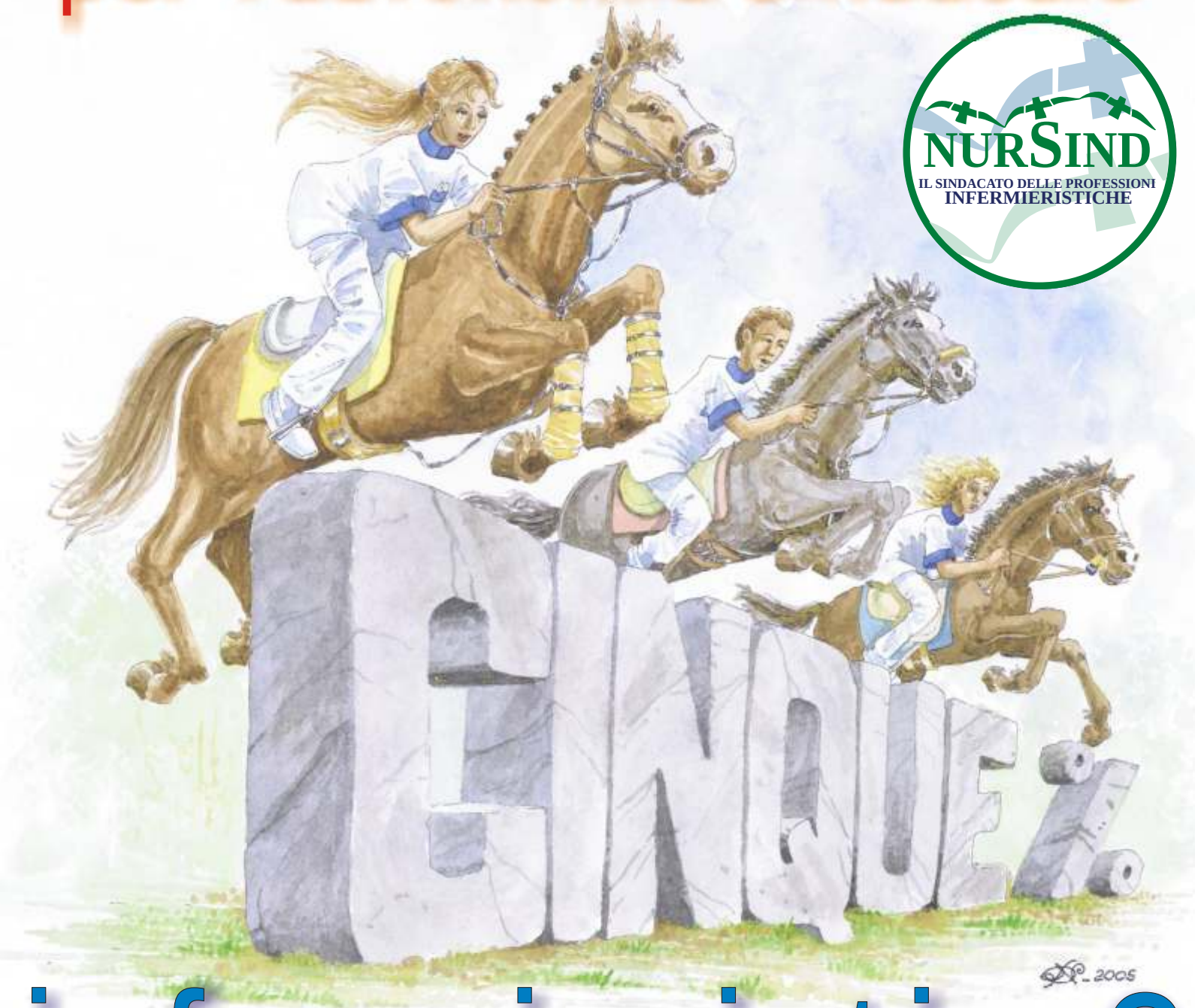
Infermieristica Mente
sindacando
NURSIND

Trimestrale di Informazione Sindacale, Professionale e del Lavoro. In attesa di registrazione. n°3 Ottobre 2005

Quali strumenti operativi per l'autonomia sindacale infermieristica?



sommario:

attualità

4. Sindacato Infermieristico e Ordine Professionale: quale sinergia?
6. A proposito di DEMOCRAZIA sindacale
7. L'analisi del voto infermieristico alle elezioni RSU del nov. 2004. Altro che "fuoco di paglia"...
8. Commento al disegno di legge sull'Infermiere Diplomato
9. A chi fa paura l'Infermiere Laureato?
10. Volontariato in SRI LANKA: "The ball is normal..."

dal territorio

13. In Commissione Disciplina per una dose supplettiva di Lasix: quando l'assistenza sindacale fa la differenza.
15. RSU ASL 7 di Carbonia: La fascia del dott. Gibaud
16. All'Assessore alla Sanità Regione Abruzzo...
18. NurSind Monza e Brianza 1° sindacato al San Gerardo di Monza

normative

19. TFR e Fondi Pensione: una truffa da 13 miliardi Cosa scegliere?
23. La lunga attesa del rinnovo contrattuale
24. Dialisi: fondi CAL...ibrati per i medici
25. Banca delle Ore e maggiorazione delle ore straordinarie: come sfruttare al meglio l'art. 40 - Gli esempi di Lecco e Vicenza

formazione professionale

27. L'attività formativa di In.Form

esteri

29. Argentina: una lotta esemplare nel più grande ospedale pediatrico
30. Francia: Volontari di S.O. anziché Infermieri
31. Svizzera: chiusura ai frontalieri?

InfermieristicaMente sindacando NURSIND

Direttore responsabile: Inf . Donato Carrara
Redazione: Inf. Graziano Lebiu, Inf. Daniele Carbocci, Inf. Vincenzo Raucci, Inf. Gloria Moretto, Inf. Andrea Bottega, Inf. Pietro Sammartino, Inf. Fiorella Meloni, Inf. Enzo Palladino.
Progetto Grafico: Inf. Donato Carrara.
email: infermieristicamente@nursind.it
Stampa: Edizioni MAXIMUS - www.edizionimaximus.com - Chiampo (VI)

Quali strumenti operativi per Quale Autonomia Professionale

Inf. Graziano Lebiu - Segretario Nazionale Nursind

Nel 2006 saranno ormai 10 gli anni di presenza del sindacalismo infermieristico sulla scena politica nazionale, con progetti di rappresentanza tutti interni alla categoria alla quale si riferisce e alla quale i suoi dirigenti appartengono.

La breve analisi che cerchiamo con questo editoriale di sviluppare, non può prescindere dagli interrogativi di base, attualissimi e assolutamente correlati tra di essi: a quali infermieri ci rivolgiamo, per mezzo di quali infermieri intendiamo sviluppare azioni sindacali e di quali azioni sindacali trattasi, cosa si aspetta la professione dal sindacalismo infermieristico, quale autonomia professionale è possibile.

Il decennio appena concluso si è chiuso con traguardi legislativi, giuridici e contrattuali fondamentali: profilo professionale, formazione universitaria, abolizione del mansionario, declaratorie contrattuali.

Eppure nei luoghi di lavoro siamo fermi al palo, ostaggio di un sistema sindacale e professionale distante dal cuore della sanità, la corsia, e dai suoi attori principali, gli infermieri.

Perché?

Perché, e non vuole essere una contraddizione in termini, deleghiamo ancora i ns. interessi e destini ad altri lavoratori di un sindacalismo maggiormente rappresentativo per legge ma delegittimato nelle ASL e nelle AO dove gli infermieri che stanno apprezzando l'importanza della scelta di campo cominciano a pretendere dei distinguo, a dare voce direttamente a se stessi, a leggere il mondo del lavoro diversamente dal passato perché le informazioni, le notizie, le azioni a tutela della professione nei luoghi di lavoro vivono di autonomia e non sono filtrate da nessuno. Il pensiero corre libero e veloce. Le liste infermieristiche in RSU sono in costante aumento nel n. degli infermieri candidati, degli infermieri eletti e dei risultati elettorali. Un motivo ci sarà…

Ma non siamo arrivati, perché ad ogni fine mese la lettura del riquadro in basso a destra nella busta paga è ciò che interessa alla stragrande maggioranza della professione infermieristica, disattenta rispetto ai contenuti del salario. Chiediamoci se la retribuzione: E' congrua? Tiene conto della valorizzazione del merito e della professionalità? Rispetta il carico di lavoro? E' adeguata rispetto all'inquadramento contrattuale? E' segnatamente correlata alle responsabilità alle quali siamo esposti?

La retribuzione è inadeguata rispetto al contratto, i riconoscimenti economici sono di solito assegnati a pioggia, chi lavora meglio ha la stessa retribuzione di chi lavora meno, l'orario settimanale e giornaliero è assurdo in relazione all'altissimo carico di lavoro conseguente al demansionamento, alla carenza infermieristica e all'organizzazione complessiva della strutture sanitarie, ragioni per la quale ci è chiesto tutto ed il contrario di tutto. La retribuzione è inadeguata soprattutto rispetto alle responsabilità alle quali siamo quotidianamente esposti tra l'indifferenza generale.

Ecco perché dalla RSU 2004 il sindacalismo infermieristico esce rafforzato: perché abbiamo rotto l'isolamento superando ventimila preferenze e ci aspettiamo che ogni singolo infermiere che ambisca ad un reale ruolo di professionista sanitario sia consapevole che solo un impegno diretto ed interno alla categoria può contribuire a modificare l'esistente e migliorare l'esercizio professionale.

La ricerca dello strumento operativo per raggiungere autonomia professionale e sviluppare strategie adeguate e tangibili non può che essere sindacale in senso Federativo tra le associazioni NurSind e Nursing Up. L'autonomia professionale infatti non si decide per legge, non solo almeno, ma soprattutto con la ns. presenza come interlocutori diretti delle istituzioni, con la sottoscrizione dei contratti collettivi di lavoro e con il raggiungimento dell'area contrattuale autonoma, con l'articolazione di un programma di azione sindacale adeguato e tangibile.

I confronti tra il sindacalismo infermieristico hanno questo obiettivo: accelerare il processo di crescita di tutto il movimento e il raggiungimento del 5% di maggiore rappresentatività, dare un segnale chiaro al mondo del lavoro e alle rappresentanze professionali ma soprattutto richiamare l'attenzione di quanti più infermieri possibili su un futuro di azione sul campo.

La professione ha necessità di un salto di qualità e di ritrovare un unico denominatore, che non può più essere il primato di uno sull'altro e quindi di un sindacato su un altro sindacato e nemmeno del lavoratore infermiere su un altro lavoratore in sanità.

La professione ha necessità di aggregare le risorse umane, tecniche ed economiche disponibili tra le sue componenti.

Oltre alla scelta di vivere il mondo del lavoro da infermieri e sindacalisti, un altro tassello è stato posto: Federazione. Adesso siamo tutti chiamati alla prova della responsabilità rispetto agli impegni assunti, alle attese e alle tante cose da fare, e solo allora gli scenari possibili potranno indicare se lo strumento operativo individuato tra le sigle sindacali infermieristiche, potrà raggiungere la tanto agognata autonomia professionale in chiave contrattuale, retributiva e ovviamente professionale per mezzo di strategie autorevoli e tangibili in tutti i tavoli tecnici e politici nazionali e decentrati dove, sin d'ora, rivendichiamo la partecipazione e la presenza.

"L'infermiere per l'infermiere, la professione per la professione"
(slogan RSU 1998).

Sindacato Infermieristico e Ordine Professionale: quale sinergia?

Inf. Andrea Bottega - Direzione Nazionale Nursind

È certamente un tema quanto mai delicato e attuale, quello dei rapporti tra l'IPASVI e il sindacato di categoria infermieristico che, in qualche modo, mi fa sentire un po' in imbarazzo. Strana cosa questa: mi fermo a riflettere un attimo e penso ad altre categorie di professionisti e lavoratori e vedo che, molto spesso, è ritenuto naturale e ovvio il connubio tra rappresentanza professionale e rappresentanza sindacale. Perché allora provare imbarazzo nel parlarne?

Ho potuto osservare che gli infermieri, forse più di altre categorie, sono maggiormente attenti alla corrispondenza tra forma e principi. Ci tengono che ogni aspetto sia posto nella giusta misura e nel modo più corretto. Pensano che i rapporti tra i colleghi e le istituzioni si debbano svolgere secondo regole precise e trasparenti e non accettano facilmente compromessi fondati sulla ragion di stato. Una sorta di idealità e attenzione al particolare che mi sembra essere molto presente nella nostra categoria (forse perché riferibili al mondo femminile); perciò quello che ad altri può sembrare naturale per noi non lo è. Ad aggiungere tono all'imbarazzo è il fatto che la mia persona è coinvolta in entrambi i fronti. Sono infatti, consigliere del direttivo del collegio IPASVI della mia provincia da sei anni e da cinque seguo lo sviluppo del sindacalismo autonomo infermieristico a Vicenza e nel Veneto. L'impegno su entrambi i fronti è stato, in un primo momento, fonte di qualche piccola polemica ma alla fine, cercando sempre di fare il meglio per i colleghi e per il servizio affidatomi, mi pare non ci siano mai stati motivi di contrasto sulle rispettive posizioni. Su questo punto vorrei raccontare un episodio. Ricordo che nel tempo in cui riflettevo sull'opportunità di ricoprire i due ruoli andai ad accompagnare un collega a Venezia, nella sede dell'ordine dei giornalisti, per l'iscrizione al rispettivo albo. Durante il viaggio di andata mi confrontai con lui sui rapporti tra ordine professionale e sindacato infermieristico e facemmo delle riflessioni su alcune opinioni espresse dai colleghi. Ricordo ancora lo stupore che provammo, dopo tutte le nostre disquisizioni, nel vedere all'arrivo accomunati nello stesso palazzo, nello stesso corridoio e in parte nelle stesse stanze, le attività dell'ordine e del sindacato dei giornalisti. La condivisione dei locali lasciava intendere sicuramente una condivisione di strategie e obiettivi se non anche di persone. Lì forse non si facevano tanti problemi come ce li eravamo fatti noi. Tuttavia la nostra è storia diversa.

Lamentarsi può servire al massimo a sfogare momentaneamente le proprie insoddisfazioni...
Meglio è PARTECIPARE per contribuire a CAMBIARE!

Mi piacerebbe discutere sulla ragioni dell'impegno professionale e sindacale ma rischierei di andare fuori tema. Mi limito a sottolineare, a proposito di storia, che l'IPASVI dal 1954 fino a pochi anni fa è stato l'unica aggregazione di soli infermieri, l'unico ente che ci identificava in modo specifico nel mare magnum delle professioni sanitarie. Penso si possa tranquillamente dire che la storia dell'infermieristica italiana è stata scritta in toto dal nostro ordine professionale: tutte le conquiste – e non sono state poche – che gli infermieri hanno ottenuto sono merito delle persone che si sono impegnate a rappresentare la professione attraverso l'IPASVI. Esso è stato, fino a pochi anni fa, l'unico interlocutore istituzionale totalmente infermieristico che ha portato la voce degli infermieri negli ambienti dove si decide la politica sanitaria italiana.

