 1999. Il servizio è caratterizzato dalla immediata reperibilità del dipendente e dall'obbligo per lo stesso di raggiungere la struttura nel tempo previsto con le modalità della concertazione1.

All'inizio di ogni anno le aziende predispongono un piano annuale per affrontare le situazioni di emergenza in relazione alla dotazione organica, ai profili professionali necessari per l'erogazione delle prestazioni nei servizi e presidi individuati dal piano stesso ed agli aspetti organizzativi delle strutture. Anche il piano deve essere definito con le procedure della concertazione.

In buona sostanza la struttura sanitaria, una volta predisposto il piano, informa gli aventi titolo di parte sindacale2 i quali possono attivare, mediante richiesta scritta, la concertazione. Entro 48 ore dalla richiesta, l'azienda avvia la concertazione. Essa si conclude entro il termine tassativo di 30 giorni. Dell'esito né viene redatto un verbale dal quale risultano le posizioni delle parti nelle materie oggetto della stessa.

Al lettore infermiere può sembrare superfluo questo preambolo ma aiuta a comprendere i "giochi" delle parti. In effetti la parte sindacale, ricevuta l'informativa, dovrebbe attivarsi, incontrando anche più volte il personale interessato, al fine di valutare, sullo stesso, la ricaduta in termini di condizioni lavorative ed economiche. Se ciò non accade l'azienda procede secondo i suoi intenti. E' di fondamentale importanza questo passaggio in quanto nel piano annuale figurano per ogni unità operativa coinvolta, a titolo di esempio, le attività per cui è ammessa la pronta disponibilità, il tempo entro il quale il dipendente deve raggiungere l'ospedale, i mezzi con i quali raggiungerlo e le modalità con cui viene contattato il dipendente. A tal proposito è giusto il momento di precisare che alla stipula del contratto individuale l'infermiere non assume come obbligo l'essere in possesso di un telefono, fisso o mobile, possedere un autoveicolo e la patente. Vale a dire che le quarantamila lire del vecchio conio (€

20,66), l'indennizzo economico di base riconosciuto contrattualmente, avrebbero dovuto remunerare il disagio delle 12 ore e non anche il compenso per l'impiego dei beni del dipendente a favore dell'Azienda. In effetti il comma 14 offre la possibilità di rideterminare la somma destinata all'indennizzo ma trova scarsa considerazione in quanto in molte Aziende dove insistono Organizzazioni Sindacali e RSU che non si sentono rappresentanti dei dipendenti infermieri assoggettati dal servizio di pronta disponibilità non si impegnano neanche a formulare proposte in tal senso. Si crede opportuno che il prossimo contratto normativo adegui detta indennità all'effettivo disagio dell'infermiere anche in considerazione del fatto che è rimasta invariata per circa un ventennio.

Particolare su cui spesso si abusa, naturalmente a danno del dipendente, sono la durata ed i turni mensili della pronta disponibilità. I commi 6, 7 e 10 dispongono in maniera incontrovertibile che:

- il turno di pronta disponibilità va

limitato ai turni notturni e ai giorni festivi;
• la pronta disponibilità ha durata di 12 ore;
• due turni di pronta disponibilità sono prevedibili solo nei giorni festivi;
• non potranno essere previsti per ciascun dipendente più di sei turni di pronta disponibilità per mese;
• nel caso in cui il turno cada in giorno festivo spetta un riposo compensativo senza riduzione del debito orario.

In molte realtà invece si assiste: all'introduzione dell'istituto anche per i giorni pre-festivi come il sabato; all'aumento della durata fino a 24 ore, se non di più, per un turno di pronta disponibilità; al superamento dei 6 turni mensili; alla negata concessione del riposo compensativo. Tale atteggiamento è lesivo del diritto alla salute del dipendente in quanto elude, o meglio ancora viola, oltre l'articolato contrattuale, anche leggi3 e persino la Costituzione4. Corre obbligo evidenziare, in questo contesto, quanto dispone il D. L.vo 8 aprile 2003, n. 66. All'articolo 1, comma 2 vengono definiti:

- "orario di lavoro": qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni;
- "periodo di riposo": qualsiasi periodo che non rientra nell'orario di lavoro.

L'articolo 7 del decreto riporta che: "il lavoratore ha diritto a undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore. Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo …". Si comprende così come le ore del turno di pronta disponibilità rientrano a pieno titolo nell'orario di lavoro: concetto, tra l'altro suffragato dalla Sentenza della CGCE5 del 9 settembre 2003. Si comprende anche che dopo un turno di pronta disponibilità è necessario un periodo di riposo di 11 ore, d'altronde le 12 ore della pronta disponibilità possono riguardare anche il servizio attivo. Si desume da ciò che se ad esempio un infermiere .di giovedì esegua un turno di pronta

disponibilità, dalle 20.00 fino alle 8.00 di venerdì, non potrà rientrare in servizio nel pomeriggio dello stesso venerdì.

Abusi dell'istituto si riscontrano anche nell'attivazione impropria dello stesso. Il contratto integrativo del 7 aprile 1999, al comma 11 dell'articolo 7, ricorda come linea di principio che l'istituto in parola è indirizzato ai dipendenti addetti alle attività operatorie e nelle strutture di emergenza quasi come volesse rimarcare, raccordandosi al comma 2, stessi articolo e contratto, l'esclusione della reperibilità a tutte le strutture estranee alle emergenze ed a circostanze prevedibili. Purtuttavia, non potendosi determinare a livello di contrattazione nazionale, la definizione di altre strutture dove ammettere la pronta disponibilità, il contratto permette alle Aziende di valutare con la procedura della concertazione eventuali ulteriori situazioni in cui ammettere la pronta disponibilità, in base alle proprie esigenze organizzative (comma 13).

Altra circostanza in cui l'istituto viene utilizzato impropriamente è l'impiego dello stesso per svolgere attività programmate, prevedibili e comunque non di emergenza. Un esempio di quanto appena detto, per rendere meglio l'idea, può essere dato da quanto accade presso il Servizio di Endoscopia Digestiva degli Ospedali Riuniti di Ancona dove da qualche anno, solo di mercoledì, e solo con uno specifico dirigente medico, alle ore 19.30, viene chiamato l'infermiere in pronta disponibilità per eseguire 1, 2 e a volte 3 CPRE6. Fermo restando la discutibilità della CPRE come procedura di emergenza, tutto questo non si verifica quando il dirigente medico è in ferie o fuori sede. Altri esempi ne possiamo trovare nelle sale operatorie dove, all'improvviso un intervento, programmato da mesi, diventa urgente oppure si comincia un intervento di elezione 20 o 30 minuti prima che finisca il turno degli infermieri.

In conclusione la pronta disponibilità realizza un momento di civiltà e coerenza nel garantire continuità assistenziale nei momenti di grandi criticità ma non si può pensare che la dirigenza delle strutture aziendali raggiri, o permetta un suo dirigente di raggirare, il personale infermieristico costringendo quest'ultimo a lavorare oltre l'orario di servizio, con un compenso inferiore alla paga ordinaria, per attività di elezione. Anche in questo caso è auspicabile che il prossimo contratto normativo metta dei picchetti maggiormente

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

visibili anche a garanzia del lavoratore infermiere.

Note

(1) La concertazione è un modello relazionale facente parte del più ampio sistema delle relazioni sindacali che ha l'obiettivo di contemperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale dei dipendenti con l'esigenza delle strutture sanitarie di incrementare e mantenere elevate l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività.