Più di recente nel 1998, il 12 maggio giornata internazionale dell'infermiere, il NurSind il sindacato delle professioni infermieristiche ha dato un'ulteriore possibilità di rappresentanza a tutto il mondo infermieristico. Attraverso la sua costituzione in associazione sindacale di categoria quasi 10.000 infermieri del nostro paese hanno ormai deciso di percorre la strada dell'autorappresentanza per portare la propria voce e il proprio modo di concepire la sanità italiana nei palazzi del potere politico e contrattuale. Dopo un primo momento di naturale assestamento e di divulgazione del progetto si è passati alla scalata della "maggiore rappresentatività" nell'area del "comparto sanità" del pubblico impiego.

Si è scelto cioè di passare dall'incidenza nella RSU (Rappresentanza Sindacale Unitaria presente in ogni azienda) a livello di contrattazione decentrata all'impegno per incidere direttamente nella contrattazione

nazionale. Al fine di rendere praticabile al più presto questa possibilità si è scelto di compiere due passi storici e decisivi per il futuro dell'infermieristica nel panorama sindacale: l'affiliazione a Nursing Up e la costituzione di un tavolo tecnico per la realizzazione della federazione sindacale infermieristica, un'associazione sindacale che raggruppi i sindacati infermieristici presenti in Italia.

Il raggiungimento della maggiore rappresentatività, che dovrà essere ufficializzato dai dati ARAN, ci permetterà di interloquire formalmente ai tavoli contrattuali nazionali e regionali. Di pari passo, ritengo che questa ufficializzazione sia un momento necessario per avere tra gli interlocutori ufficiali l'ordine professionale e tendere a divenirne il principale. Ciò sarà possibile nella misura in cui sapremo diventare l'organizzazione sindacale di riferimento dell'infermieristica nazionale riuscendo a rappresentare la maggioranza degli infermieri la cui totalità è iscritta all'ordine. Non è infatti pretesa di chi scrive chiedere di non tener conto di quell'ampia parte di colleghi che, iscritti all'ordine professionale, si riferiscono ad altre sigle sindacali e ad esse affidano la loro rappresentanza nel mondo del lavoro. Penso che l'attacco frontale ricevuto dal Comitato Centrale quando è stata inserita la pubblicità dei sindacati di categoria sulla rivista L'infermiere, non sia esperienza da ripetere e da tener in buon conto. Dalla parte del sindacato di categoria mi pare si possa dire non c'è la presunzione che porta a pensare di avere un' "esclusività di rapporto" derivante dal semplice fatto di avere tra i propri iscritti solo infermieri. Saranno gli infermieri a sancire l'eventuale supremazia del sindacato di categoria sottoscrivendo in massa il progetto associativo.

> «Quando sai che l'oriente e l'occidente sono opposti l'uno all'altro ma l'uno non può essere senza l'altro, ti appare certa l'universalità dei servigi.»
> Chuang Tzu

Quindi, pur nel rispetto delle rispettive finalità (Ordine: tutela dell'interesse generale della collettività attraverso la garanzia del corretto esercizio della professione; salvaguardia delle prerogative, dell'indipendenza e della dignità della professione. Sindacato: tutela dell'iscritto nelle controversie inerenti il rapporto di lavoro, impegno per una ottimale organizzazione del lavoro e rappresentanza della categoria nella contrattazione e nell'adeguata retribuzione) e nell'autonoma indipendenza di entrambi, ritengo che la comune base di riferimento e le comuni aree di interesse – la formazione, la carriera, l'organizzazione del lavoro con i rispettivi modelli assistenziali e dipartimentali, la definizione dei livelli di responsabilità, le politiche sanitarie delle regioni e dello Stato, la qualità delle prestazioni erogate, l'efficacia, l'efficienza e l'economicità delle cure – inevitabilmente portino a cercare sinergie per raggiungere gli obiettivi che tutta la professione/categoria e la collettività più ampia si attende. Non nascondo la mia aspirazione all'unità di intenti nella differenza degli ambiti e degli strumenti operativi. Lo scopo per cui ho deciso di impegnarmi sindacalmente è proprio questo: portare la posizione degli infermieri in tutte le sedi possibili, migliorando l'immagine del ruolo infermieristico, pervadendo le strutture sociali del nostro entusiasmo e delle nostre peculiarità.

Da questo punto di vista molto mi attendo dalla forza delle donne che in gran numero compongono la nostra categoria. La metafora della tenaglia, forse più di altre, può bene esprimere la dinamica che mi auspico si attui tra l'ordine professionale e il sindacato di categoria. Un movimento sinergico e avvolgente che parte da due lati diversi ma che impegna le forze su un medesimo punto, lo stesso obiettivo. L'elenco delle cose da fare nel futuro del panorama italiano ed europeo può essere in gran parte condiviso: la difesa del Sistema Sanitario Nazionale, l'adeguata programmazione del fabbisogno formativo di base e post-base anche per superare la cronica carenza infermieristica, l'attivazione della libera professione e il sostegno all'ente previdenziale di categoria (ENPAPI), la corretta gestione dell'inserimento e dell'utilizzo delle figure di supporto, la valorizzazione a livello contrattuale della carriera e del ruolo infermieristico a tutti i sui livelli (formazione base, master e specializzazione), l'adeguamento degli organici per la garanzia della qualità delle cure erogate, la monitorizzazione dei fenomeni di migrazione dei lavoratori non comunitari, l'istituzione di modelli organizzativi più consoni a tutelare i cittadini e i professionisti lavoratori che esercitano la professione, il sostegno della ricerca e dell'assistenza basata sulle evidenze.

È mia opinione che su questi ed altri temi di interesse infermieristico vada ricercato un dialogo costruttivo che porti ad un' "elevazione di potenza" l'agire di ciascun attore istituzionale - l'ordine e il sindacato di categoria – in modo da impegnarsi assieme per un cambiamento che porti al centro dell'attenzione delle politiche sanitarie il cittadino e la persona attraverso la valorizzazione professionale ed economica dell'infermiere.

Da entrambe le parti mi aspetto la fattiva collaborazione che porta al miglior risultato per il bene degli infermieri piuttosto che il reciproco ostacolarsi nella ricerca di vani protagonismi. Il tempo del purismo fine a se stesso è finito. Anche il momento degli imbarazzi è giunto al termine e lascia spazio ora all'epoca del disincanto che porta a discutere intorno ad un unico tavolo le questioni cruciali del nostro futuro di infermieri per gli infermieri, pena il collasso di gran parte di quello che abbiamo fin qui costruito.

A proposito di DEMOCRAZIA sindacale

Inf. Pietro Sammartino - Coordinatore Regione Sicilia - Direzione Nazionale Nursind

La vicenda SULT-ALITALIA che in queste settimane sta interessando i rapporti tra parte datoriale ed organizzazione sindacale dei lavoratori è emblematica e nel contempo sintomatica del disagio avvertito dalla gran parte dei professionisti che nel corso degli ultimi anni hanno visto mortificate le proprie prerogative e peculiarità professionali.

E' certamente da riconoscere l'importanza storica e sociale delle organizzazioni sindacali tradizionali: lo sviluppo, la crescita economica, culturale e sociale debbono certamente tanto alle lotte sindacali susseguitesi dal dopoguerra ad oggi.

E' innegabile,infatti, che, senza quelle lotte, quei movimenti, quelle vertenze anche a carattere nazionale (non ultima quella che ha portato all'approvazione della legge 300 del 1970) oggi non avremmo come acquisiti diritti importanti, quali la possibilità di dar vita ad associazioni sindacali, di poter svolgere liberamente attività sindacale nei luoghi di lavoro, di non essere perseguibili da parte del datore di lavoro per il semplice fatto di svolgere attività sindacale, di poter indire azioni di sciopero, di partecipare ai tavoli trattanti per concludere contratti collettivi di lavoro.

Quello che appare molto discutibile è invece il ruolo che quelle organizzazioni si sono date e cioè l'autoconvincimento che al di fuori di esse non sia possibile fare sindacato e, quindi, essere riconosciuti come controparte dalle organizzazioni dei datori di lavoro.

Certo che ciò la dice lunga sull'idea che essi hanno della "democrazia sindacale"!

Il diritto dei lavoratori ad organizzarsi in associazioni sindacali è innanzitutto garantito dalla Costituzione repubblicana, la quale afferma tale libertà all'articolo 39 ("L'organizzazione sindacale è libera"); la legge 300 sopra richiamata non fa altro che riaffermare questo diritto, prevedendo che "Il diritto di costituire associazioni sindacali, di aderirvi e di svolgere attività sindacale, è garantito a tutti i lavoratori all'interno dei luoghi di lavoro" (art. 14).

Se poi vogliamo entrare nel particolare, non può sfuggire agli occhi del comune osservatore il fatto che spessissime volte a diventare dirigenti di quelle organizzazioni cosiddette maggiormente rappresentative, sono soggetti che forse mai durante la propria esistenza hanno avuto dirette esperienze lavorative: o sono stati "iniziati" come impiegati di concetto presso qualche patronato o sono stati dirottati dalla politica al sindacato, dove, dopo aver "fatto la gavetta" sono riusciti ad assurgere pure ad importanti ruoli dirigenziali, dai livelli territoriali più bassi a quelli più elevati.Non ci stupiremmo se poi si scoprisse che per ricoprire quelle cariche non sono passati nemmeno attraverso normali elezioni congressuali: la qualcosa avrebbe avuto, almeno in parte, la parvenza di aver fatto salvo il gioco democratico!

Al contrario, nell'ultimo decennio, sono nate spontaneamente, originandosi dalla base lavorativa, numerose associazioni sindacali, per lo più a carattere professionale: infatti, il mancato riconoscimento delle prerogative professionali da parte dei cosiddetti "maggiormente rappresentativi" ha indotto migliaia di professionisti a darsi proprie organizzazioni di rappresentanza.

Si pensi, per esempio, alla categoria degli infermieri.

A questi professionisti, i quali oggi possono vantare una formazione universitaria, non è mai stata riconosciuta la giusta dignità del ruolo sociale e professionale, né tanto meno quella contrattuale ed economica. D'altra parte non risulta a nessuno che un infermiere abbia mai fatto parte di alcuna delegazione trattante per discutere con l'Aran delle specifiche questioni professionali: al contrario gli infermieri sono stati rappresentati da funzionari che certamente sconoscono la specificità di questa professione.

E' per questo che essi da sempre hanno fatto parte di quel grande calderone che si chiama "comparto"della sanità, al cui interno sono rappresentate con lievi sfumature tutte le categorie: ausiliari, portantini, portieri, autisti, amministrativi, tecnici, infermieri.....

Se quindi gli infermieri prendono coscienza del proprio ruolo sociale e professionale, organizzandosi democraticamente anche in associazioni sindacali, hanno tutto il diritto di pretendere ed ottenere l'autorappresentanza per una categoria che, nel nostro Paese, conta più di 320.000 professionisti.

Quali sarebbero le ragioni secondo le quali una forza professionale così numerosa e prorompente non debba avere il giusto riconoscimento?

Per quale motivo le cosiddette orga-

La nuova Direzione Nazionale Nursind eletta dal 3° Congresso Nazionale.

In alto da sinistra: Enzo Palladino, Daniele Carbocci (riconfermato), Pietro Sammartino, Fiorella Meloni (riconfermata), Andrea Bottega.

In basso da sinistra: Donato Carrara (riconfermato), Gloria Moretto, Graziano Lebiu (riconfermato).

nizzazioni "maggiormente rappresentative" tenono un'associazione sindacale che, nel fare la lotta per migliorare le condizioni di vita e di lavoro dei propri aderenti, certamente contribuirà anche ad elevare la qualità dello stato di salute della nostra popolazione?

E' dove è finito il senso della democrazia sindacale: sin quando sei con me, bene!, altrimenti sei fuori dalle regole democratiche?

Ecco, ci sono alcune cose serie che non ci convincono per niente rispetto alle tesi sostenute dai "maggiormente rappresentativi": è per questo che riteniamo giusta la strada intrapresa ed è per questo che lavoreremo per la costruzione di una grande federazione sindacale infermieristica nell'intento di rendere finalmente giustizia ad una categoria per tantissimo tempo disattenzionata e bistrattata ad ogni livello di contrattazione.

L'analisi del voto infermieristico alle elezioni RSU del nov. 2004

Altro che "fuoco di paglia"...

Dal rinnovo delle RSU nelle Aziende Ospedaliere dello scorso novembre 2004, emerge una realtà a macchia di leopardo sulla diffusione del sindacalismo infermieristico. Quest'ultimo è ormai ben consolidato in certi ospedali dove raggiunge punte percentuali simili a quelle di CGIL e CISL (vedi la tabella sottostante). La presenza si è ormai dilagata a tutte le regioni ed a 74 province su 102.

Il 50% degli aventi diritto al voto è distribuita al nord; il 26% al centro ed il 24% al sud.

Al nord si sono presentati a votare in percentuale ridotta rispetto al sud: nord 67%, centro 75%, sud 88%. Ciò dimostra un'attenzione maggiore verso le scadenze elettorali che sciama man mano ci si sposta al nord.

Anche le schede nulle confermano questo dato proporzionalmente inverso: al nord il 5% di nulle, il 4% al centro e il 3% al sud.

Si conferma la CGIL con il 32% delle preferenze. Segue la CISL con il 27% e la UIL con il 18%. La FIALS si attesta al 7% e la FSI al 5%. Insieme, i due sindacati di categoria, Nursind e Nursing Up conquistano per la prima volta il 6%.

Occorre tener presente che il sindacato infermieristico si è presentato solo in 168 aziende su 338 (nel 49% delle RSU).

La percentuale raggiunta da entrambe le sigle sale al 9% tenendo conto delle sole aziende dove si sono presentate le liste infermieristiche.

Resta comunque il nord ad avere la più larga diffusione del sindacato infermieristico, raggiungendo il 13% complessivo dove si era presentato in 79 RSU su 155.

In 8 regioni si è raggiunto e superato il 5%: il 13% in Friuli e Veneto; l'11% in Sardegna; l'8% in Abruzzo, Piemonte e Liguria; il 5% in Toscana e Marche.

La regione dove siamo ancora pressochè assenti è l'Emilia Romagna dove probabilmente vi sono difficoltà a far nascere il sindacato infermieristico.