(2) Le delegazioni trattanti sono due: una per la pubblica amministrazione e l'altra per le organizzazioni sindacali. La delegazione di parte pubblica è costituita dal titolare del potere di rappresentanza dell'azienda o da un suo delegato e dai rappresentanti dei titolari degli uffici interessati. La delegazione trattante sindacale (quella che tutela i dipendenti) è costituita dalle OO.SS firmatarie del contratto vigente e dalla RSU.

(3) Articolo 2109 CC:" Il prestatore di lavoro ha diritto ad un giorno di riposo ogni settimana, …"

(4) Articolo 36: "Il lavoratore ha diritto al riposo settimanale …".

(5) Corte di Giustizia della Comunità Europea.

(6) Colangiopancreatografia Retrograda Endoscopica (detta anche ERCP secondo l'acronimo anglosassone): procedura diagnostica-terapeutica dei dotti biliari, della cistifellea e del pancreas che si avvale della metodiche endoscopica e radiologica.

Fonti

- CCNL Comparto Sanità del 1° settembre 1995
- CCNL Comparto Sanità 7 aprile 1999
- CCNL Integrativo del Comparto Sanità del 7 aprile 1999
- CCNL Comparto Sanità del 19 aprile 2004
- Direttiva 93/104/CE
- Direttiva 2000/34/CE
- Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n. 66
- Decreto Legislativo 19 luglio 2004, n. 213
- Costituzione
- Codice Civile
- CGCE, Sentenza del 9 settembre 2003, procedimento C151/02

Consiglio di Stato:

SÌ AD EQUO INDENNIZZO PER I TURNI DI LAVORO STRESSANTI

La predisposizione costituzionale ad una data malattia non impedisce la concessione dell'equo indennizzo se, prima dell'insorgenza dell'infermità, "ci si è sottoposti a turni di lavoro particolarmente gravosi e stressanti"; e questo perché "lo svolgimento di un servizio particolarmente gravoso può incrementare le possibilità di insorgenza della malattia".

Lo ha affermato il Consiglio di Stato, accogliendo (con sentenza n. 5980/2006) il ricorso in appello del figlio di una infermiera dell'Azienda San Giovanni Addolorata di Roma, deceduta dopo un intervento chirurgico seguito a un malore sul luogo di lavoro che le aveva comportato perdita di conoscenza, crisi ipertensiva, emorragia cerebrale e arresto cardiaco.

Una commissione medico ospedaliera aveva riconosciuto la dipendenza da causa di servizio dell'infermità "pur considerando una predisposizione costituzionale ma non potendo negare che il servizio gravoso e stressante abbia assunto quantomeno un ruolo concausale nell'insorgenza o nell'aggravamento dell'infermità".

Ma il Comitato per le Pensioni Privilegiate Ordinarie (CPPO) aveva negato la concessione dell'equo indennizzo sostenendo che non vi era corrispondenza tra gravità del servizio e insorgenza del danno cerebrale. Secondo il Consiglio di Stato "il CPPO invece doveva valutare in concreto le con-dizioni generali di svolgimento del servizio da parte del-l'infermiera che risulta aver svolto turni molto impegnativi a ridosso del momento in cui ha accusato il malore risultato poi letale".

Chiarimenti sul TFR

Girolamo Zanella

Da tempo ormai si parla di previdenza complementare, vale a dire di una forma previdenziale rivolta a dare una maggiore remunerazione alle pensioni delle generazioni future.
Ciò si è reso indispensabile visto il sistema attualmente in vigore basato essenzialmente sulla cosiddetta "solidarietà tra generazioni" che di fatto scarica sui figli e sui nipoti i diritti dei padri e dei nonni.

Il percorso è estremamente lungo e tortuoso ed inevitabilmente passa attraverso il T.F.R. che è un accantonamento figurativo e liquidato alla cessazione dal servizio del lavoratore.
E' tuttavia opportuno per cercare di far capire al lettore di cosa stiamo parlando e delle difficoltà sul cammino della previdenza complementare fare un breve excursus storico e precisamente:
anno 1992: con il d.lgs n° 503 è stato previsto dal 1° gennaio 1993 l'innalzamento dell'età pensionabile ed il via alla previdenza complementare.
anno 1993: con il d.lgs n° 124 vengono disciplinati i fondi complementari suddividendoli in chiusi ed aperti. I fondi chiusi sono quelli riservati alle singole categorie di lavoratori ed istituiti su base contrattuale, accordi collettivi nazionali, interaziendali ed aziendali
I fondi aperti sono liberi ad adesione individuale ed istituiti dalle banche e dalle compagnie di assicurazioni.
anno 1995: con la legge 335 viene introdotto gradualmente il sistema del calcolo "contributivo" ed un ulteriore innalzamento dell'età pensionistica. E' del tutto evidente che il sistema contributivo comporta una riduzione delle pensioni non ancora liquidate.
anno 1999: con il d.lgs 299 viene prevista la possibilità di trasferire quote del t.f.r. accantonato ai nuovi fondi pensione.
anno 2005: con il d.lgs 252 viene profondamente modificata la normativa inerente la previdenza complementare introducendo in particolare l'obbligo che i lavoratori scelgano entro il 30 giugno 2008 se lasciare il t.f.r. in azienda o destinarlo ad un fondo complementare.
anno 2006: con la recente legge n° 296 dello scorso 27 dicembre (legge finanziaria) viene anticipata la scelta di cui al precedente d.lgs 252 al 30.06.2007.
E' pertanto giunto il momento della scelta, autentico spartiacque tra il vecchio sistema ed il nuovo, che riguarda in questo momento esclusivamente i lavoratori del settore privato in quanto i dipendenti pubblici raggiungeranno l'equiparazione ai colleghi del settore privato solamente dopo la definizione di un percorso che al momento è solo abbozzato e necessita dei decreti attuativi.
Tale ritardo è causato dalle problematiche che caratterizzano la peculiarità pubblica, in particolare per la mancanza, per la maggioranza dei lavoratori pubblici del t.f.r, al cui posto ci sono altre forme di "liquidazione" quali ad esempio "l'indennità premio di fine servizio" per i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale e l'indennità di buona uscita per gli statali. Il t.f.r è invece un istituto tipicamente del settore privato e regolato dall'art. 2120 del codice civile che solamente di recente è stato esteso al settore pubblico, obbligatoriamente per gli assunti a decorrere dal 2001, per gli altri ci sarà la facoltà dell'opzione.
Si resta in attesa che si definiscano le regole anche per la pubblica amministrazione, è di questi giorni infatti la notizia dell'approvazione del fondo complementare per la sanità e gli enti locali, prima pietra miliare cui dovranno seguire tutti gli ulteriori adempimenti demandati in particolare al prossimo contratto collettivo nazionale.
Premesso a questo punto che il lavoratore del settore pubblico deve solamente aspettare la normativa di attuazione della previdenza complementare, il lavoratore del settore privato deve invece prendere delle decisioni fondamentali per il suo futuro e precisamente:
a) Entro il 30 giugno 2007 esprimere l'opzione se mantenere o meno il t.f.r. in azienda ai sensi dell'art. 8 comma 7 del d.lgs n° 252/2005. Qualora l'azienda abbia più di 50

dipendenti il t.f.r va versato all'Inps, ma mantiene le stesse caratteristiche ed è dovuto al lavoratore in tutti i casi di cessazione del rapporto di lavoro.

b) Entro il 30 giugno 2007 esprimere l'opzione per destinare il t.f.r. ad un fondo complementare che come già detto può essere chiuso od aperto. E' una scelta esclusivamente del lavoratore senza alcuna possibilità di influenza da parte del datore di lavoro. In particolare inoltre va evidenziata la differenza della possibilità di scelta dei lavoratori a seconda dell'anzianità di servizio che schematicamente può essere così riassunta:

1. Il dipendente con iscrizione alla previdenza obbligatoria successiva al 28 aprile 1993 e non iscritto ad alcun fondo complementare può scegliere la destinazione dell'intero t.f.r. ad un fondo pensione.

2. Il dipendente con iscrizione alla previdenza obbligatoria successiva al 28 aprile 1993 e già iscritto ad un fondo complementare non può fare alcuna scelta in quanto il suo t.f.r. non è più disponibile.

3. Il dipendente con iscrizione alla previdenza obbligatoria antecedente al 28 aprile 1993 e non iscritto ad alcun fondo complementare può scegliere alternativamente di destinare ad un fondo l'intero t.f.r. o una sola quota.

4. Il dipendente con iscrizione alla previdenza obbligatoria antecedente al 28 aprile 1993 ed iscritto ad un fondo complementare non può fare alcuna ulteriore scelta.

In caso di non scelta vale il concetto della scelta tacita ed il tal caso la destinazione del t.f.r è così stabilita:

- nel caso in cui esista un fondo complementare la destinazione è al fondo collettivo o aziendale
- nel caso in cui esistano più forme complementari collettive e/o aziendali la destinazione è al fondo con adesione del maggior numero di iscritti dell'azienda
- nel caso in cui non si siano verificate una delle due condizioni precedenti, la destinazione è al fondo pensione istituito presso l'INPS.

Per concludere occorre ricordare che la scelta riguarda solamente il t.f.r futuro e non quello già maturato e, soprattutto che le quote destinate ai fondi previdenziali sono considerate, dal punto di vista fiscale oneri "deducibili", vale a dire importi che vanno a ridurre l'imponibile fiscale e ciò assume notevole importanza in relazione alla convenienza dell'eventuale opzione.

Infine è da ricordare che dopo 8 anni dall'opzione è possibile, da parte del lavoratore ottenere per sé, il coniuge ed i figli fino al 75% della posizione individuale maturata, per spese sanitarie che riguardano terapie ed interventi straordinari, nonché per l'acquisto e per la ristrutturazione della prima casa di abitazione e, fino al 30% per ulteriori esigenze dell'iscritto.

Vieni anche tu nella grande piazza virtuale

@gorà www.nursind.it

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

Prelievo arterioso per EGA:
una questione non del tutto risolta

Inf. Coord. Enzo Palladino - *Direzione Nazionale NurSind - Segretario Nazionale U.Co.Ve.L.*

E' indubbio che il percorso di valorizzazione professionale dell'infermiere ha ottenuto una svolta determinante con la Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Tra le caratteristiche di quest'ultima veniva abrogato, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225 meglio conosciuto come "mansionario dell'infermiere". Era uno strumento che delimitava in maniera netta le "mansioni" dell'infermiere: tutto ciò che non figurava nel regolamento non si riteneva di competenza infermieristica. Il prelievo arterioso era escluso dal mansionario. La legge 42 era necessaria se non indispensabile sia perché a distanza di 25 anni il ruolo dell'infermiere aveva assunto connotazioni ben lontane dal mansionario; sia anche per il fatto che con l'entrata in vigore del D.M. 739 del 1994 emergevano evidenti conflitti tra le due normative. La legge 42 ha sanato i citati conflitti ed ha trasformato l'infermiere da "professionista" ausiliario in professionista intellettuale che svolge, in autonomia, funzioni e non più mansioni.

Nelle realtà assistenziali si è avuto modo di registrare diversi approcci nei confronti dei prelievi per EGA:

1) infermieri che hanno sempre eseguito il prelievo: durante e dopo l'era del mansionario;

2) infermieri che hanno eseguito il prelievo solo nell'era del mansionario;

3) infermieri che hanno eseguito il prelievo solo dopo l'era del mansionario;

4) infermieri che non hanno mai eseguito il prelievo.

Ognuno basava il proprio comportamento su una concezione razionale. Di seguito si riportano le motivazioni.

a) Gli infermieri appartenenti al primo gruppo eseguivano il prelievo durante la vigenza del mansionario in quanto ritenevano di non potersi sottrarre ad una prescrizione medica e come personale ausiliaria dell'attività medica eseguivano la disposizione. Hanno continuato a farlo anche successivamente all'abrogazione del mansionario perché questo avvenimento era, ed è, considerato di apertura professionale e non limitante: se si poteva fare prima ...

b) Gli infermieri del secondo gruppo eseguivano il prelievo nella vigenza del mansionario per gli stessi motivi del primo gruppo. Hanno ritenuto di non doverlo più fare in quanto con la Legge 42, diventando "autonomi" hanno perduto quella sorta di "responsabilità protetta" di paramedico oppure perché ritengono che sia una procedura che aumenti il carico di lavoro ed i rischi senza un riconoscimento economico.

c) Gli infermieri del terzo gruppo hanno rispettato alla lettera il mansionario e hanno iniziato ad eseguire il prelievo nell'ottica di apertura professionale della 42 e anche spinti da pareri legali autorevoli.

d) Gli infermieri del quarto gruppo, al pari di quelli del terzo, hanno rispettato il mansionario (Legge) e hanno ritenuto, pur riconoscendo l'apertura professionale della 42, che non vi siano sufficienti tutele normative tali da non violare l'art. 348 c.p.. Lo scrivente appartiene a questo gruppo.

Questi tipi di approccio alla problematica in parola hanno creato disomogeneità comportamentali non solo territoriale ma addirittura aziendale fino al punto di avere delle realtà in cui nella stessa "unità operativa" si ha la convivenza di infermieri che eseguono il prelievo per EGA ed altri che non lo eseguono. Il dubbio permaneva!

Qualcuno (Azienda Sanitaria Locale Latina. Presidio Ospedaliero Nord, UOC di Pneumologia) ha ben ritenuto opportuno di chiedere parere in merito ad Ente autorevole quale il Consiglio Superiore di Sanità. Ebbene in data 23 giugno 2005 il CSS esprime un parere che per certi versi non risolve il problema ma offre ulteriori punti di riflessione. Il parere, di cui si riporta il testo integrale, veniva trasmesso agli Assessorati Regionali, in data 3 maggio 2006 dalla Direzione Generale delle risorse umane e delle professioni sanitarie del Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute.

In primo luogo il parere si riferisce al solo prelievo arterioso dall'arteria radiale e non già, ad esempio, dalle arterie femorale e brachiale. Cosa vuol significare che l'infermiere può pungere solo ed esclusivamente l'arteria radiale o che si parla dell'arteria radiale in quanto su di essa è stato formulato il quesito? Si ha modo di ritenere che debba essere interpretato in senso restrittivo quindi gli infermieri possono eseguire il prelievo per EGA solo attraverso l'arteria radiale. Viene così diminuita

l'autonomia operativa dell'infermiere, anche a discapito del paziente, in quanto prima poteva scegliere in funzione di diversi parametri (apprezzabilità, accessibilità, stato del vaso) quale sede (arteria) pungere; adesso, per forza di cose, la sede da scegliere è sempre e solo una: quella radiale.