La fatidica soglia del 5% nazionale è stata finalmente infranta. Nuovi e più importanti traguardi ci aspettano. La tendenza a riconoscersi nel proprio sindacato di categoria da parte degli infermieri è in continua crescita e fa ben sperare in risultati più incoraggianti alla prossima scadenza elettorale. Chi pensava ad un fuoco di paglia si deve ricredere! Una volta conosciuto il sindacato infermieristico... Chi lo molla più?

aziende	% ottenuta	NURSIND	NURSING UP
AO VILLA SCASSI - O. C.	34%	0	246
ULSS 1 BELLUNO	31%	0	361
ULSS 6 VICENZA	30%	564	0
AO GRAVINA CALTAGIRONE	28%	195	0
ASL CESENA	27%	0	334
ULSS 14 CHIOGGIA	27%	0	208
ULSS 4 ALTO VICENTINO	25%	280	0
AO UNIV. POL. TOR VERGATA	25%	0	100
ENTE OSP. GALLIERA	25%	0	181
AO SANT'ANDREA ROMA	24%	42	60
ASL 7 CHIVASSO	23%	0	150
ULSS 5 OVEST VICENTINO	23%	256	0
AO DI LECCO	23%	284	0
ULSS 3 BASSANO DEL	23%	72	163
ULSS 9 TREVISO	23%	0	459
AO S. GERARDO DI MONZA	22%	361	0
AO S. ELIA CALTANISSETTA	22%	139	0
AO OSP. BERGAMO	21%	363	0
ASL 6 CIRIE' (TO)	21%	0	239
AO S. M. MISERICORDIA UDINE	21%	302	0
ASL 3 NUORO	21%	305	0
AO C.T.O. C.R.F. MARIA	21%	0	253
ULSS 19 ADRIA	20%	77	0
AO PISANA	20%	417	0

Commento al disegno di legge sull'Infermiere Diplomato

Inf. Gloria Moretto - Segreteria Provinciale Gorizia - Direzione Nazionale Nursind

L'allegato B al testo di legge descrive il profilo di questa nuova figura, che ricalca quasi per intero il profilo dell'infermiere laureato, attribuendo all'infermiere diplomato la responsabilità dell'assistenza infermieristica: si parla di individuazione dei bisogni di salute, di identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, di pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico, di ricerca e di formazione.

All'art. 5 del testo di proposta di legge si prevede l'autonomia operativa e l'attività di tutorato.

All'art. 17 si prevede la formazione dell'ordine professionale degli infermieri diplomati e la redazione di un proprio codice deontologico. Quindi: responsabilità, autonomia, profilo professionale, codice deontologico.

Dove sta la differenza?

Prevedere l'inserimento di un ibrido sub-infermieristico nell'attuale organizzazione del lavoro e con le medesime funzioni rappresenta l'ennesima soluzione tampone a quella che si continua a definire "emergenza infermieristica", nonostante siano passati svariati decenni dall'insorgenza della criticità.

L'impossibilità di provvedere al turn over delle cessazioni per l'esiguità degli iscritti a Scienze Infermieristiche da un lato e il blocco delle varie finanziarie dall'altro, hanno congelato le dotazioni organiche aziendali.

Gli infermieri (tralasciando rare oasi felici) operano in condizioni deprofessionalizzanti, sottoposti all'obbligo di esperire mansioni improprie ed a carichi di lavoro inaccettabili e nell'impossibilità materiale di dedicare tempo per la dimostrazione degli stessi: un circolo vizioso demotivante al quale si aggiunge la tristezza contrattuale, che schiaccia inesorabilmente la competenza professionale.

L'approccio sindacale a questa insopportabile condizione, invece di proporre questa specie di sanatoria perenne, dovrebbe tendere alla promozione delle condizioni opportune per una piena espressione della professionalità infermieristica: pochi e competenti infermieri, affiancati da un adeguato numero di personale tecnico-esecutivo di supporto, supportati da formazione e messi nella condizione di poter espletare appieno la funzione intellettuale della professione (pianificazione, verifica e controllo dei processi e dei percorsi assistenziali) sono la soluzione ottimale per le dinamiche aziendali.

È molto più economico, più centrato sul cliente e sulla qualità, consolidare e valorizzare l'esistente quindi, mediante investimenti nella formazione professionale e nell'adeguamento degli organici del personale tecnico di supporto piuttosto che nel "riciclaggio" di operatori destinati a entrare in conflitto su diversi fronti: operativo, contrattuale, professionale.

Si dovrebbe spingere per un dignitoso percorso di carriera infermieristica, valorizzando le posizioni di coordinamento e organizzative.

Si dovrebbe spingere per il riconoscimento contrattuale degli infermieri case manager, dei master di primo e secondo livello, della laurea specialistica, ma a queste "nuove" istanze della professione infermieristica il mondo politico e sindacale confederale oppone un muro (del pianto). Si dovrebbe spingere per un'area contrattuale autonoma di tutta la professione, ma i confederali non ci stanno.

La proposta di legge sull'infermiere diplomato è frutto della considerazione corrente della professione infermieristica da parte del mondo politico: calpestare con cotanta scioltezza il percorso formativo e le conquiste normative della categoria è sintomatico anzi, diagnostico, oltre che di ignoranza totale sul peso e la consistenza del processo assistenziale, della competenza relazionale, educativa e terapeutica dell'infermiere, anche di ignoranza organizzativa, nel senso che il personale interessato (OSS a parte) già è inserito nei turni di servizio come unità infermieristiche, vanificando così le mire compensative delle carenze organiche.

Ritengo giusto consentire la formazione anche a suddetto personale, ma questo già avviene, laddove il servizio infermieristico è dotato di un livello minimo di buon senso.

Chi promuove questo percorso di legge offende la categoria perché schiaccia e spegne le lotte e le conquiste infermieristiche dell'ultimo decennio con disprezzo e non chalance.

A chi fa paura l'Infermiere Laureato?

Inf. Vincenzo Raucci - Segreteria Provinciale Nursind Monza

Se lo chiedeva l'IPASVI qualche anno fa. Si fecero ipotesi e provammo a darci delle risposte. Oggi, dopo circa dieci anni, chiediamo nuovamente: "A chi fa paura un Infermiere laureato?".

Ce lo chiediamo perché, profondamente amareggiati, abbiamo scoperto alcuni mesi orsono che gli impareggiabili amici della RdB-CUB nazionale hanno messo in piedi un'iniziativa che ha dell'incredibile!

Hanno elaborato, e stanno sostenendo, una pensata che loro stessi definiscono "un'assistenza di qualità per il cittadino": chiedono di riesumare l'infermiere diplomato!

Certo, non sono da soli! Li accompagnano, in questo delirante viaggio nell'incubo, i Senatori Fiorella Cortina, Natale Ripamonti, Francesco Martone e Stefano Boco dei Verdi, Cinzia Dato ed Ettore Liguori della Margherita, Giuseppe Nieddu dei DS, Gigi Malabarba e Tommaso Sodano di Rifondazione.

Ora, non si pensi ad un inaspettato quanto insolito attacco del NurSind ai partiti della Sinistra: siamo e rimaniamo apartitici, uniti solo nell'interesse primario della Professione Infermieristica.

Tant'è vero, a conferma di ciò, che le abbiamo cantate anche a Berlusconi, qualche tempo fa, quando voleva convertire gli operai della FIAT in Infermieri (ricordate?).

A chi fa paura, quindi, un Infermiere laureato?

Probabilmente anche alla CGIL e al CUB, che tanto affannosamente si prodigano nell'informare i colleghi che la tassa al Collegio IPASVI non è dovuta. Mentono sapendo di mentire: così come una rondine non fa primavera, anche una sentenza, in Italia, non fa giurisprudenza!

E poi, se proprio non ci piace come opera il Collegio (e noi siamo per molti versi tra questi) non lo delegittimiamo, ma cerchiamo di farlo finalmente funzionare!

La vicenda ha assunto i toni di una faida: la povera Annalisa Silvestro, tesserata CGIL, è molto imbarazzata nel vedersi mordere dalla serpe in seno!

Nonostante il suo recente intervento sulla rivista nazionale del Collegio, la puntualissima presidentessa dovrebbe cominciare a schierarsi con più fermezza: la questione infermieristica è diventata drammaticamente attuale e inderogabile, e non possiamo più tollerare la presenza, qua e là, di pericolosi cecchini che attentano alla nostra Professione!

A chi fa paura un Infermiere laureato?

Sicuramente ai signori baroni, fino a ieri padroni incontrastati di un feudo ricchissimo e prosperoso: la sanità italiana. Probabilmente non sono disposti più di tanto a dividere una torta sempre più striminzita! Di cosa deve avere paura un Infermiere laureato?

Di niente e di nessuno!

Va quindi dato un segnale calibrato e vigoroso, cari colleghi: certe iniziative, vergognose e offensive per la Professione vanno adeguatamente redarguite!

È per questo motivo che da Monza (su arguto consiglio del buon Falli, Presidente IPASVI di La Spezia) è partita un'iniziativa che ha riscosso un buon successo: i faxarraffica!

Abbiamo allestito due volantini, quasi identici (vedi foto a lato), e li abbiamo diffusi a tutti i nostri iscritti, oltre ad averli messi a disposizione online.

I destinatari erano: la Segreteria romana della RdB-CUB (col messaggio "È UN ATTACCO ALLA PROFESSIONE! VERGOGNA!") e il Collegio IPASVI Nazionale (col messaggio "COSA INTENDETE FARE A DIFESA DELLA PROFESSIONE?").

Ad oggi sembra che l'iniziativa abbia sortito l'effetto di irritare i destinatari, ma non basta!

Crediamo sia necessario andare avanti, organizzando conferenze stampa, scrivendo lettere ai promotori dell'iniziativa, continuando con l'invio dei fax… senza tregua!

L'iniziativa dell'infermiere diplomato, nata un po' in sordina, rischia di minare seriamente tutte le conquiste fatte dalla nostra professione, in particolare quelle dell'ultimo decennio!

Per quanto riguarda la Segreteria di Monza, abbiamo chiesto e ottenuto un incontro col responsabile regionale dei Verdi, al quale abbiamo spiegato le nostre ragioni.

Abbiamo ottenuto comprensione e la promessa di una verifica interna in merito alla proposta sostenuta, lo ricordiamo, anche da alcuni loro Senatori.

Suggeriamo, quindi, di perseguire anche strade come questa perché, è noto… tutte le strade portano a Roma!

p.s.: se vuoi scaricare i due fax con relativo numero di telefono vai sul sito www.nursindmonza.it, nella home page troverai ciò che ti occorre.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Volontariato in SRI LANKA: "The ball is normal..."

Inf. Rudy Bianchi- Segreteria Provinciale Nursind Bergamo

Ciao, sono Sara dell'Ospedale da Campo: sei sempre disponibile a partire per lo Sri Lanka?". Comincia più o meno così la mia avventura in Asia. Dopo gli eventi del 26 dicembre scorso che han fatto si che uno tsunami si abbattesse sulle coste del golfo del Bengala, grande è stata la commozione a livello mondiale per quelle genti per lo più povere colte impreparate, per quei bollettini che davano migliaia di vittime in continua levitazione fino a raggiungere cifre apocalittiche. Grandissima fu la commozione anche da parte mia e di fronte alle immagini che ogni telegiornale riportava, immagini filtrate da un umido velo, nacque la mia voglia, la mia esigenza di fare qualcosa di concreto, qualcosa che andasse al di là di un SMS da 1 o 2 euro.

Faccio parte dal '99 del GIMC, il Gruppo d'Intervento Medico Chirurgico dell'Ospedale da Campo dell'Associazione Nazionale Alpini che è di stanza a Bergamo. In quell'anno presi parte alla Missione Arcobaleno per l'emergenza Kosovo ed insieme a mia moglie andammo due settimane nell'Ospedale da Campo posizionato a Valona: fu un'esperienza indimenticabile che segnò il nostro essere uomini e professionisti. Per questo, passato lo tsunami, contattai più volte la segreteria per chiedere informazioni sulla partenza dell'Ospedale e per dare la mia disponibilità a partire. L'Ospedale si mosse ai primi di gennaio e venne collocato a Kinniya, un villaggio sulla costa nord-orientale dello Sri Lanka colpito duramente dall'onda che oltre ad aver portato via un migliaio di persone, ha messo in ginocchio la fragile economia e reso inagibile il piccolo ospedale distrettuale presente che serviva la popolazione locale. I turni si susseguivano con cadenza di circa 25 giorni e stavo ormai perdendo la speranza quando a metà aprile appunto son stato contattato. Partenza l'11 di maggio e ritorno il 5 giugno.

Rudy impegnato in una medicazione

Lo Sri Lanka è un'isola verdissima, ricca d'acqua, di colori e frutti, ma a parte la costa meridionale più sviluppata dal turismo è piuttosto povera, si basa più che altro su coltivazione (the, riso, cocco, banane, ananas) e pesca naturalmente. La gente sembra vivere nella miseria e nella sporcizia, ma questa è un'impressione che con il passare dei giorni è cambiata diametralmente. In realtà è gente molto dignitosa che si accontenta di quello che ha e che la natura le offre, vivono alla giornata, con poche esigenze. La vita è una ruota che gira e destino e morte ne fanno parte intima. L'Ospedale da Campo (OdC) è situato a Kinniya, un villaggio che però conta decine di migliaia di persone sparse in una vasta zona rurale, nel distretto di Trincomalee, sulla costa nordorientale della lacrima dell'India. Questa è zona da sempre soggetta a scontri tra l'etnia Tamil, qui maggioritaria, e quella autoctona Cingalese; spesso vengono usati pretesti religiosi per creare disordini: qua convivono abbastanza serenamente quattro diverse religioni. In ordine di maggioranza Buddisti, Induisti, Musulmani e Cattolici. Durante il nostro turno siamo difatti rimasti per 4-5 gg sotto coprifuoco per dei disordini scoppiati a Trinco' in cui son state uccise delle persone con degli attentati. L'OdC è costituito da tende e tensostrutture divise in ambulatori e degenze, è attrezzatissimo, probabilmente il migliore in Europa, tra i primi al mondo. Pur essendo rimasti in Italia i moduli delle sale operatorie, tra i suoi servizi offre comunque il Laboratorio di Analisi, la Radiologia e l'Ecografia. C'è un ambulatorio pediatrico, uno ginecologico-ostetrico, uno internistico, uno chirurgico-ortopedico ed uno rianimatorio, la sala travaglio e la sala parto con termoculle. E' dotato di acqua corrente potabilizzata, corrente in rete con generatori d'emergenza e condizionatori in parecchi locali; son stati costruiti degli attrezzati bagni con docce in legno, cemento e foglie di palma intrecciate sia per i pz che per il personale. Il personale del mio turno è composto da 7 Medici (2 Anestesisti, un Neurologo, un Chirurgo, una Ginecologa, un Pediatra ed una Radiologa), 5 Infermieri (specializzati in area critica, medica, ortopedica e pediatrica), una Ostetrica, un Biologo, un Tecnico di Radiologia, un Coordinatore elogista, un Idrobiologo (che ci ha assicurato acqua potabile per 25 gg), un Idraulico, un Elettricista, un