Altro aspetto da non sottovalutare, anche per le implicazioni di carattere penale, sono le due condizioni (vincoli) da soddisfare affinché un infermiere possa eseguire il prelievo arterioso, vale a dire:

1. l'infermiere ne abbia acquisito la completa competenza, secondo le modalità definite dalle vigenti normative in materia di profilo ed attività professionali, ordinamenti didattici e deontologia;
2. sia prevista sempre, per le correlate implicazioni sia mediche che infermieristiche, l'esistenza - nell'UO o nella struttura sanitaria di riferimento - di un protocollo operativo correttamente redatto, condiviso ed approvato che sia in grado di:

- assicurare la buona pratica di tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi;
- garantire l'adozione di ogni utile misura di prevenzione delle complicanze e del necessario trattamento nonché la tempestiva gestione dei rischi connessi.

Con riferimento al punto "1" , si osserva, a proposito della completa competenza, che secondo l'art.1, comma 2 della L. 42/99 " Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie … è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonchè degli specifici codici deontologici, …". Ciò significa che affinché venga riconosciuta una competenza sostanziale e, soprattutto formale, occorre che la procedura in parola fosse prevista da uno dei quattro pilastri-guida. Ora se si considera che né il Codice Deontologico e né il decreto ministeriale istitutivo del profilo dell'infermiere (D.M. 739/94) contemplano tale possibilità è matematico asserire che l'apprendimento, sia teorico che pratico, del prelievo dall'arteria radiale debba necessariamente essere ricompreso o nell'ordinamento didattico o nella formazione post-base. L'ideale sarebbe inserire un bel "capitoletto" nei piani di studi (ordinamento didattico) ma questo risolverebbe solo in parte il problema (per i futuri infermieri) mentre per gli infermieri che non hanno avuto la fortuna di vedersi un piano di studio che contemplasse l'aspetto teorico e pratico del prelievo arterioso utile potrebbe essere la formazione post-base. Tutto questo naturalmente senza ricorrere necessariamente a Masters di I livello; potrebbe bastare un corso anche promosso dall'Azienda di appartenenza, meglio ancora se riconosciuto dalla Regione o Ente Nazionale (Ministero della Salute, Consiglio Superiore di Sanità, ecc.), al termine del quale venga rilasciato un attestato che certifichi l'apprendimento sia teorico che pratico: le competenze. E' estremamente importante un riconoscimento formale delle competenze in quanto in caso di controversie ognuno potrebbe eccepire in merito sostenendo che l'infermiere non possedesse le dovute conoscenze.

A tal proposito, in tema di esercizio abusivo della professione medica, di cui all'art. 348 del Codice Penale, la Cassazione Penale, con sentenza 21 febbraio 1997, n. 1632, ha confermato che solo una fonte normativa può consentire a soggetti diversi da quelli esercenti la professione di medico interventi invasivi della sfera corporale. Il parere del CSS benché autorevole resta sempre un parere e non può in nessun caso essere elevato a norma dello Stato.

Per quanto attiene il punto "2" secondo idati forniti dall'"Osservatorio" UCoVeL attualmente sono rare le Unità Operative che dispongono di un protocollo; anzi, nonostante sia trascorso un anno e mezzo dalla formulazione del parere, molti ancora non ne conoscono l'esistenza! Sempre restando sul punto "2" pare che venga esclusa tale pratica agli infermieri che svolgono la libera professione in maniera non convenzionata.

Fonti

Benci L., Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing, McGraw-Hill, 2003
Codice Deontologico Infermieristico
D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225
D. M. 14 settembre 1994, n. 739
Legge 26 febbraio 1999, n. 42
CSS, Seduta 23 giugno 2005, Parere "Prelievo Arterioso"
Cassazione Penale, VI sezione, sentenza 21 febbraio 1997, n. 1632

Ministero della Salute - Consiglio Superiore di Sanità

Sessione XLV - Seduta del 23 giugno 2005

Il Consiglio Superiore di Sanità, Sezione II "Prelievo Arterioso"

Vista la relazione riguardante "Azienda Sanitaria Locale Latina. Presidio Ospedaliero Nord, UOC di Pneumologia. Richiesta parere su prelievo emogasanalitico da parte dell'infermiere", presentata dalla Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie – Dipartimento della Qualità:
Visto il DPR 14 marzo 1974, n.225 recante "Modifiche al RD 2 maggio, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici;
Visto il D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 in materia di "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421;
Visto il DM 14 settembre 1994, n.739 che individua la figura professionale dell'infermiere, ne definisce le principali funzioni e ne specifica la formazione;
Vista la legge 26 febbraio 1999, n.42 concernente "Disposizioni in materia di professioni sanitarie";
Visto il DM 2 aprile 2001 relativo a "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie;

Premesso che la menzionata legge n.42/99:
1. all'articolo 1, comma 2 , come osserva la suddetta Direzione Generale nella sua relazione, oltre ad abrogare i "mansionari", stabilisce che il campo proprio di attività e di responsabilità della professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3 del sopra riferito D.L.vo n.502/92 e successive modificazioni è determinatola tre fattori, ovvero dai contenuti dei:
DDMM istitutivi dei relativi profili professionali, ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, specifici codici deontologici;
specificando:
fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per le quali è richiesto lo specifico diploma di laurea, nel rispetto delle specifiche competenze professionali;
2. all'articolo 4 prevede l'equipollenza dei diplomi ed attestati conseguiti in base alla normativa precedentemente in vigore ai diplomi universitari "ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base", nonché la definizione " dei criteri e delle modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari...ulteriori titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente..."
Tenuto conto che:
l'abrogazione del mansionario e la individuazione del campo di attività e di responsabilità del professionista sanitario infermiere fanno presumere che nell'ambito di competenza dell'infermiere ricadano anche tecniche considerate affini alle attività di assistenza infermieristica e per le quali egli abbia ricevuto l'adeguata formazione;
la descrizione del profilo professionale dell'infermiere - DM n. 739/94 – specifica che "l'infermiere:
a) è responsabile dell'assistenza generale infermieristica,
b) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche
c) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche e private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare in regime di dipendenza o di libera professione".
Considerato che:
- l'ordinamento didattico del corso di laurea per infermiere - DM 02.04.2001 - individua, tra le discipline previste, l'Anatomia, la Fisiologia, la Patologia, la Patologia, la Medicina e Chirurgia d'urgenza, la Rianimazione e Terapia intensiva, l'Infermieristica clinica nell'area critica e nell'emergenza e la Metodologia infermieristica clinica, con il relativo tirocinio pratico nelle Medicine e nelle Chirurgie generali e specialistiche e nelle arre critiche;
- il percorso formativo prevede l'apprendimento solo teorico delle conoscenze, delle abilità necessarie, delle implicazioni ed i rischi relativi a queste tecniche, tra le quali il prelievo arterioso;
Rilevato che:
- il profilo professionale dell'infermiere neolaureato non prevede espressamente –l'inclusione del prelievo arterioso, anche se viene assicurata la formazione relativa alle abilità tecniche a supporto sia delle specifiche attività cardio-respiratorie che di atti diagnostici;
- le attività non descritte tra gli obiettivi formativi obbligatori del corso di laurea per infermieri possono tuttavia essere di competenza dell'infermiere e pertanto dallo stesso svolte, come avviene spesso per determinate tecniche specifiche o per quelle a supporto delle funzioni vitali, poiché apprese successivamente al corso di base ed espletate in reparti particolari-rianimazione, terapia intensiva, pronto soccorso, pneumologia o nefrologia e dialisi,...;
Avuto riguardo che il Codice deontologico dell'infermiere del 1999 - elemento costitutivo e determinante del campo di

azione dell'infermiere - dispone che, relativamente all'esercizio di mansioni o di tecniche non completamente acquisite, l'infermiere:
debba assumersi la responsabilità del ruolo esclusivamente in base al livello di competenza raggiunto
sappia riconoscere i limiti delle proprie competenze e declinare la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza abbia il diritto ed il dovere di richiedere formazione e supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza...;

Preso atto che, a seguito dell'abrogazione del mansionario dell'infermiere, si sono verificate situazioni differenziate sul territorio per cui la tecnica del prelievo arterioso per emogasanalisi è considerata;
- competenza dell'infermiere in molti reparti(terapia intensiva, rianimazione e pneumologia);
- attività del medico per prassi;
- atto esclusivo del medico, presumibilmente per la scarsa conoscenza dell'evoluzione della normativa;
- ulteriore carico di lavoro per gli infermieri, distogliendoli da altre pratiche assistenziali, anche per i rischi connessi;
- competenza del medico il prelievo arterioso femorale e competenza dell'infermiere quello radiale;
- pratica eseguibile sia dal medico che dall'infermiere.

Evidenziato che:
1. la tecnica del prelievo arterioso dell'arteria radiale per emogasanalisi:
   - è illustrata allo studente infermiere per la sola osservazione, in quanto ritenuta tecnica avanzata da apprendersi post-laurea, nelle specifiche unità operative o in successivi percorsi formativi post-base come il master in area critica;
   - è appresa dall'infermiere nell'esercizio della propria attività, dopo il conseguimento dell'abilitazione alla professione e sul campo, negli specifici reparti, dove questa tecnica è praticata in forma routinaria (rianimazione e pneumologia);
   - è pratica dall'infermiere indifferentemente sia a livello femorale che radiale o brachiale, fino ad acquisirne una appropriata manualità, a seguito di adeguato addestramento;
2. l'addestramento è basato sul superamento di step graduali e sequenziali:
   - osservazione diretta dell'esecuzione della tecnica fatta da un esperto;
   - esecuzione guidata con supervisione dell'esperto, che istruisce sia sulla procedura tecnica che sui potenziali rischi di complicanze (ematoma, occlusione dell'arteria, crisi vagale, ecc) ed al loro eventuale trattamento;

Osservato che:
• il prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi possa configurarsi come atto non esclusivamente medico ma anche di competenza dell'infermiere;
• la tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi è relativamente semplice e di grande utilità e, non è scevra da rischi e complicanze;
• la procedura tecnica è spesso descritta in un protocollo condiviso da medici e personale infermieristico;
• la redazione di tale protocollo contempla l'indicazione specifica almeno dei seguenti dati:
a) tipologia del prelievo arterioso;
b) le motivazioni per cui esso viene effettuato;
c) la tipologia di paziente;
d) le patologie intercorrenti e la terapia in corso che possono aumentare il rischio;
e) il posizionamento del paziente;
f) le sedi indicate e preferenziali per adulti e neonati;
g) le precauzioni da adottare;
h) l'emostasi;
i) altre indicazioni ritenute utili.

Sentiti i relatori De Togni e Tedler
Tenuto conto che l'infermiere possiede le conoscenze teoriche necessarie apprese nel percorso formativo base
- la tecnica del prelievo arterioso è appresa in ambiente appropriato e protetto
- la tecnica una volta appresa in modo corretto diventa una tecnica di competenza
- l'apprendimento riguarda anche la prevenzione delle complicanze ed il loro trattamento

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE
all'effettuazione del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi da parte dell'infermiere, sia in ospedale,

sia in ambulatorio che nell'espletamento del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) semplice e complessa, a condizione che:
1. l'infermiere ne abbia acquisito la completa competenza, secondo le modalità definite dalle vigenti normative in materia di profilo ed attività professionali, ordinamenti didattici e deontologia;
2. sia prevista sempre, per le correlate implicazioni sia mediche che infermieristiche, l'esistenza - nell'UO o nella struttura sanitaria di riferimento - di un protocollo operativo correttamente redatto, condiviso ed approvato che sia in grado di:
- assicurare la buona pratica di tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi;
- garantire l'adozione di ogni utile misura di prevenzione delle complicanze e del necessario trattamento nonché la tempestiva gestione dei rischi connessi.
Inoltre,
AUSPICA
che la Direzione generale competente adotti ogni opportuna iniziativa al fine di evitare o ridurre il fenomeno attuale di non omogeneità di situazioni sul territorio, relativamente alla tecnica del prelievo arterioso radiale per emogasanalisi, eseguito dall'infermiere.

Il Segretario della Sezione
Dr.ssa Maria Lucchese

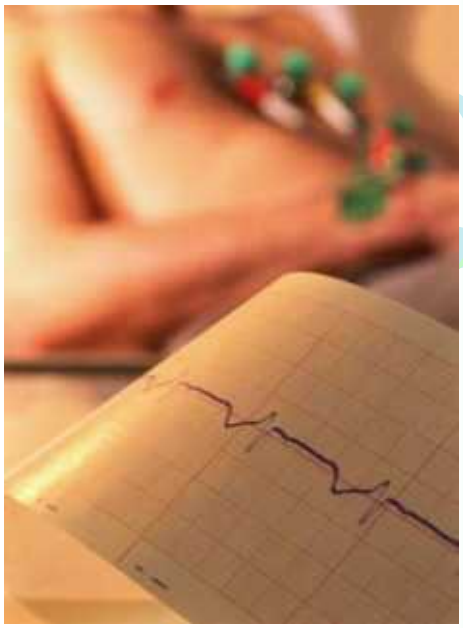
Il Presidente della Sezione
Prof. Guido Pozza

Visto, per presa visione
Il Presidente del Consiglio

Sanita':

Cardiologo, il 30% degli esami strumentali al cuore è superfluo

(ANSA) - ROMA, 20 OTT - Il 30% degli esami strumentali in cardiologia, dall'ecocardiogramma alla risonanza magnetica, è superfluo e inappropriato, costituendo un aggravio inutile per le tasche del SSN e contribuendo ad allungare le liste d'attesa dei pazienti .
Contro questi sprechi e per migliorare l'assistenza al paziente serve un registro internazionale per il monitoraggio dell'uso di queste tecniche, ha riferito dal Direttore della I Cattedra di Cardiologia dell'Universita' di Roma La Sapienza Francesco Fedele al congresso mondiale di ecocardiografia e imagini cardiovascolare in corso a Roma Oggi, ha spiegato Fedele, grazie al progresso tecnologico che ha permesso di migliorare l'assistenza al paziente, possiamo utilizzare metodi strumentali sofisticatissimi che permettono indagini dettagliate: per esempio la risonanza magnetica si può vedere il danno cardiaco che ha subito da un paziente colpito da infarto, oppure, con la TAC spirale si può osservare lo stato di salute delle coronarie.
Ma a fronte di un giusto miglioramento delle indagini messe a disposizione dei malati, denuncia Fedele, si assiste spesso ad un uso inappropriato delle tecniche e cio' contribuisce in modo non trascurabile alla spesa sanitaria nazionale, gia' di per sé una voce di bilancio pesante nel nostro paese.
Per questo, spiega il cardiologo, si sente l'esigenza di istituire un registro anche di portata internazionale che valuti l'uso di questi strumenti e, di conseguenza, permetta di arrivare a raccomandazioni sul corretto utilizzo: con le informazioni fornite da un simile registro, precisa Fedele, si può indirizzare il medico di base a chiedere test adeguati a quella che e' la vera entità del problema clinico del proprio assistito.
Con una maggiore appropriatezza nell'uso di queste strumentazioni, conclude Fedele, si potrebbe tagliare il superfluo, che sempre secondo il cardiologo per gli esami strumentali di cardiologia ammonta al 30% di tutti quelli eseguiti, alleggerendo in modo considerevole la spesa sanitaria e snellendo le liste d'attesa.