Manutentore Generale ed una Cuoca. Vengono un po' da tutta Italia, per lo più da Bergamo, ma anche da Milano, Pavia, Lecco, Pordenone, Udine, Trieste, Aosta, Parma, Firenze, Roma e Caserta. Ci aiutano nel lavoro dei Translator, dei ragazzi che ci traducono in inglese la lingua tamil e cingalese. In verità non tutti conoscono bene l'inglese, nemmeno i translator, quindi ci si arrangia anche con il linguaggio universale dei gesti. Se capirsi non è facile, anche visitare non lo è sempre. La popolazione di Kinniya al contrario del resto dell'isola è al 95% musulmana, sono molto pudici, soprattutto le donne; spesso per auscultare bisogna calare il fonendoscopio dentro le loro vesti di fini tessuti e colori sgargianti. Sono molto riluttanti a scoprirsi. Ben presto ci accorgiamo che le patologie a cui andiamo in contro e che dobbiamo curare non hanno nulla di urgente. Le urgenze che ci capitavano dovevamo stabilizzarle e trasferirle all'ospedale di riferimento a Trincomalee tramite un'ambulanzina sgangherata (di fatto un minivan vuoto con un lettino, attrezzature: nessuna). Questa è una popolazione che da sempre riceve pochissima assistenza sanitaria, e lo stesso concetto di sanità e assistenza e decisamente diverso dal nostro, direi che potremmo essere nei nostri anni '30 circa. A livello culturale l'igiene del proprio corpo ha uno scarsissimo peso così come il concetto di automedicazione è nullo. Per lo più è la natura stessa ed il tempo che hanno il compito di far guarire, ma spesso la cosa non è possibile per la mancanza d'igiene Non c'è rete idrica e fognaria, pochissimi hanno la corrente elettrica. Ecco allora che le problematiche che ci troviamo a trattare sono per lo più ferite infette non trattate, suppurazioni, ascessi, dermatosi infette, piaghe, ulcere (Ahh, quanto pus abbiamo drenato!!!), quindi micosi, pediculosi, scabbia. Difficile vedere ferite fresche, pur se innumerevoli soprattutto ai piedi, molti camminano a piedi nudi (i bambini praticamente tutti) gli adulti per lo più hanno solo infradito. Le ferite più fresche arrivano già insozzate (farcite) di terra e sabbia, ma per lo più vengono da noi perché già complicate. Qualche trauma l'abbiamo visto: fratture agli arti, una brutta frattura di femore in un ragazzo, una mano amputata quasi a metà da un colpo di machete che ci fece sudare non poco per cercare di salvargliela (a Trincomalee l'avrebbero certamente amputata e amen). Quindi un

Local Nurse

sacco di artrosi, lombalgie e fratture mal guarite, ricordo una signora che diceva d'esser caduta un anno prima e da allora zoppicava. Alla lastra refertammo una frattura di collo del femore che aveva prodotto un callo osseo solo su un lato dei monconi, e questa ci ha sempre camminato sopra! Tumori rari, per lo più perché preservati da una dieta a base di frutta, verdura cereali e pesce, in ogni caso se anche ci fossero dei casi le persone muoiono senza che questi possano essere diagnosticati. Abbiamo visto una ragazza di 30 anni con un osteosarcoma che si era mangiato praticamente tutto l'arto inf. All'ospedale di Trincomalee avevano diagnosticato un anno prima un iperplasia ossea, nonostante le lastre fossero già più che esaustive. La ragazza era in pratica senza speranza e Dio solo sa come potesse essere ancora tra noi senza nessuna terapia. A livello pediatrico abbiamo potuto vedere alcune patologie da noi ormai scomparse, come per esempio delle Ittiosi. Abbiamo avuto anche modo di diagnosticare e curare efficacemente una Leishmaniosi.

Nonostante i nostri timori pochissimi casi di dissenteria e nessuno di malaria (zona endemica), mentre purtroppo abbiamo annoverato 4 casi di Dengue: un'americana e 3 del nostro gruppo. Per fortuna stanno ora tutti bene anche se

VII° gruppo Protezione Civile

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

non l'hanno passata bella.

Cardiopatie non esistono così come patologie invalidanti della terza età che di fatto in Sri Lanka non esiste. Quelli che hanno raggiunto gli 80 si son contati sulle dita di una mano. Chi comincia ad avere problemi di salute viene selezionato dalla natura e gli anziani (60-70 anni) quando cominciano a perdere colpi vengono in pratica lasciati al loro destino. Così, oltre che per l'alta natalità, si giustifica il motivo per cui questa società apparentemente cinica sia così giovane. Bambini, ragazzi ovunque. Da noi si cerca di scansare la morte ogni oltre limite, oltre ogni misura e ragionevolezza, in Sri Lanka quando è arrivato il tempo, si prendono i bagagli e si va, nessuno ti trattiene. Quindi il nostro lavoro era ambulatoriale, molto snello, veloce, incredibilmente veloce. Un pz entrava in ambulatorio, a vista si faceva diagnosi di Tigna, si registrava sul quaderno (n° prog, età, sesso, Tigna, dimesso) gli si dava il tubetto di antimicotico ed avanti un altro. Nell'ambulatorio chirurgico era per lo più un lavoro di medicazioni, dovevamo medicare e rimedicare a giorni alterni le ferite per tenerle pulite ed ottenere qualche risultato, un'esagerazione di garze e bende veniva consumato ogni giorno. In questo ambulatorio noi infermieri siamo stati molto autonomi. All'OdC non c'è il concetto del medico che ordina e l'infermiere applica, si collabora in maniera stretta, ci si aiuta, ci si interscambia. Sovente eravamo noi infermieri a suturare da una parte mentre il medico metteva il cerotto dall'altro. La notte si fermavano solo un medico un infermiere e un logista e se capitava qualcosa e si veniva chiamati si andava d'intuito, di fantasia e ci si buttava. Così può succedere di vedere un anestesista di notte impegnato a fare un gesso ad un braccio o un Neurologo che sutura uno squarcio in uno scroto (dalla sua rassicurazione al pz il nostro motto: The ball is normal…)

L'Ostetrica ha collaborato molto con le ostetriche locali che gestivano sala travaglio e parto. Di parti ce n'erano davvero tanti, anche 5 o 6 al giorno e la nostra Grazia è rimasta di stucco per come partorivano e facevano partorire facilmente senza tante storie e strumentari, scordandosi di poter ricorrere al taglio cesareo al minimo dubbio o incertezza. Rimase di stucco anche quando scoprì che tutte le ostetriche locali avevano i pidocchi!

Visita al campo profughi

Durante la nostra permanenza abbiamo incontrato parecchie difficoltà, non certo per la popolazione che invece aveva rispetto per il nostro lavoro e, a dire dei translator, ne era entusiasta, ma soprattutto per delle carenze di materiale. Avevamo una tenda farmacia piena zeppa di farmaci inutili, cardiologici, diuretici, antibiotici EV, morfina, liquidi in quantità, mentre a noi servivano antibiotici per os, antimicotici sistemici e topici, fans per os, sali minerali (anche per noi poveri sudatori), vitamine, antipediculosi. Avevamo i magazzini pieni di ferri chirurgici, di materiale per rianimazione, drenaggi toracici, vene centrali, tavole spinali, collari, materassini a depressione e non avevamo la semplice carta per i lettini, le traverse. Abbiamo dovuto arrangiarci, rivestendo i lettini con i camici di carta monouso (vestivamo i lettini) e spesso i sacchi dello sporco diventavano cerate. Si arrivava persino a pulire con la candeggina i telini cerati sterili monouso dopo l'uso per risparmiare…Potevamo fare delle richieste di approvvigionamento alla nostra Protezione Civile a Colombo, ma il materiale arrivava dopo un mese, quindi le richieste di un turno venivano godute dal turno successivo. Ci si è arrangiati tutti insieme. Una grande famiglia la nostra che ha lavorato per 25 gg. a stretto contatto basandosi solo sulla fiducia in se stessi e l'uno per l'altro, sulla fiducia della gente nel nostro operato. Nessun protocollo, un lavoro sereno senza la paura di sbagliare, senza il timore che qualcuno ci saltasse addosso. Clinica, esperienza, manualità e fantasia il tutto condito da sincerità e passione. Abbiamo lavorato con amore e leggerezza tra una battuta in toscano, un proverbio in pugliese, un'esclamazione in romano o un'imprecazione in napoletano; abbiamo condiviso davvero tutto, lacrime e risate, siamo rimasti legati da un profondo affetto e cameratismo.

Al ritorno ci siamo sentiti, ci sentiamo tutti cambiati. Tutti, soprattutto chi lavora in PS, riteniamo ora inadeguato il nostro modo di lavorare in Italia e si fa fatica a rientrare in vecchie abitudini che ora non sopportiamo: il dover sprecare risorse per chi non ne ha bisogno e pretende cose assurde ad ogni ora del giorno, questo lavorare prima per proteggere noi stessi che per curare il paziente. Ci manca l'affiatamento e i sinceri abbracci che facevano cominciare le nostre giornate, ci mancano i bambini che scorrazzano per strada e che a 6 anni vengono da soli in ospedale a farsi medicare, che ci chiedono continuamente le penne per scrivere, che fai la loro gioia se gli gonfi un guanto di lattice o se giochi con loro. Ci mancano i saluti ed i sorrisi grati della gente per strada. Ci manca un ospedale immerso nel verde e posato sulla sabbia, l'oceano e la laguna da attraversare tutti i giorni in ferryboat, ci mancano persino quelle buche con un po' d'asfalto intorno che erano le strade. Quello che veramente ci manca è il sorriso dello Sri Lanka.

In Commissione Disciplina per una dose supplettiva di Lasix:

quando l'assistenza sindacale fa la differenza.

Inf. Rino Leonarduzzi - Segreteria Provinciale Nursind Udine

Il 4 maggio 2005 in una U.O. di Medicina di una ASS della Provincia di Udine, accadeva che un infermiere somministrava una dose suppletiva di Furosemide ad un degente del medesimo reparto su sollecitazione dello stesso paziente.

Il collega accortosi dell'accaduto su segnalazione del parente, avvisava il Medico di Guardia, il quale predisponeva la somministrazione ev di 500 cc di S.F..

Il paziente rifiutava tale somministrazione (per non sentirsi "gonfia") e pertanto il collega infermiere riportava dettagliatamente sulla documentazione preposta gli eventi accaduti.

Il 19 maggio 2005 il Primario e la mattina puntuali a difendere il nostro collega.

L'esordio è stato del Direttore Sanitario , il quale in sinergia con la Responsabile Infermieristica dapprima hanno messo in evidenza il comportamento corretto del collega nel denunciare il fatto , ma subito dopo si sono dichiarati intransigenti nel dover punire comunque tale atto.

La nostra linea difensiva è scattata implacabile mettendo subito in luce molti punti strategicamente e volutamente omessi dai due responsabili presenti riguardanti la U.O. di Medicina ed in particolare la ASS.

A) Il comportamento del collega è stato professionalmente corretto e rapido con il fine di voler limitare eventuali danni al paziente (che non ci sono stati), poichè il collega ha:

- Avvisato subito il medico di Guardia;
- Controllato lo stato clinico del paziente monitorando PA, FC, S02%;
- Ha comunque coinvolto il paziente informandolo;
- Verificato il rifiuto del paziente alle contromisure terapeutiche ordinate dal Medico di Guardia , ha riportato correttamente gli eventi sulla documentazione e sulle consegne.

B) Rispetto all'organizzazione abbiamo ritenuto approfondire alcuni punti focali per capire se gli incidenti avversi siano evitabili anche in futuro.

Il collega non va demonizzato, anzi va aiutato a capire come e perchè ha prodotto un incidente avverso.

Abbiamo ritenuto fondamentale ricordare al Primario e alla Collega mandanti della nota di addebito che l'infermiere non svolge mansioni (come scritto nella loro nota) ma funzioni che per la loro complessità implicano sempre dei rischi potenziali sia per l'assistito, ma anche per l'operatore che le svolge.

referente Infermieristica del dipartimento Medico trasmettevano alla Direzione Sanitaria una richiesta di contestazione di addebito che qualche giorno più tardi veniva trasmessa al collega Infermiere, il quale era invitato prima a redare per iscritto i fatti e qualche giorno più tardi a presentarsi in Direzione Sanitaria presso la Commissione Disciplinare assistito da un rappresentante legale e/o sindacale.

Accolto l'appello del collega, dopo una rapida ma esauriente raccolta di dati sensibili riguardanti la U.O. di Medicina ed in particolare la ASS interessata , ci siamo presentati un lunedì

Dai dati che frettolosamente abbiamo raccolto e dalle numerose testimonianze raccolte tra gli operatori non solo infermieri , si evince che nel reparto di Medicina interessato nei turni pomeridiani analoghi a quello dell'incidente c'è la presenza di soli 2 infermieri e di 2 OSS con un totale di 70 pazienti che spesso raggiungono gli 80 con i bis.

Il rapporto Infermiere-paziente che l'agenzia Regionale Sanitaria del Friuli Venezia Giulia

ha stabilito è di :

18,2 Infermieri + 15,4 OSS per 70 pazienti nelle 24 ore come dotazione organica consigliata ed un rapporto minimo di 14,7 Infermieri + 13,3 OSS per 70 pazienti nelle 24 ore.

Ciò vuol dire che come minimo ci devono essere 14 infermieri distribuiti

tra turno mattutino, pomeridiano e notturno.

Purtroppo non è il caso della U.O. di Medicina della ASS in questione!!!

Spesso vi sono pazienti ricoverati chirurgici ed ortopedici che richiedono una assistenza post operatoria che va a sommarsi all'assistenza di base gia erogata.

L'ospedale e la U.O. di Medicina prevedono orari regolamentati per le visite esterne pubblicati all'ingresso che nessuno rispetta, e che ne il Primario e ne la collega RID fanno rispettare.

Gli Infermieri oltre a dover erogare assistenza ai degenti devono effettuare una continua attività di comunicazione con i parenti e visitatori che li interrompono e li distolgono continuamente dal loro principale mandato professionale.

Da testimonianze raccolte risulta che il giorno dell'incidente avverso si contavano in alcune stanze fino a 12-15 visitatori presenti oltre ai degenti!!!!

La programmazione di turni mattutini e notturni nelle 24 ore (mattina –notte) è ormai prassi consolidata.

Il collega in questione ha richiesto da mesi i benefici della legge 104 che gli sono stati concessi ma non ha mai potuto usufruirne causa questioni di servizio.

Non vi è alcun piano di inserimento per i neo assunti e non vi è certificazione scritta che il periodo di prova nella U.O. di Medicina sia stato positivo rispetto agli obbiettivi posti controfirmato dal Collega.

Il periodo di affiancamento, che è una tappa fondamentale per tutti i neo assunti con concorso o con mobilità volontaria è stato appena di 15 giorni quando è universalmente riconosciuto utile un inserimento pari almeno al periodo di prova anche per il personale esperto che deve operare in una realtà nuova.

C) Nel marzo 2004 il Ministero della Salute ha nominato una commissione sul Risk-Managment che ha prodotto attraverso la rilettura della bibliografia mondiale l'importanza del controllo e della gestione del rischio.

Tutte le ASS sono state invitate a interiorizzarlo e ad attivarsi immediatamente a tutti i livelli per prevenire gli incidenti avversi e ridurre così il rischio.

Il rischio è proporzionale alla complessità del sistema stesso.