EVENTI NAZIONALI NurSind

5045-52043 **Le responsabilità dell'infermiere nell'emergenza e in area critica** (**5** crediti ECM)
Relatore: L. Benci (Firenze) (Partecipanti: 700; durata: 7 ore)

5045-54747 **L'importanza del potere funzionale degli infermieri e responsabilità connesse** (**5** crediti ECM)
Relatori: R. Biancat (Aviano) - M. Marcellini (Ancona) (Partecipanti: 300; durata: 8 ore)

5045-71782 **Management infermieristico, elementi di comunicazione in ambito professionale** (**4** crediti ECM)
Relatore: R. Biancat (Aviano) (Partecipanti: 300; durata: 8 ore)

5045-87138 **Retribuzione e busta paga per il personale infermieristico** (**2** crediti ECM)
Relatori: G. Zanella (Vicenza) - G. Lebiu (Cagliari) - D. Carrara (Dalmine) (Partecipanti: 350; durata: 4 ore)

5045-95388 **Management infermieristico, elementi di gestione del personale** (**5** crediti ECM)
Relatore: R. Biancat (Aviano) (Partecipanti: 350; durata: 7 ore)

5045-103466 **Comunicazione, organizzazione e contrattazione del lavoro in Sanità** (**33** crediti ECM)
Relatori: R. Biancat (Aviano) - M. Vullo (Caltanissetta) (Partecipanti: 30; durata: 32 ore)

5045-105168 **La comunicazione efficace** (**15** crediti ECM)
Relatori: F. Centurrino (Cascina-PI) - F. Mancini (Empoli) (Partecipanti: 20; durata: 15 ore)

5045-108563 **La comunicazione infermiere-paziente** (**4** crediti ECM)
Relatori: G. Zaffagnini (Rocca Massima-LT) - S. Masci (Roma) (Partecipanti: 350; durata: 6 ore)

5045-118723 **I rischi professionali in ambito ospedaliero** (**6** crediti ECM)
Relatori: G. Braga (Pavia) - G. Lebiu (Cagliari) - M. Marcellini (Ancona) (Partecipanti: 350; durata: 8 ore)

5045-136072 **Morte e speranza: gesti e parole degli infermieri** (**8** crediti ECM)
Relatore: R. Biancat (Aviano) (Partecipanti: 70; durata: 9 ore)

EVENTI NAZIONALI InForm

10645-275633 **La contenzione tra reato e necessità** (dal 18/05/2007) (**6** crediti ECM)
Relatori: V. Raucci (Monza) - G. Spaccapeli (Monza) (Partecipanti: 70; durata: 8 ore)

10645-271905 **Sessualità e affettività nell'anziano ospedalizzato** (dal 14/04/2007) (**5** crediti ECM)
Relatore: A. Lamberto (Cuneo) (Partecipanti: 200; durata: 8 ore)

10645-270893 **La responsabilità giuridica nella prescrizione e nella somministrazione dei farmaci** (dal 19/04/2007)
Relatore: L. Benci (Firenze) (Partecipanti: 200 inf., 50 inf. ped., 50 ostetriche, 50 medici; durata: 9 ore)

10645-268409 **Triage infermieristico: aspetti legali, organizzativi, medico-legali, sociali** (**4** (inf.) **5** (inf. ped.) crediti ECM)
Relatore: D. Fusé (Pavia) (Partecipanti: 250 infermieri, 50 infermieri ped.,; durata: 7 ore)

10645-264927 **La gestione infermieristica degli accessi venosi centrali e dei pazienti in nutrizione parenterale** (**5** crediti ECM)
Relatori: M.Canzi (Pordenone) - N. Spagna (Pordenone) - I. Sartor (Pordenone) - R. Paroni (Udine) (Partecipanti: 100; durata: 8 ore)

10645-260127 **La documentazione infermieristica: uno strumento per l'integrazione dei processi di cura e la prevenzione dell'errore clinico** (**7** crediti ECM)
Relatore: N. Suter (Pordenone) (Partecipanti: 30; durata: 7 ore)

10645-275633 **L'Evidence Based Practice e l'assistenza infermieristica** (**5** crediti ECM)
Relatori: M. Casati (Bergamo) - L. Raimondi (Lodi) (Partecipanti: 350; durata: 7 ore)

10645-232927 **Ruolo dell'infermiere nell'inserimento del personale di supporto nei piani di assistenza** (**8** crediti ECM)
Relatori: A. Bianchini (Lamporecchio) - M. Giovannetti (Pistoia) - I. Secciani (Lamporecchio) (Partecipanti: 200; durata: 11 ore)

10645-231898 **30 anni dopo il mansionario: da un elenco inutile al rischio clinico, tutti i cambiamenti nel Nursing** (**6** crediti ECM)
Relatori: S. Burlando (Genova) - L. Leonardi (Genova) - F. Falli (La Spezia) (Partecipanti: 350; durata: 8 ore)

10645-228491 **Lo sviluppo della professione infermieristica fra storia, normativa e deontologia** (**5** crediti ECM)
Relatori: G. Icona (Caltanissetta) - A. S. Mangione (S. Cataldo) - M. C. Amato (S. Cataldo) (Partecipanti: 300; durata: 8 ore)

10645-226638 **Il valore pratico e giuridico della documentazione infermieristica** (**9** crediti ECM)
Relatori: V. Scampuddu (Pisa) - M. Bagnoli (Pisa) (Partecipanti: 30; durata: 10 ore)

10645-224097 **Privacy e implicazioni per gli operatori in sanità** (**4** crediti ECM)
Relatore: P. Gobbi (Cinisello Balsamo) (Partecipanti: 350; durata: 8 ore)

10645-223781 **Assistenza infermieristica nella ventilazione meccanica domiciliare** (**6** crediti ECM)
Relatori: S. Burlando (Genova) - L. Leonardi (Genova) - R. Corso (Genova) (Partecipanti: 35; durata: 7 ore)

10645-223768 **Le principali tecniche in uso nel paziente traumatizzato** (**6** crediti ECM)
Relatori: S. Burlando (Genova) - L. Leonardi (Genova) (Partecipanti: 20; durata: 7 ore)

10645-223458 **Triage Psichiatrico Territoriale (TPT) e gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria** (**7** crediti ECM)
Relatori: V. Raucci (Monza) - G. Spaccapeli (Monza) (Partecipanti: 70; durata: 8 ore)

10645-217840 **Il counseling in ambito infermieristico** (**4** crediti ECM)
Relatori: C. Barilozzi (Roma) - S. Masci (Roma) (Partecipanti: 350; durata: 8 ore)