Le linee guida Ministeriali attraverso questo lavoro citano che è:

- Fondamentale favorire le condizioni ideali e predisporre tutte quelle azioni che rendano difficile per l'uomo sbagliare;
- Focalizzare il comportamento umano;
- Rimodellizare i processi, promuovendo la cultura di imparare l'errore per evitarlo quale strategia vincente; - Non colpevolizzare la persona a cui è accaduto l'incidente in quanto la prima analisi va fatta sul sistema (se si esclude il dolo);
- Attivare iniziative di Risk-managment a livello individuale, di U.O., di Azienda e di Dipartimento.

Se si è verificato un incidente avverso come quello del collega è perchè questo è stato la conseguenza di una concatenazione di eventi che hanno superato le difese.....in questo caso mai messe in atto da nessuno.

Quanto accaduto nella U.O. di Medicina è indiscutibilmente da ricondurre a scelte organizzative sbagliate (inadeguatezza delle dotazioni organiche , turni scarni, via vai di visitatori, mancanza di protocolli sulla preparazione e somministrazione della terapia, etc) e controproducenti, non tutelanti gli interessi e la sicurezza dei degenti e degli operatori o peggio ancora a non scelte lasciando di fatto soli gli operatori nel sistema.!!!!!

Quella poca sicurezza dei degenti della Medicina deriva soprattutto dalla capacità di attuare una organizzazione in grado di ridurre i rischi e gli errori e di contenerne l'effetto degli errori che si verificano.

Insomma la Direzione sanitaria e la Direzione Infermieristica prima di pensare se e come colpire l'operatore devono necessariamente vedere se nell'organizzazione ci sono delle falle che facilitino o alzino il rischio.

In sintesi da quanto da noi raccolto , le inadempienze sul Risk-Managment riscontrate non solo nella U.O. di Medicina ma anche nella ASS interessata sono gravi e preoccupanti!!!!

Abbiamo ritenuto inammissibile mettere in discussione l'operato del collega e far finta di niente da parte del Dirigente Medico ed Infermieristico mandanti della nota di contestazione di addebito, poichè non hanno svolto la mission del loro mandato prevista nell'ambito del Risk-Mnagment e conseguenzialmente non hanno fornito un adeguato ed idoneo ambito lavorativo agli Infermieri e agli operatori ell'assistenza.

Invece di mettersi in discussione e mettere in discussione l'organizzazione del sistema per evidenziare eventuali potenzialità di rischio per degenti ed operatori hanno cercato un capro espiatorio.

Rimarcando che nel caso specifico l'operatore deve rispondere del suo operato in sede disciplinare, per i dirigenti c'è direttamente la magistratura, che se chiamata in causa da terzi è obbligata a fare luce su tutti i buchi organizzativi della U.O. coinvolta e dell'intera ASS..

Abbiamo invitato la Direzione Sanitaria viste le gravi mancanze messe da noi in evidenza a concludere in tale sede la procedura disciplinare senza alcuna pena amministrativa e/o pecuniaria per il collega coinvolto, rimarcando la nostra disponibilità ad assistere in resistenza il collega.

E' stata un'ora tesa di discussione accesa ma civile in cui l'azienda nelle persone del Direttore Sanitario e della Dirigente Infermieristica, hanno lasciato intendere di pensarci bene sul da farsi.

Il 30 giugno 2005 alle 14.00 riceviamo una telefonata dalla moglie (Infermiera anche lei) del collega che in quel momento stava terminando il turno mattutino che ringraziandoci commossa ci dice di aver ricevuto una raccomandata nella quale viene archiviata la contestazione di addebito invitando il collega ad una maggior attenzione in futuro.

Spesso in RSU veniamo schermiti per non essere firmatari, ma forse cio' di cui hanno bisogno molti colleghi Infermieri non sono gli accordi maldestri e svantaggiosi che nell'interesse di tutti ed in particolare delle Aziende vengono siglati da RSU compiacenti e da OO.SS. concusse, ma soprattutto di un supporto umano e vero nei momenti di maggior difficoltà come quello che vi abbiamo appena descritto.

Un modo indiscutibile di fare sindacato senza essere firmatari.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

RSU ASL 7 di Carbonia:

La fascia del dott. Gibaud

Inf. Fiorella Meloni - Segreteria Provinciale Carbonia - Direzione Nazionale Nursind

Dopo aver cancellato con un colpo di mano ogni parvenza di democrazia e correttezza sindacale, la RSU della ASL 7 di Carbonia è riuscita a sorprenderci ancora regalandoci una fascia che ha dell'incredibile.

Tutto comincia all'atto dell'insediamento della RSU in cui viene modificato il regolamento interno in modo tale da consentire l'accesso alla contrattazione decentrata ad un solo organismo rappresentativo dell'assemblea chiamato Ufficio di Presidenza e composto, guarda caso, da un componente CGIL (autista di ambulanza), un componente UIL e uno CISL (entrambi amministrativi), come si dice "tutto in famiglia".

La RSU, ormai ufficializzata, comincia a lavorare e a discutere in primis le problematiche legate alla carenza cronica di organico infermieristico e ausiliario che, naturalmente, stanno a cuore soltanto a noi. Dal 1° Agosto 2005 il Direttore Generale è dimissionario e così diventa prioritaria la richiesta di una fascia per tutti i dipendenti, qualcuno dice, indipendentemente dai fondi. Ma, c'è sempre un MA, stranamente i soldi non bastano per tutti: dico "stranamente" perchè dal prospetto dei fondi fornitoci dall'Azienda si evince che tra il 2003 e il 2004 è stata utilizzata la misera somma di € 6.901.681,09 per finanziare reperibilità e straordinario, progetti per obiettivi, posizioni organizzative e coordinamenti vari. E qui caliamo un velo pietoso.... A parte le prime voci di spesa, le altre sono molto discutibili ma non per il Direttore Generale che si rifiuta di prenderle in esame.

Viene partorito un accordo nel quale verranno esclusi dal passaggio tutti i dipendenti assunti dopo il 2001 e saranno recuperate risorse "tagliando alcune indennità".

Contestiamo la proposta ed evidenziamo che nel momento in cui non si vuole rispettare il CCNL in riferimento all'utilizzo di criteri meritocratici, ci dissociamo da un accordo che prevede criteri penalizzanti e sosteniamo, a gran voce, il recupero dei fondi usati per finanziare i privilegi di alcuni.

Ma la efficiente macchina sindacale prosegue la sua corsa, travolgendo i malcapitati che trova sul suo cammino: i primi a farne le spese sono i colleghi delle U.O. di Medicina che, proprio per volere del D.G., percepivano una indennità di disagio che serviva a "gratificare" la loro sfortunata esistenza in quella valle di lacrime. Di seguito vengono tagliate alcune reperibilità e indennità varie. Ma la ciliegina sulla torta è l'esclusione a piè pari dei lavoratori portatori di limitazioni funzionali!?!?!?!

Che dire.....oltre al danno la beffa! Perchè la maggior parte di loro non ha beneficiato di alcuna agevolazione, infatti, con la schiena a pezzi e le mani macerate dal lattice, continuano ad essere presenti sui tre turni, come 2a unità, a spadellare e sollevare carichi in barba alla 626 e senza la fascia del Dottor Gibaud. Ma la cosa peggiore è che tutto ciò ci scivola addosso, ci si lascia trasportare dagli eventi con rassegnazione e si continua a versare la quota a chi, di fatto, non rappresenta più il lavoratore e non coglie più il vero significato del sindacalismo autentico. Il nostro sindacato ha ricevuto poche richieste di rappresentanza a conferma della rassegnazione che ormai ci accompagna ogni giorno.

Concludo con un appello: infermieri, non "fasciatevi la testa" e soprattutto non bendatevi gli occhi ma apriteli e fate sentire la vostra voce. Non lasciate che siano altri a decidere del vostro futuro e del vostro stipendio.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

All'Assessore alla Sanità Regione Abruzzo...

Inf. Enrico Del Villano - Segretario Provinciale Nursind Chieti
Inf. Sandra Rocchetti - Segretaria Provinciale Nursind Teramo

All'Assessore della Sanità regione Abruzzo.

Abbiamo ritenuto di convenire ad un incontro per porLe all'attenzione alcuni aspetti dell'annosa "questione infermieristica". Non partendo da una mera logica campanilistica ma bensì olistica, per usare un termine conosciuto agli operatori sanitari, del problema che sembra avere non poche note di preoccupazione.

La mancanza di un Piano Sanitario Regionale, pesa enormente, manca il faro di riferimento e dunque la direzione della sanità regionale, infatti essa è restata al buio. La Professione Infermieristica è stata trascurata da molto tempo, come se per magia essa si autorinvigorisse… Ciò non può accadere se non si introducono misure idonee atte a promuoverla e a valorizzarla.

In pochissimi anni la Professione infermieristica ha visto rivoluzionata la formazione che è diventata universitaria, ha visto la pubblicazione del profilo professionale che ha conferito in modo generalizzato una situazione di autonomia professionale prima sconosciute, la legge 42/99 ha poi proseguito il lavoro abrogando le disposizioni mansionariali per le professioni che le avevano e riconosciuto a tutte le professioni " un campo proprio di attività e di responsabilità"; infine la legge 251/00 istituisce la dirigenza e la laurea.

La L251/00 è un provvedimento che determina una serie di cambiamenti sostanziali nell'organizzazione sanitaria, nel processo di professionalizzazione e nella rideterminazione dei processi decisionali all'interno delle aziende del SSN.

Art.1 "…si svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva,…utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza".

Al secondo comma, si invita lo Stato e le Regioni a promuovere la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche " al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione del SSN, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione Europea".

Il terzo comma, entra nei cambiamenti prevedendo l'emanazione di linee guida per:

a) attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni,

b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

Art.5 - Istituzione dei corsi di laurea

Art.6 - Disposizioni in merito alla modifica della disciplina concorsuale dei nuovi professionisti laureati che dovrà prevedere modalità di accesso alla dirigenza del SSN con requisiti analoghi "alla dirigenza attuale". Le Regioni possono " istituire la nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando con modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Art.7 - Le aziende possono istituire il servizio di assistenza infermieristica attribuendo, anche in assenza di requisito di laurea l'incarico a un professionista afferente quell'area con incarico triennale rinnovabile, attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati.

Il secondo punto che si vuole porre alla Sua attenzione, riguarda le "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di Emergenza/Urgenza" della Conferenza Stato-Regioni del 22 maggio 2003.

Infatti nei Principi Generali si legge: i programmi di formazione e aggiornamento e la relativa certificazione sono definiti dalle Regioni e dalle Province Autonome. Il personale operante nel sistema dell'emergenza-urgenza deve sostenere un percorso formativo uniforme, prescindendo dall'appartenenza al Servizio Sanitario Nazionale e/o ad Enti, Associazioni di Volontariato. Restano ferme le rispettive competenze, gli ambiti professionali, nonché la specifica formazione di base di ciascuna figura.

L'obiettivo generale è rappresentato dalla qualità delle cure mediante l'integrazione funzionale ed operativa di ogni settore del sistema dell'emergenza/urgenza sanitaria (Centrali Operative, Mezzi di soccorso, Punti di Primo Intervento, Pronto Soccorso ospedaliero, Dipartimento di Emergenza – Urgenza e Accettazione di I e II livello). La formazione è lo strumento a disposizione di tutto il personale che opera nel sistema per favorirne l'integrazione.

Costituiscono obiettivi specifici delle presenti linee guida:

-la definizione dei destinatari dei percorsi formativi;

-la definizione dei percorsi formativi;

-la definizione di un livello di formazione di base specifica e la definizione di un livello di formazione permanente e aggiornamento;

-l'inserimento della formazione del personale dell'emergenza-urgenza sul programma di educazione continua in medicina (ECM), secondo quanto convenuto nell'accordo sancito dalla Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 13 marzo 2002 (repertorio atti n. 1667).

Le tipologie di percorsi adottati nonché i contenuti dei programmi e l'articolazione dei corsi relativi all'area dell'emergenza spesso risultano difformi non solo da una regione all'altra ma anche nell'ambito della stessa regione. Stante tali diversità, appare opportuno individuare, per tutte le figure che operano nell'emergenza , una formazione di base specifica e un percorso di formazione permanente definendo, a livello regionale, i criteri per la validazione di tali percorsi che devono coinvolgere tutto il personale (medici , infermieri , personale tecnico e volontario) già impegnato nel sistema. Il personale operante nel sistema dell'emergenza – urgenza sanitaria risulta costituito da figure professionali di diversa estrazione , formazione ed esperienza:

- medici dipendenti del S.S.N.;
- medici convenzionati dell'emergenza territoriale (D.P.R. n°270/2000);
- personale infermieristico dipendente del S.S.N.;
- personale non sanitario dipendente del S.S.N.;
- personale soccorritore volontario e dipendente dai soggetti di cui all'art.5, comma 3 del DPR 27/03/92;
- altri operatori del ruolo tecnico di supporto dipendenti e/o volontari che operano presso i soggetti di cui all'art.5, comma 3 del DPR 27/03/92.

Al fine di garantire una tempestiva , appropriata ed efficace risposta del sistema di emergenza – urgenza sanitaria , indipendentemente dal livello formativo già acquisito , si ritiene opportuno avviare programmi uniformi di formazione ed aggiornamento per gli infermieri operanti nel sistema, inclusi coloro che svolgono funzioni di coordinamento.

I programmi dei corsi hanno lo scopo di raggiungere obiettivi clinico-assistenziali , organizzativi e relazionali , definiti e condivisi a livello regionale.

Livello di formazione di base specifica.

Obiettivi clinico-assistenziali

1. gestione delle procedure di triage intra ed extraospedaliero;
2. sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica;
3. supporto di base ed avanzato nella fase preospedaliera e ospedaliera del paziente traumatizzato nell'età adulta e pediatrica;
4. conoscenza dei percorsi assistenziali che garantiscono la continuità delle cure.

Obiettivi organizzativi

1. conoscenza dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale;
2. conoscenza dell'organizzazione del sistema di emergenza urgenza e dei relativi protocolli;
3. conoscenza delle modalità complessive del trasporto sanitario della rete regionale dell'emergenza;
4. acquisizione delle capacità di predisporre e utilizzare i protocolli operativi organizzativi, assistenziali , ospedalieri e territoriali;
5. conoscenza e utilizzo dei sistemi di comunicazione e delle tecnologie in uso;
6. conoscenza degli aspetti medico-legali nell'urgenza ed emergenza;
7. conoscenza delle modalità di coordinamento con Enti istituzionali preposti all'emergenza non sanitaria;
8. conoscenza e utilizzo di protocolli organizzativi e assistenziali , attivati nell'ambito di maxiemergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali;
9. conoscenza dei sistemi di autoprotezione e sicurezza.

Obiettivi relazionali.

1. Acquisizione delle capacità di relazione d'aiuto;
2. conoscenza e gestione del lavoro di equipe;
3. gestione dello stress e dei conflitti;
4. acquisizione delle capacità di relazione nella comunicazione tra le diverse componenti della rete dell'emergenza.

Livello di formazione permanente e aggiornamento.

Gli infermieri, inclusi quelli con funzioni di coordinamento , operanti nel sistema dell'emergenza – urgenza , mantengono un livello di formazione permanente e un'aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali , organizzativi e relazionali mediante appositi corsi.

Questo è quanto si doveva, per una Sanità migliore in questa regione e per una Professione che non ha colori e che sempre meno viene presa in considerazione, a discapito di tutti…

Un Fondo Sociale

per gli iscritti Nursind

E' con viva soddisfazione che In.Form. annuncia un'importante iniziativa a scopo sociale a favore degli iscritti NurSind.

Su proposta del Direttore Scientifico Roberto Biancat, è stato istituito un fondo, al quale tutti potranno contribuire, allo scopo di garantire un supporto economico ai figli dei tesserati NurSind che per varie ragioni sono vittime di infortuni o gravi malattie con conseguenze anche letali.

Successivamente sarà comunicato il numero di CC nel quale potranno confluire i contributi e i criteri che saranno stabiliti per poter usufruire del fondo.

NurSind Monza e Brianza 1° sindacato al San Gerardo di Monza

Inf. Vincenzo Raucci - Segreteria Provinciale Nursind Monza

Non sono un agricoltore, ma nei miei rari momenti dedicati al giardinaggio domestico confesso di aver sempre provato una grande soddisfazione quando dal piccolo, insignificante semìno sepolto sotto terra vedevo, dopo qualche tempo, spuntare prima timidamente, poi sempre più rigogliosa una piantina.

Forse sono ancora un "bambino che fa oooh", ma certe cose ancora mi emozionano e mi fanno fare pace col mondo intero!

Parimenti ho provato un'enorme soddisfazione l'altro giorno quando, dopo la diffusione dei dati ARAN sulla rappresentatività sindacale nelle Aziende Sanitarie al 31 dicembre 2004, ho scoperto che il NurSind Monza e Brianza risulta essere il 1° sindacato nell'Azienda in cui è nato quasi tre anni fa: l'Ospedale San Gerardo di Monza!

Il piccolo semino piantato nel settembre 2002 è diventato un arbusto forte e vitale, segno che i due elementi "concimanti" che io e il Direttivo Provinciale abbiamo impiegato sono risultati validi e resistenti, vale a dire la costanza e la passione!

Costanza nel perseguire, passo dopo passo, gli obiettivi che ci eravamo prefissati.

Passione per la professione che ci unisce e in cui fermamente crediamo.

La ricetta, in verità, è un po' più complessa… perché gli ingredienti sono stati molto di più.

Ad esempio le molte iniziative messe in cantiere, a cominciare dai numerosi eventi formativi ECM che ci hanno consentito di incontrare numerosi colleghi, farci conoscere da loro, fargli conoscere i nostri programmi, le nostre idee, raccogliere proposte, suggerimenti.

Gli eventi ECM si sono rivelati preziosi, inoltre, per i numerosi colleghi che vi hanno partecipato poiché hanno permesso loro di fare aggiornamento a prezzi estremamente popolari, oltre che a raccogliere i tanto discussi punti formativi annuali.

Abbiamo inoltre fondato un giornalino a diffusione locale, "il gabbiano", che è riuscito a volare in tutte le corsie e a farsi conoscere e apprezzare in poco tempo da una discreta quantità di affezionati lettori.

La diffusione a mezzo stampa dei propri programmi e delle proprie idee è sicuramente fondamentale e, a tale proposito, suggeriamo a tutte le segreterie provinciali di alimentare fortemente il nostro periodico nazionale, quello che state leggendo in questo momento, con articoli, inchieste, proposte e poi, se ne avete ancora la forza, realizzate anche qualcosa di locale, che possa interessare i nostri colleghi più vicini.

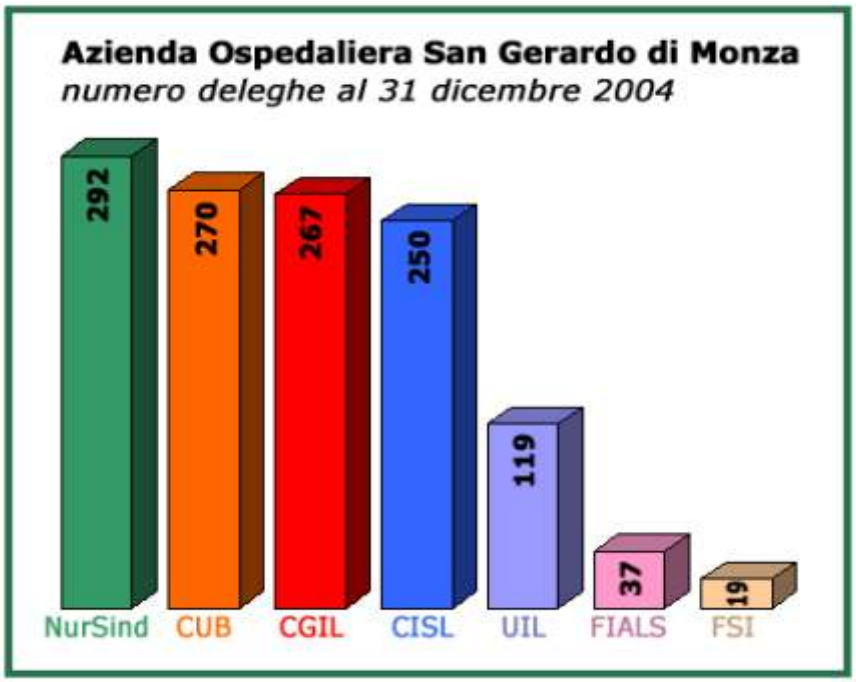
Tornando a noi, crediamo di aver positivamente impressionato i nostri colleghi anche con i programmi e le iniziative sindacali nel periodo del rinnovo delle RSU: programmi chiari, nati dalla lunga esperienza professionale e lavorativa dei candidati, che riflettevano disagi reali vissuti da sempre dai colleghi e mai presi in considerazione dalle altre organizzazioni sindacali.

In questi anni abbiamo anche subìto numerosi attacchi da parte degli altri sindacati, quelli "generalisti", quelli che credono che "equa suddivisione" significhi "distribuzione a pioggia", quelli che credono che volere un po' bene a tutti significa farsi volere un po' bene da tutti, ma che non hanno percepito che nel frattempo, all'interno del comparto, una categoria di lavoratori cresceva, si evolveva e cominciava, di conseguenza, a pretendere di più.

Ad ogni attacco di codesti signori vedevamo crescere il numero dei nostri iscritti, segno di un sentimento "corporativo" che stava crescendo tra i colleghi infermieri.

Oggi abbiamo raggiunto un grande risultato, abbiamo più tesserati di qualsiasi altra organizzazione sindacale, e ne siamo fieri; ma siamo anche consapevoli che questo è solo l'inizio: ora la fiducia riposta in noi da tanti colleghi va ripagata; per tale ragione stiamo mettendo in cantiere numerose iniziative che verranno divulgate nei prossimi mesi.

Ancora una volta grazie a tutti, e in particolare a coloro che hanno reso possibile questo sogno, cioè i miei colleghi del Direttivo Provinciale di Monza e Brianza: Raimondo Pais, Emanuele Lo Monaco, Elisabetta Pinna e Donato Cosi.



TFR o Fondi Pensione: cosa scegliere?

Inf. Donato Carrara - Segreteria Provinciale di Bergamo - Direzione Nazionale Nursind

Dal 1° Gennaio al 30 Giugno 2006 sarà in vigore il regime del **silenzio/assenso**. Di conseguenza la gran parte dei lavoratori si chiederanno che fare e quale scelta effettuare.

Cerchiamo di spiegare innanzi tutto a chi è rivolta tale opzione e cosa comporterà per il lavoratore.

Riguarda i lavoratori in regime di **TFR** (Trattamento di Fine Rapporto o più semplicemente, liquidazione). In sanità quindi si riferisce a tutti i lavoratori del settore privato e una piccola parte del settore pubblico, in particolare quelli assunti dal 1/1/2001 in quanto chi è stato assunto prima, gode invece del **TFS** che è ben altra cosa (Trattamento di Fine Servizio, o liquidazione).

> Se dal 1.1.06 al 30.6.06 il lavoratore non darà alcuna indicazione al proprio datore di lavoro sull''uso del proprio TFR, questo andra' al fondo contrattuale

In pratica, Governo e Parti Sociali (ben 42 soggetti tra i quali Confindustria, CGIL, CISL, UIL ecc.), hanno concordato che, se il lavoratore non esprimerà alcuna scelta, il suo TFR finirà automaticamente in un Fondo Pensione.

In alternativa, il lavoratore dovrà dichiarare per iscritto al proprio datore di lavoro di non aderire ai fondi pensione e di continuare a godere del TFR così come era prima. Oppure, nella dichiarazione, potrà notificare di aderire ad un fondo pensione specifico. Inoltre, per i pubblici dipendenti in regime di TFS, è consentito migrare al TFR scegliendo di aderire ad un fondo pensione. In questo caso il lavoratore abbandona quindi il regime del TFS passando automaticamente a quello del TFR.

Fin qui sembrerebbe chiaro il concetto. Purtroppo non è così. Che vantaggi o svantaggi si hanno se si sceglie una o l'altra opzione?

Per capire l'origine di questa situazione occorre approfondire la problematica previdenziale del sistema pensionistico degli stati moderni, da quello americano fino al nostro passando dalle altre esperienze europee.

Le politiche pensionistiche

Ci sono due chiavi di lettura di questa situazione: quella ispirata ai principi neoliberisti che si traducono nel pensiero abbastanza comune del "*mi faccio gli affari miei*" e quella opposta, ispirata alle dottrine sociali, che ritiene che gli "*affari tuoi*" sono inevitabilmente quelli di tutti e quindi vanno affrontati con uno spirito di solidarietà sociale.

Al centro del problema vi sono le sorti delle casse future dell'**INPS** (per i lavoratori privati) e dell'**INADEL** (per i lavoratori pubblici). La domanda alla quale le due correnti di pensiero danno una risposta nettamente differente è: fra 40 anni questi istituti saranno ancora in grado di garantire una pensione dignitosa?

La corrente neoliberista risponde decisamente di no, sostenendo che potranno coprire si e no dal 40 al 50% della pensione attuale. La corrente sociale sostiene invece che, se pur al momento attuale le casse di detti istituti siano in attivo, andranno sicuramente in rosso se continueranno gli attacchi al sistema previdenziale pubblico (defiscalizzazione del lavoro, diminuzione dei contributi previdenziali a carico dei datori di lavoro, precarizzazione del lavoro e conseguente minore entrata nelle casse dell'INPS, riduzione della massa di forza lavoro impiegata, aumento dell'età pensionabile, ecc.). Si pensi al regalo concesso a chi ha già raggiunto l'età pensionabile, deciso dal governo, di restare al lavoro senza versamento dei contributi che invece vengono accreditati direttamente in busta paga. Inoltre sostengono che sono a carico di questi istituti anche i costi delle ristrutturazioni aziendali e tutta una serie di spese per prestazioni assistenziali (cassintegrazione, integrazione ai minimi pensionistici,..) che invece andrebbero caricati sulla fiscalità generale, così come sostenevano anche CGIL-CISL-UIL fino a pochi anni fa.

> Secondo le indagini della Guardia di Finanza si sarebbero riscontrate irregolarità contributive nel 75% delle aziende

Ma è soprattutto l'evasione contributiva (si parla di circa 20 miliardi di euro) da parte delle aziende (da una recente inchiesta sono emerse irregolarità contributive nel 75%) a mettere in crisi gli enti previdenziali. Mettendo insieme il puzzle, non si può disconoscere un chiaro disegno di progressivo e tendenziale smantellamento degli enti previdenziali pubblici.

Una seconda pensione?

Da queste premesse sembrerebbe più che evidente che per garantirsi una vecchiaia dignitosa, occorra costruirsi un'altra pensione (la cosiddetta seconda gamba previdenziale).

Ma come e con quali soldi? Usando i soldi delle liquidazioni, cioè il TFR. (art.2120 del c.c. legge 29 maggio 1982, n. 297) accantonandoli in Fondi Pensione.

Si calcola che la massa di denaro accantonata ogni anno per il TFR corri-

sponda a 13 miliardi di euro che corrisponde al 25% del volume degli attuali scambi borsistici mensili.

> Il rischio delle speculazioni finanziarie sui Fondi Pensione col nostro TFR non ci farà dormire "sogni tranquilli"

Questi soldi attualmente restano in uso al datore di lavoro, che li utilizza per la propria impresa e per liquidare i dipendenti cessati. Una percentuale è destinata ad esaurire le richieste di anticipo del TFR per eventuali spese sanitarie o acquisto della prima casa di abitazione per sé o per i figli, per un massimo del 70% del capitale accumulato fin lì. Tali richieste sono soddisfatte entro il 10% degli aventi diritto (occorre avere 8 anni di servizio) e comunque entro il 4% del totale dei dipendenti.

Da parte dei sostenitori dei fondi pensione c'è la richiesta di usare tutto o parte del TFR per finanziare i fondi stessi. Gli imprenditori sono contrari in quanto, se tutti i propri dipendenti optassero per l'adesione ai fondi, si ritroverebbero a dover sborsare ingenti liquidità, per cui la stessa Confindustria è preoccupata per le sorti di molte piccole e medie aziende. Da qui la richiesta al governo come contropartita per forti sgravi fiscali ed incentivi economici derivanti da agevolazioni sui prestiti alle imprese.

La faccenda, come vedete, si complica. Se prima il TFR era solo una questione tra il vero proprietario (il lavoratore) ed il datore di lavoro (che conservava i risparmi del lavoratore utilizzandoli ai fini dell'impresa), ora questi soldi faranno dei giri piuttosto "viziosi" finendo in mano a banche, finanziarie, assicurazioni, in definitiva sul mercato borsistico. L'assurdo sta proprio nel fatto che l'imprenditore, a cui servono finanziamenti per sviluppare la propria impresa, finirà per chiedere prestiti alle stesse banche a cui ha erogato il suo TFR pagandone i relativi interessi.

> Nessun fondo pensione può garantire a priori rendimenti superiori a quelli del TFR

I Fondi Pensione

Teoricamente i fondi pensione sono di due tipi: a prestazione definita o a contribuzione definita. In realtà non esistono fondi pensione del primo tipo, nel senso che nessuno può garantire la loro performance; per cui i fondi in realtà sono tutti a contribuzione definita, cioè sai quanto versi ma non sai quanto incasserai (altrimenti i fondi funzionerebbero come una pensione pubblica).

> Con le nostre liquidazioni intendono vivacizzare l'asfittico mercato finanziario italiano

I fondi a contribuzione definita sono di due specie: · **fondi aperti** gestiti da finanziarie, banche, tra cui San Paolo Imi, Unicredito, Intesa, Arca, Generali, Mediolanum (di Berlusconi), Unipol (legata alla CGIL), Cattolica assicurazione (legata alla CISL); · **fondi chiusi** o negoziali di categoria o aziendali, cogestiti da sindacati e rappresentanti di organizzazioni padronali. Infine esistono già da tempo le vecchie polizze previdenziali individuali (PIP).