10645-217222 **Metodi e strumenti della ricerca infermieristica** (**9** crediti ECM)
Relatori: M. Casati (Bergamo) - L. Raimondi (Lodi) (Partecipanti: 40; durata: 10 ore)

10645-203060 **L'accanimento terapeutico, il diritto, il rifiuto alle cure e l'eutanasia** (**4** crediti ECM)
Relatore: L. Benci (Firenze) (Partecipanti: 350; durata: 7 ore)

10645-200478 **Tu come leader. Insegnamenti etici per la gestione aziendale** (**6** crediti ECM)
Relatore: R. Biancat (Aviano) (Partecipanti: 70; durata: 8 ore)

10645-199326 **Umanizzazione delle cure: come prevenire il dolore e la sofferenza inutile** (**5** crediti ECM)
Relatore: B. Tessadori (Crema) (Partecipanti: 350; durata: 8 ore)

10645-195661 **Assistenza infermieristica dell'anziano sul territorio: modalità di accesso e rete dei servizi** (**6** crediti ECM)
Relatori: M. Russo (Lentini) - S. Di Mauro (Lentini) - A. Scatà (Lentini) (Partecipanti: 50; durata: 7 ore)
10645-193876 **Diritto penale e professione infermieristica: reati tipici e profili di responsabilità** (**5** crediti ECM)
Relatori: M. Marcellini (Ancona) - G. Lebiu (Cagliari) (Partecipanti: 350; durata: 8 ore)
10645-191756 **Insufficienza venosa cronica e flebopatie arti inferiori come fattori invalidanti** (**7** crediti ECM)
Relatori: V. Asti (Canicatti) - S. Nicolosi (Licata) (Partecipanti: 80; durata: 9 ore)
10645-189238 **La ricerca bibliografica in infermieristica: metodi e strumenti** (**8** crediti ECM)
Relatore: F. Germini (Partecipanti: 20; durata: 8 ore)
10645-184878 **Competenze relazionali e comunicazione interna** (**9** crediti ECM)
Relatore: A. Barbierato (Alessandria) (Partecipanti: 20; durata: 9 ore)
10645-183529 **La valutazione delle risorse umane nelle aziende sanitarie** (**5** crediti ECM)
Relatori: S. Nieddu (Torino) - G. Lebiu (Cagliari) (Partecipanti: 350; durata: 7 ore)
10645-166529 **Approccio infermieristico all'ossigenoterapia** (**2** crediti ECM)
(Partecipanti: 100; durata: 3 ore)
10645-158270 **Corso intensivo di cateterismo vescicale maschile** (**7** crediti ECM)
Relatori: G. Bon (Gorizia) - L. Urbani (Mestre) (Partecipanti: 50; durata: 9 ore)
10645-154089 **Emodialisi e dialisi peritoneale. Realtà a confronto** (**4** crediti ECM)
(Partecipanti: 350; durata: 7 ore)
10645-144409 **Etica e responsabilità professionali: il codice deontologico infermieristico** (**4** crediti ECM)
Relatore: B. Tessadori (Crema) - F. Falli (La Spezia) - G. Lebiu (Cagliari) (Partecipanti: 350; durata: 7 ore)

EVENTI LOCALI InForm

10645-276863 **Workshop sulle cure palliative e il territorio** (dal 16/06/2007)
Ancona - *Relatori: C. Sbaffi - C. G. Torbinio - R. Galassi - E. Sagliocco (Partecipanti: 40; durata: 22 ore)*
10645-274568 **Mobbing e sanità: demansionamento, vessazioni, discriminazioni** (dal 12/05/2007)
Cagliari - *Relatori: T. Fanti - G. Lebiu (Partecipanti: 30; durata: 25 ore)*
10645-273985 **Medicazioni avanzate: indicazioni alla V.A.C. therapy sulle lesioni difficili** (dal 19/05/2007)
Alessandria - *L. T. Voltaggio - G. Muscia (Partecipanti: 25; durata: 28 ore)*
10645-272803 **La cartella clinica: un dossier multidisciplinare** (dal 25/05/2007) (**50** crediti ECM)
Ancona - *Relatori: P. Antognini - E. Palladino (Partecipanti: 35; durata: 50 ore)*
10645-272802 **Corso base di inglese per personale infermieristico** (dal 29/05/2007) (**33** crediti ECM)
Ancona - *Relatore: H. Afshar (Partecipanti: 35; durata: 35 ore)*
10645-266568 **Ulcera venosa - ulcera arteriosa: igiene e prevenzione, trattamento topico, elastocompressione** (**8** crediti ECM)
Ancona - *Relatori: G. Virgini - T. Castori - M. Stacchiotti (Partecipanti: 30; durata: 8 ore)*
10645-266444 **Processo decisionale etico e assistenza infermieristica: un legame indissolubile** (**13** crediti ECM)
Brindisi - *Relatori: P. Lattarulo - M. C. Bruni (Partecipanti: 30; durata: 16 ore)*
10645-264927 **La gestione infermieristica degli accessi venosi centrali e dei pazienti in nutrizione parenterale** (**5** crediti ECM)
Pordenone - *Relatori: M. Canzi - N. Spagna - I. Sartor - R. Paroni (Partecipanti: 30; durata: 8 ore)*
10645-263308 **Dal Problem Finding al Problem Solving. Una nuova metodologia per cambiare l'approccio assistenziale** (**41** crediti ECM)
Cagliari - *Relatori: M. G. Aru - G. Onnis (Partecipanti: 30; durata: 42 ore)*
10645-255881 **Il modello del Problem Solving e Decision Making** (**50** crediti ECM)
Ancona - *Relatori: P. Antognini - L. Sfredda - V. Agostinelli (Partecipanti: 30; durata: 50 ore)*
10645-252116 **Elettrocardiografia per infermieri. Corso di base teorico-pratico** (**14** crediti ECM)
Ancona - *(Partecipanti: 30; durata: 15 ore)*
10645-235221 **Conoscere e fronteggiare l'emergenza aviaria** (**4** crediti ECM)
Sassari - *Relatori: S. Rubino - S. Morittu - F. Cattari - F. Sanna - F. M. Cerchi (Partecipanti: 250; durata: 7 ore)*
10645-232947 **Riconoscere, gestire e risolvere i conflitti nel gruppo** (**50** crediti ECM)
Pisa - *Relatori: F. Centurrino - F. Mancini (Partecipanti: 20; durata: 53 ore)*
10645-232827 **L'integrazione nell'equipe del personale di supporto per una nuova organizzazione dell'assistenza** (**50** crediti ECM)
Pistoia - *Relatori: A. Bianchini - M. Giovannetti - I. Secciani (Partecipanti: 20; durata: 52 ore)*
10645-227383 **Metodologie per risolvere i problemi in ambito infermieristico: il Problem Solving** (**50** crediti ECM)
Pisa - *Relatori: F. Polacchi - D. Carbocci (Partecipanti: 20; durata: 58 ore)*
10645-226899 **Le emozioni dell'infermiere: le ricadute personali nella relazione d'aiuto** (**15** crediti ECM)
Bergamo - *Relatori: G. Volpato (Partecipanti: 15; durata: 15 ore)*
10645-223862 **Assistenza avanzata al paziente traumatizzato** (**44** crediti ECM)
Genova - *Relatori: S. Burlando - L- Leonardi (Partecipanti: 30; durata: 37 ore)*
10645-217223 **Il ruolo infermieristico nella gestione del traumatizzato cranico** (**5** crediti ECM)
Udine - *Relatori: G. Sanson - M. Saltarini - S. Baldini - A. Burello e altri (Partecipanti: 250; durata: 7 ore)*
10645-216183 **Corso teorico-pratico di elettrocardiografia per infermieri** (**12** crediti ECM)
Pisa - *Relatori: P. Caravelli - R. Bini (Partecipanti: 20; durata: 12 ore)*
10645-210260 **Pianificazione, gestione, personalizzazione e valutazione dell'intervento assistenziale** (**18** crediti ECM)
Pistoia - *Relatori: A. Bianchini - M. Giovannetti - I. Secciani (Partecipanti: 20; durata: 18 ore)*
10645-183901 **Corso di inglese scientifico livello base** (**9** crediti ECM)
Bergamo - *(Partecipanti: 20; durata: 10 ore)*
10645-177885 **Il soccorso in montagna sulle piste: discipline a confronto** (**9** crediti ECM)
Udine - *(Partecipanti: 110 infermieri e 50 medici; durata: 13 ore)*