I Fonfi chiusi sono gestiti paritetica-mente sia dalle aziende che dai lavoratori attraverso propri rappresentanti sindacali negli organismi di gestione. Inoltre sono soggetti a controlli ministeriali da parte della **COVIP** allo scopo di vigi-

TFS e TFR in pillole

Caratteristiche	TFS	TFR
A chi appartiene?	Lavoratori pubblici assunti a tempo indeterminato prima del 31/12/2000	· Lavoratori privati dal 1982 · Lavoratori Pubblici assunti a tempo indeterminato dal 1/1/2001 · Lavoratori pubblici assunti a tempo determinato con contratto in essere al 30/05/2000 e successive
Possibilità di transizione	· In caso di adesione ad un Fondo Pensione	Nessuna possibilità di passare al TFS
Entità dell'accantonamento	4,88%	6,91%
Quota a carico del lavoratore	2%	Nessuna, ma la retribuzione fissa viene decurtata del 2%
Quota a carico dell'Azienda	2,88%	6,91% ma con relative agevolazioni fiscali (nel pubblico gli accantonamenti sono solo "virtuali" cioè non corrispondono a denaro reale ma soltanto ad un pegno dello Stato)
Meccanismo di calcolo della liquidazione	1/15 dell'80% delle voci fisse stipendiali degli ultimi 12 mesi per ogni anno di servizio	Ogni anno gli importi accantonati vengono rivalutati del'1,5% più il 75% dell'indice ISTAT dell'aumento dei prezzi
Trattamento fiscale della liquidazione	La base imponibile viene abbattuta del 26,04%. Si calcola la ritenuta IRPEF (mediamente del 20,42%) e da questa si sottraggono 309,87 € per ogni anno lavorato	La rivalutazione annua viene colpita da un imposta sostitutiva dell'11% annuo. La base imponibile è costituita dal totale degli accantonamenti a cui si aggiungono il totale delle quote versate nel fondo pensione. Tale base viene assoggettata al regime di tassazione separata con la relativa aliquota di riferimento che viene comunque rivalutata con quella degli ultimi 5 anni
Possibilità di chiedere una sola volta l'anticipo del 70% del maturato, per spese mediche, la casa, per congedi parentali o formativi	Non consentito	Nel Privato, con 8 anni di anzianità, ad almeno il 10% dei richiedenti e comunque non oltre il 4% del totale dei dipendenti
Possibilità di accedere ai fondi pensione integrativi	No	Si

lare sulla trasparenza e correttezza delle operazioni di investimento e prevenire le bancarotte. L'origine di questi Fondi viene dagli USA, dove però si sono già registrati numerosi casi di fallimento a seguito di speculazioni finanziarie. Nel maggio 2005 la UAL, la casa madre della United Airline, con la procedura fallimentare, ha tagliato del 50% i benefit dei suoi 130.000 dipendenti e pensionati. In gennaio, un'altra compagnia, la Us Airways, aveva deciso di abrogare i suoi piani pensionistici. La stessa fine era accaduta ai lavoratori statunitensi della scuola così pure a quelli della Enron.

> Le obbligazioni di Cirio e Parmalat, hanno gettato sul lastrico migliaia di risparmiatori...

Ma i crolli dei fondi pensione non avvengono solamente negli USA, anche quelli italiani hanno già i loro problemi! Quello dei dipendenti COMIT è stato chiuso e azzerato e chi era già in pensione non avrà più alcuna pensione integrativa (con un accordo sottoscritto tra Banca Intesa, proprietaria di Comit, e Cgil-Cisl-Uil). Quello dei dipendenti di DEUTSCHE BANK ha acquistato titoli speculativi delle Cayman Islands (noto paradiso fiscale), quote di "hedge funds" (fondi ad altissimo rischio) e quote di prodotti finanziari emessi dalla stessa Deutsche Bank o dalle sue controllate. In questi due fondi negli organismi di direzione siedono anche i rappresentanti di Cgil-Cisl-Uil e sono stati tecnicamente diretti dagli esperti di due tra le banche più importanti nella costruzione e collocazione di fondi e prodotti finanziari!.

> ...il rendimento del fondo Cometa (il più grande fondo chiuso) si è apprezzato del 5,25% a fronte del TFR, che si è rivalutato del 13,44%

Chi sostiene che i fondi pensione non investiranno su titoli rischiosi e si limiteranno ad acquistare obbligazioni, non dice che anche quelle di Cirio e Parmalat erano obbligazioni! Ma sono rischiose anche le obbligazioni emesse da stati, come quelle argentine e russe, che negli anni scorsi non sono mai state rimborsate. I fondi pensione costituiscono, particolarmente negli USA e in Gran Bretagna, il cuore pulsante dei mercati finanziari arrivando a movimentare capitali per diverse migliaia di miliardi di dollari.

> Il Fondo Pensione dei dipendenti COMIT è stato chiuso e azzerato e chi era già in pensione non avrà più alcuna pensione integrativa

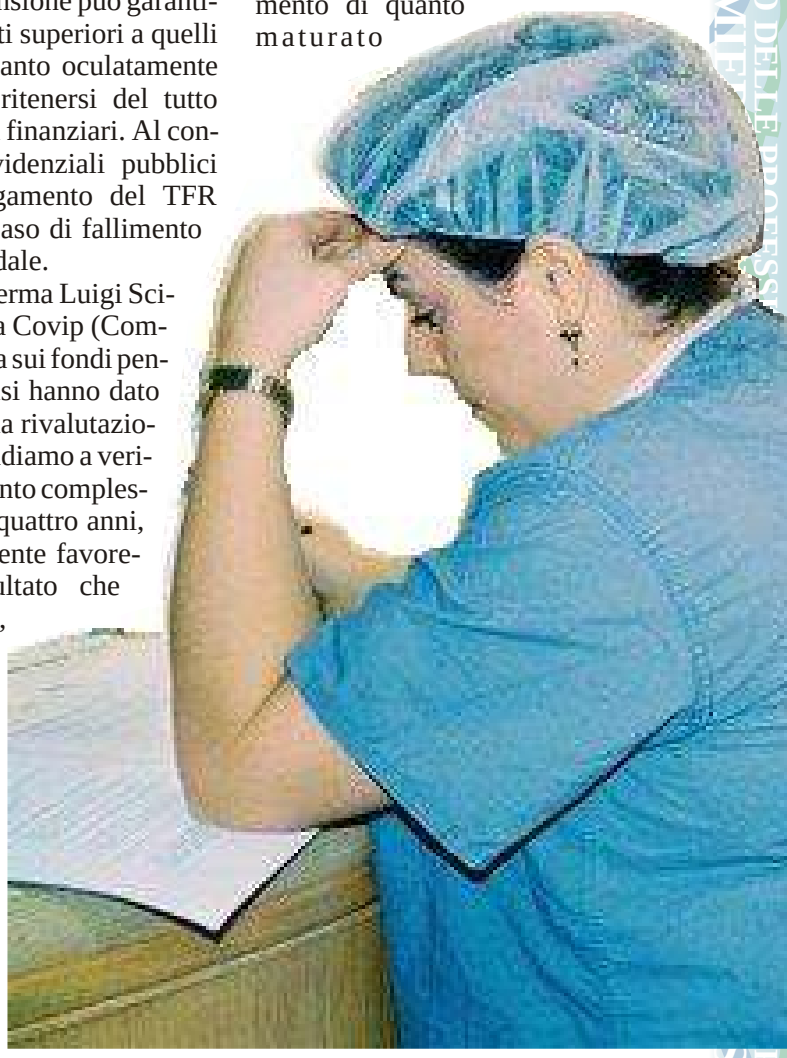
Nessun fondo pensione può garantire a priori rendimenti superiori a quelli del TFR, né per quanto oculatamente amministrato, può ritenersi del tutto fuori da crisi e crack finanziari. Al contrario gli enti previdenziali pubblici garantiscono il pagamento del TFR maturato anche in caso di fallimento e/o bancarotta aziendale.

Nel 2004 – lo afferma Luigi Scimia, presidente della Covip (Commissione di vigilanza sui fondi pensione) - i fondi chiusi hanno dato risultati superiori alla rivalutazione del TFR, ma se andiamo a verificare il loro andamento complessivo nei precedenti quattro anni, il risultato è nettamente favorevole al TFR, risultato che diventa clamoroso, se paragoniamo, nello stesso periodo preso in esame, il rendimento del fondo Cometa (il più grande fondo chiuso), che si è apprezzato del 5,25% contro il 13,44% del TFR.

La stessa dinamica generale su scala internazionale e sul lungo periodo (1921-1996) dell'andamento dei fondi rivela che nel 50% dei 39 paesi analizzati si è verificato un apprezzamento medio dei fondi dello 0,8%. In Italia è stato vicino allo zero, in altri 17 paesi il tasso è stato addirittura negativo (*dati tratti da una ricerca dell'Università della California e di Yale*).

> CGIL-CISL-UIL non si pongono minimamente il problema dell'antidemocraticità dell'attuale formulazione del silenzio/assenso

Finora ai fondi esistenti nel settore privato hanno aderito meno del 14% dei potenziali clienti. Perciò gli esperti si affannano a dare assicurazioni circa la maggiore sicurezza che i fondi pensione italiani offrono rispetto a quelli anglosassoni, ma poi sono costretti ad ammettere sconsolatamente che "C'è una notevole incertezza perché non è stato ancora definito un meccanismo in grado di replicare il TFR, che offre un rendimento garantito e il consolidamento di quanto maturato



ogni anno di contribuzione" (*così afferma Nadia Vavassori, responsabile Seconda Pensione di Credit Agricole Am sgr., in un'intervista ad Affari Finanza del 14/02/2005*).

La campagna contro il Tfr

Nei prossini mesi assisteremo ad una campagna pubblicitaria sfrenata per convincerci a mollare il TFR. Maroni ha messo a disposizione 20 milioni di euro a tal fine. A questa si aggiungerà il pressing di dirigenti e quadri sindacali trasformatisi in promoters finanziari che cercheranno di convincerci a firma-

re per i fondi. In più ci sarà la campagna pubblicitaria delle assicurazioni private. Nel 2003 il Governo ha applicato la nuova tassazione sul TFR escludendo arbitrariamente la no tax area e la clausola di salvaguardia. Le quote del TFR sono tassate mentre quelle investite nei fondi pensioni sono detassate e deducibili. La Riforma Previdenziale con il prossimo decreto attuativo (ancora in discussione mentre andiamo in stampa) sarà condotta in porto e avrà un quadro normativo di riferimento ben preciso.

La peculiarità del Pubblico Impiego

Nel Pubblico Impiego i fondi pensione sono ancora assenti, se si eccettua la recente costituzione nel settore scuola di Espero. Le liquidazioni dei lavoratori sono però calcolate in maniera diversa e con altri strumenti.

> Nella scuola sono stati debitamente formati un migliaio di funzionari e attivisti sindacali, trasformati in *promoters finanziari* in cerca di allocchi da prendere all'amo nelle assemblee organizzate ad hoc dai sindacati

La Legge 335/95, la L. 449/97, la L. 448/98, l'Accordo Quadro Nazionale tra Aran e CGIL-CISL-UIL del luglio '99, il DPCM del 20 dicembre '99 costituiscono alcune tra le principali fonti normative e pattizie che hanno istituito il TFR per i nuovi assunti e consentono la possibilità di trasformare il TFS in TFR solo se però contestualmente si aderisce ad un fondo pensione.

TFS

Nella sanità il TFS non è salario differito (come il TFR), bensì salario previdenziale istituito per legge, gode di un trattamento fiscale più favorevole (solo il 40% del TFS è tassato) rispetto al TFR. Per tutti i dipendenti a regime TFS conviene mantenere tale forma di liquidazione, perché, qualora oggi optino per il TFR, automaticamente si troverebbero in un fondo pensione (infatti non è possibile scegliere il TFR senza aderire ad un fondo pensione).

> Per tutti i dipendenti a regime TFS conviene mantenere tale forma di liquidazione, perché, qualora oggi optino per il TFR, automaticamente si troverebbero in un fondo pensione

Diverso è il caso dei neoassunti, che oggi già sono a regime TFR; essi a tuttora non sono vincolati ai fondi pensione, almeno finchè non scatterà il meccanismo del silenzio/assenso. Per i "neoassunti" (vedi tabella) che scelgono di aderire ai fondi pensione, automaticamente tutto il TFR maturando più l'1% dello stipendio, più l'1% versato dall'amministrazione di appartenenza confluiscono nel fondo di riferimento; in più l'amministrazione pubblica aggiunge un versamento/bonus dell'1% per un anno se l'adesione avviene entro il primo anno di operatività del fondo, o dello 0,5% sempre per un anno se l'adesione avviene entro il secondo anno di vita.

Per gli assunti a tempo indeterminato entro il 31/12/2000 che scelgono la previdenza complementare, la quota che confluisce nei fondi pensione è costituita da un versamento dell'1% dello stipendio, a cui si somma il versamento di eguale entità dell'amministrazione di appartenenza, a cui vanno aggiunti il 2% dello stipendio trattenuto dalla quota del TFR maturando e l'1,5% trattenuto dal TFS precedentemente maturato, infine c'è da addizionare l'1% o lo 0,5% elargito per un anno dall'amministrazione se l'adesione ai fondi avviene entro il primo o il secondo anno di vita della loro operatività. Le quote da prelevare sul TFR e versare ai fondi potrebbero variare in seguito a sopravvenuti accordi in sede contrattuale.

> Morena Piccinini, segretaria confederale della CGIL, è vicepresidente dell'Assofondipensione di cui è presidente Alberto Bombassei della Confindustria. In questa associazione, che riunisce 18 fondi pensione, troviamo CGIL/CISL/UIL, Confindustria, Confcommercio e Confservizi, con un patrimonio attuale di 4 miliardi di euro.

Ricordo per ultimo che nel 2003 CGIL/CISL/UIL si sono associati a Confindustria, Confcommercio e Confservizi costituendo l'**Assofondipensione** che riunisce 18 fondi pensione ed un patrimonio di 4 miliardi di euro. Il Presidente è Alberto Bombassei, della Confindustria, e vicepresidente Morena Piccinini, segretaria confederale della CGIL. Altri componenti, Pierpaolo Baretta (CISL), Adriano Musi (UIL). Scopo dell'associazione è sviluppare la previdenza complementare basata sui fondi chiusi e porsi come interlocutore istituzionale nei confronti del governo.

Vieni anche tu nella grande piazza virtuale

@gorà www.nursind.it

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

La lunga attesa del rinnovo contrattuale

Inf. Maurizio Picchioni - Coordinamento regionale Nursind FVG

Durante l'inverno scorso l'attenzione dei media si è lungamente concentrata sul rinnovo del CCNL per il pubblico impiego: come sicuramente ricorderete ci fu un lungo braccio di ferro tra la parte pubblica e i sindacati sulla cifra media d'aumento salariale, e per garantire ai dipendenti qualche euro in più, i sindacati ritennero necessario ricorrere allo sciopero generale del personale della pubblica amministrazione come strumento di pressione sul governo.