Sanita':

Francia, il 37% dei medici di famiglia nega le visite ai poveri

Roma, 17 ott . (Adnkronos Salute) - Medici di famiglia francesi maglia nera per la solidarietà. Chiamato al telefono, il 37% dei camici bianchi doltralpe, infatti, si rifiuta di fissare un appuntamento per i pazienti che beneficiano dellaiuto medico di Stato (Ame), offerto alle persone disagiate. Mentre lappuntamento viene negato solo al 10% degli assistiti che hanno la normale copertura assicurativa. Sono i dati di un inchiesta condotta dallassociazione Médecins du Monde (Mdm) e realizzata su 725 professionisti del Paese.
Il tasso di solidarietà varia anche a seconda delle aree geografiche: i medici di Cayenne e di Lione sono quelli che rifiutano più spesso i pazienti Ame, mentre i marsigliesi si dimostrano più accoglienti. Tra le ragioni alla base del rifiuto molti medici dicono di non conoscere bene il sistema o si appellano la macchinosità del sistema amministrativo. Alla luce di questi dati lassociazione Mdm indica tra le priorità quella di informare correttamente i medici sulle modalità di presa in carico delle persone disagiate e chiedono una semplificazione delle procedure per i rimborsi, oltre a misure strutturali per assicurare meglio cure e assistenza sanitaria a quanti vivono in Francia in condizioni di precarietà.

AFRICA/ZIMBABWE - Appello di Giustizia e Pace per fermare lo sciopero dei medici : "Bisogna trovare un accordo perché è la gente comune a soffrire di questa situazione"

Harare (Agenzia Fides) - Sono sempre più gravi le conseguenze dello sciopero del personale medico in Zimbabwe. Mentre le autorità hanno deciso di inviare medici e infermieri militari a svolgere servizio negli ospedali civili, la Commissione "Giustizia e Pace" della Conferenza Episcopale dello Zimbabwe ha lanciato un appello al governo perché prenda in considerazione le richieste dei medici che sono in sciopero da 4 settimane.
"Lo sciopero dei medici ha provocato immense sofferenze e perdite di vite umane" afferma un comunicato di "Giustizia e Pace". "I medici hanno il diritto di scioperare se i loro datori di lavoro non tengono conto dei loro bisogni. Se questo conflitto non è risolto, sono le persone comuni che ne soffriranno" aggiunge il comunicato.
I medici ospedalieri hanno rifiutato un'offerta del governo, giudicandola inadeguata, e hanno deciso di proseguire lo sciopero a oltranza. Medici e infermieri chiedono un aumento salariale dell'8.000 per cento, per far fronte a un tasso d'inflazione del 1.200 per cento e in continua crescita.
Per cercare di far funzionare gli ospedali e offrire assistenza ai degenti, il governo ha mobilitato i medici e gli infermieri militari, ma si tratta di una misura di emergenza che non potrà durare a lungo. L'esercito è stato mobilitato per garantire il funzionamento di altri vitali settori economici, come quello dei trasporti pubblici, a loro volta gravemente colpiti da ondate di scioperi e proteste.
Di fronte alla grave crisi economica che interessa il Paese da anni, diversi quadri tecnici sono emigrati all'estero. Si tratta di una vera e propria "fuga di cervelli" e di personale qualificato, che finisce per aggravare ancora di più le condizioni economiche e sociali di quello che un tempo era definito "il granaio dell'Africa Australe". Tra coloro che lasciano il Paese vi sono diversi medici e infermieri che trovano lavoro in Australia, Botswana, Sudafrica, Gran Bretagna e Nuova Zelanda. (L.M.)

SATSE SINDICATO DE ENFERMERIA

NURSIND

SINDIKAT DELAVCEV V ZDRAVSTVENI NEGI SLOVENIJE

Federazione Sindacale Infermieristica Europea

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

INSIEME ABBIAMO PIU' FORZA!

Scheda di Iscrizione

Da consegnare compilata alla

Segreteria Provinciale di .....

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

Cognome .....

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

Domicilio via ..... **n°** .....

Località .....

CAP ..... **Città** .....

Telefono .....

Dipendente dell'Azienda .....

Distretto di .....

Reparto .....

Qualifica .....

Telefono Lavoro .....

Fax Lavoro .....

Email .....

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

Firma .....

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

Firma .....

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

Scheda di Iscrizione

Da consegnare compilata

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

Spett.le Az. .....

.....

Il/la sottoscritto/a .....

.....

In servizio presso .....

.....

In qualità di .....

Numero di matricola .....

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

Firma .....

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

Firma .....

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

AGRIGENTO	339 1548499
ALESSANDRIA	348 7730047
ANCONA	339 2221513
AREZZO	339 8144382
ASCOLI P.	347 4761644
BARI	328 7033492
BENEVENTO	333 8935921
BERGAMO	348 7368056
BRINDISI	339 2641463
CAGLIARI	347 7577963
CALTANISSETTA	380 4100516
CARBONIA	347 6288516
CASERTA	338 3584649
CATANIA	339 3085542
CHIETI	338 2561933
COSENZA	339 8124656
CROTONE	338 2748311
ENNA	333 6106527
FIRENZE	329 1332497
FOGGIA	320 8811330
FORLI'	054 3731259
FROSINONE	338 7345661
GENOVA	339 1213733
GORIZIA	349 3749909
IMPERIA	339 5072623
LATINA	334 3335787
LECCO	349 6441234
LIVORNO	320 0825291
LUCCA	348 7495960
MACERATA	333 9697131
MATERA	338 1489380

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

339 1536578	MESSINA
347 9745959	MILANO
0536 884531	MODENA
339 1935053	MONZA
349 1772611	NUORO
347 7196131	OLBIA
338 4464589	ORISTANO
347 8947402	PADOVA
340 3774179	PESARO-URB.
320 0826435	PISA
347 1174975	PORDENONE
333 7419404	PRATO
340 2647691	RAGUSA
338 2368798	RIMINI
347 0587322	ROMA
340 2769892	ROVIGO
328 0066979	SASSARI
347 3313100	SAVONA
338 8506516	SIENA
339 7179432	SIRACUSA
347 3069513	SONDRIO
329 1293767	TARANTO
347 8841155	TERAMO
347 8122482	TORINO
333 7345437	TREVISO
328 4614838	TRIESTE
338 4963220	UDINE
349 6708873	VERONA
348 4722368	VICENZA
328 3328435	VITERBO

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