In effetti, anche il personale della sanità pubblica fa parte del pubblico impiego, ma la trattativa in questione non ci riguardava direttamente poiché abbiamo un contratto di comparto dedicato.

L'unica indicazione che possiamo trarre è che, con il nostro futuro rinnovo, otterremo probabilmente una cifra d'aumento non molto diversa da quella ottenuta degli altri dipendenti dello stato.

Non aspettatevi, quindi, a breve aumenti salariali: al momento è vigente il CCNL per il comparto sanità per il quadriennio 2002/2005 (già scaduto) e la trattativa per il rinnovo stenta ad avviarsi.

La cifra d'aumento ha un valore puramente indicativo perché, oltre ad essere un importo medio per tutte le figure professionali, è suddivisa in due quote: una destinata agli aumenti cosiddetti "tabellari" e quindi facente parte delle voci fisse e ricorrenti della busta paga e un'altra destinata alla contrattazione decentrata.

Fin dall'inizio degli anni '90, oltre alla privatizzazione del rapporto di lavoro del pubblico impiego furono individuati due livelli di contrattazione (cui si sta aggiungendo un terzo regionale): uno nazionale dove si contratta la parte normativa ed economica fissa ed uno periferico, nella propria azienda, dove si decide in accordo con l'amministrazione, l'utilizzo di specifiche risorse economiche.

A Roma, presso l'ARAN, si discute e si accorda sull'impianto complessivo e nella vostra azienda si completa la trattativa destinando dei fondi contrattuali specifici per la retribuzione della produttività (gli incentivi) e di altri istituti contrattuali (posizioni organizzative, indennità di coordinamento, progressioni orizzontali e verticali) e di indennità definite accessorie (indennità di turno, di pronta disponibilità, di servizio notturno, straordinari ecc.ecc.).

Nel corso degli anni, il parlamento, ha delegato sempre maggiori poteri alle strutture periferiche di governo e, se e quando verrà portato a termine il progetto federalista, ogni singola regione avrà un proprio contratto collettivo.

Nella vostra realtà dovete sempre guardare con grande attenzione a come vengono utilizzate le risorse economiche destinate alla contrattazione decentrata: vengono utilizzati i soldi dei lavoratori !

Il denaro è da sempre una risorsa scarsa e dovete chiedere conto ai vostri rappresentanti sindacali di come si sono accordati con l'azienda, visto che è indispensabile la firma della RSU e delle organizzazioni sindacali per spenderli.

Ultimamente sono molto in voga accordi con cui si utilizzano fondi contrattuali per pagare le "prestazioni aggiuntive": non si usa la Legge 1/2002 (detta Sirchia) che prevede l'utilizzo di soldi provenienti dal bilancio dell'azienda ma si creano ad arte dei progetti finalizzati al miglioramento del servizio, utilizzando ad arte uno specifico articolo del CCNL.

Si crea così un circolo vizioso che vede spesi i soldi già nelle vostre tasche (e per pagare il lavoro che già avete fatto) a fronte di ulteriori prestazioni lavorative oltre a quelle che dovete per contratto .

Così facendo tutti i lavoratori ne escono penalizzati: nel migliore dei casi a qualcuno escono degli euro dalla tasca destra per rientrare nella tasca sinistra ma l'unico a guadagnarci è il bilancio aziendale che non è intaccato da altre voci di spesa, a fronte di una complessiva diminuzione della quota di incentivi da ripartire tra i dipendenti.

Noi non condividiamo questo sistema, e non vogliamo concedere ulteriori vantaggi e favori alle aziende che, per contro, non hanno alcun timore né a proporre accordi di questo tipo né a spremere gli infermieri.

Nel rispetto delle regole abbiamo manifestato il nostro dissenso all'interno delle RSU e provveduto ad un'opera di informazione capillare all'interno delle aziende.

12 maggio 2004 - Manifestazione Nursind a Roma

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Dialisi: fondi CAL...ibrati per i medici

Inf. Vincenzo Raucci - Segreteria Provinciale Nursind Monza

La Regione Lombardia, nel 2004 ha deliberato di stanziare dei fondi per finanziare varie prestazioni non coperte da tariffe predefinite.

Il provvedimento è il DGR 23 aprile 2004 n. 7/17250.

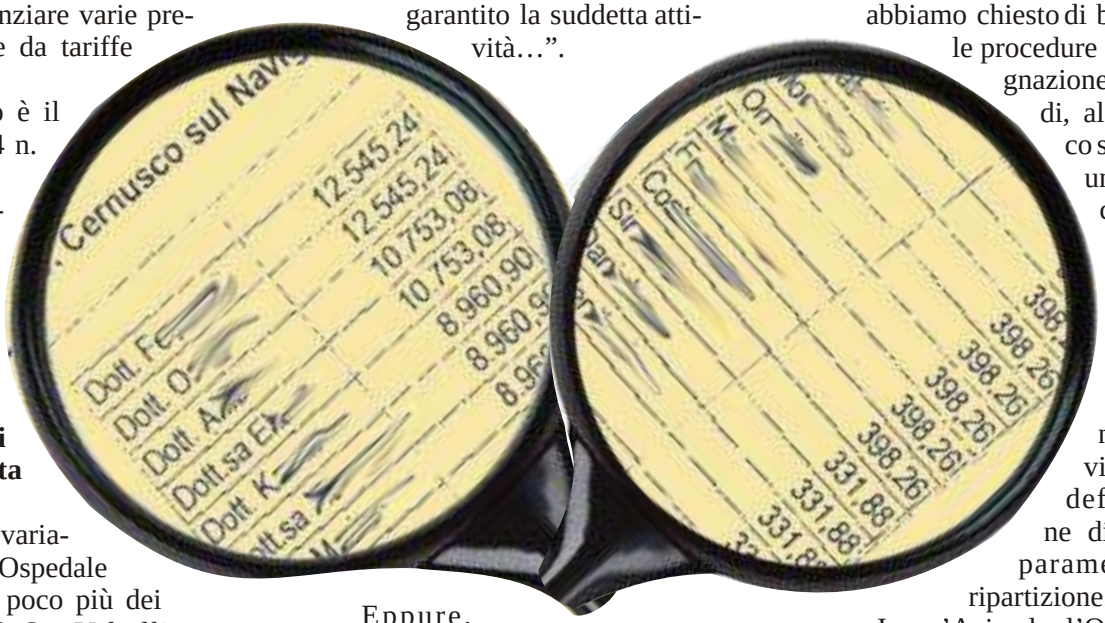
In questo interessante documento, tra le altre cose, si legge di un fondo (variabile da Azienda ad Azienda) da destinare ai CAL, ovvero ai **Centri di Assistenza Limitata** ai dializzati.

Si va da cifre che variano dai 60.000 € (Ospedale Sacco di Milano) a poco più dei 260.000 € dell'A.O. Valtellina-Valchiavenna. In alcune Aziende questi soldi sono già stati ripartiti, visto il ritardo (si riferivano all'anno 2003).

Fin qui tutto bene… ordinaria "Amministrazione", direte voi!

Certo, ma tranne un particolare: i soldi in questione se li sono spartiti i medici (col beneplacito delle Amministrazioni) lasciando le briciole agli infermieri!

Tuttavia il testo parla chiaro: si tratta di assegnazione "…per la funzione di potenziamento dei centri di dialisi ad assistenza limitata, che deve essere considerata a destinazione vincolata prioritariamente al personale sanitario che ha garantito la suddetta attività…".



Eppure, in virtù di tale enunciato, si desume che le somme devono essere equamente ripartite tra tutti i membri dell'equipe sanitaria, ovvero (in base a elementari principi di equità) in misura proporzionale all'impegno profuso e alle responsabilità assunte.

Oggi le tabelle "medicocentriche" destinano circa il 90% pro-capite ai medici e circa il 10% al personale infermieristico, euro più, euro meno.

Un medico percepisce circa trentacinque volte più di un infermiere!

A noi questa cosa non va proprio giù (e ancor meno ai colleghi e alle colleghe della Dialisi) e in molte Aziende abbiamo chiesto di bloccare le procedure di assegnazione dei fondi, al fine di costituire un tavolo con medici e amministrativi per la definizione di nuovi parametri di ripartizione.

In un'Azienda, l'Ospedale San Gerardo di Monza, dove l'Amministrazione ha provato a fare le orecchie da mercante i responsabili sono già stati raggiunti da una lettera di un nostro legale.

Ora si attendono gli ulteriori sviluppi.

Preghiamo, quindi, tutti i colleghi dei CAL delle Aziende Ospedaliere della Lombardia di contattarci al fine di dotarsi degli strumenti necessari a rivendicare un loro sacrosanto diritto.

IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che:

compete a questa Azienda Ospedaliera di provvedere alla attività di emo-dialisi presso i Centri Dialisi di

Viste le comunicazioni indirizzate dai Dirigenti Responsabili dei Servizi di Nefrologia e Dialisi interessati con le quali, oltre a determinare la percentuale su cui calcolare la quota globale per il personale della Dirigenza Medica e per il personale dei livelli assegnati ai rispettivi Servizi, hanno anche indicato i pesi da assegnare ad ogni nominativo in base alla funzione nella seguente configurazione:

P.O. Cernusco S/N: Servizio di Nefrologia e Dialisi

Personale Medico: 90% della quota spettante all'U.O. Personale Infermieristico: 10% della quota spettante all'U.O.

il punto 3 del dispositivo di detta D.G.R. in cui si stabilisce che l'importo del finanziamento per funzioni non tariffabili che concerne le prestazioni dialitiche rese presso i C.A.L. deve essere considerato a destinazione vincolata per il personale sanitario che è stato preposto all'assistenza in argomento;

Banca delle Ore e maggiorazione delle ore straordinarie: come sfruttare al meglio l'art. 40

Gli esempi di Lecco e Vicenza

Inf. Donato Carrara - Direzione Nazionale Nursind

Il decennio di emergenza infermieristica che stiamo vivendo, peraltro destinato a protrarsi per chissà quanti anni ancora, ha costretto da una parte le Aziende Ospedaliere e dall'altra i sindacati firmatari di CCNL a prendere provvedimenti di lunga durata atti a tamponare la cronica mancanza di personale. Se da una parte si assiste al tentativo di limitare il numero delle ore starordinarie prodotte per U.O. al fine di contenere il fondo contrattuale per liberare risorse verso altri istituti (passaggi di fascia, indennità) dall'altra si tende ad incentivare i salti di riposo ed i rientri.

Siamo di fronte ad una deregulation pressochè totale, nella quale occorre conoscere bene i limiti contrattuali e saperli anche trasformare in opportunità di miglioramento delle condizioni retributive.

L'art. 40 introduce l'opzione della Banca delle Ore. Ciò significa che vi deve essere un'adesione esplicita del lavoratore. In cambio, gli vengono offerte alcune condizioni "di vantaggio" rispetto al regime contrattuale normale che regolamenta lo straordinario, il suo pagamento o l'eventuale recupero posticipato.

La prima agevolazione riguarda proprio i tempi del recupero di dette ore che; nel caso di adesione, vengono spostati all'anno successivo a quello di maturazione. Attualmente la normativa ne prevede il recupero entro il mese successivo ma lascia poi un buco nero per quanto riguarda la gestione di queste ore, trascorso il mese nel quale ne è consentito il recupero. Di fatto finiscono in un calderone individuale, lasciato lì in sospeso in attesa di un accordo aziendale sul pagamento o sul recupero. In alcuni casi sembra che addirittura queste ore siano state semplicemente annullate. Nel migliore dei casi vengono pagate con anni di ritardo e maggiorate per lo più al 15% cioè meno di quelle ordinarie.

Sembrerà strano ma è proprio così in quanto, dalla base di calcolo della retribuzione mensile, non viene conteggiata l'indennità di qualificazione professionale, l'ind. prof. specifica, la retribuzione individuale di anzianità ed altre voci fisse mensili per un totale di circa 2 € l'ora. Ecco spiegato perché, specie nelle fasce più basse, pur in presenza della maggiorazione del 15%, non si avverte l'effettiva maggiorazione.

In effetti non v'è infermiere contento del pagamento delle ore straordinarie appunto perché oltre che essere pagate molto in ritardo, non sono per nulla incentivanti dal punto di vista remunerativo.

Questo perché, data la caotica tipologia dei turni di servizio, è difficile per le aziende stabilire quando scattano le ore straordinarie durante il mese. Se si considera che la maggior parte dei rientri e salti riposo spesso coincide con i giorni festivi, se ne deduce che l'azienda ci guadagna in quanto anziché pagarle al 30 o 50 % se la cava con il 15%. Inoltre, nel caso di recupero delle ore di straordinario accantonate, le maggiorazioni vanno perse.

Per esempio, se salto il riposo la domenica e vado a far notte e poi suc-

L'accordo di Vicenza: pagamento delle maggiorazioni dello straordinario	
In cosa consiste	L'azienda effettua lo scorporo delle maggiorazioni dal pagamento delle ore straordinarie. Le maggiorazioni vengono pagate anche a chi poi deciderà di recuperare le ore.
Periodo di riferimento	Il debito orario è conteggiato su un periodo di 4 mesi.
Pagamento	Ogni 4 mesi
Modalità di pagamento	Il 5% delle ore al 50% Il 38% delle ore al 30% Il 57% delle ore al 15%
Aventi diritto	Tutti i turnisti per estensione contrattuale
Istituti esclusi	Ore liquidate per chiamata; pronta disponibilità; attività di supporto; acquisto prestazioni; attività formativa o aggiornamento professionale.

cessivamente chiedo di recuperare quelle ore fatte in più, la maggiorazione per straordinario notturno-festivo non mi sarà più riconosciuta anche se il recupero non viene effettuato di domenica.

Il comma 3 da la possibilità a chi aderisce alla Banca delle Ore di ricevere, già nel mese successivo, oltre al pagamento delle ore, anche le maggiorazioni economiche previste. Queste ultime possono essere pagate a parte, lasciando accantonate solo le ore da recuperare, dunque "pulite" dalla maggiorazione.

L'accordo di Lecco: istituzione della Banca delle Ore		
Aventi diritto	Adesione volontaria entro febbraio dell'anno in corso, reversibile ogni anno.	
Trattamento	Aderenti	Non aderenti
Periodo di eventuale recupero delle ore	Entro il 31 dicembre dell'anno successivo, altrimenti vengono liquidate.	Entro il 31 dicembre dell'anno in corso.
Pagamento della sola maggiorazione	Il secondo mese successivo alla prestazione	-
Pagamento delle ore straordinarie	Ogni 4 mesi se richiesto.	Su richiesta il mese successivo altrimenti secondo accordi sindacali periodici.
Maggiorazioni	Sono pagate in dettaglio a seconda di come sono state maturate.	Tutte al 15% se non sono state recuperate, altrimenti si perdono.

E' qui che gioca la capacità dei rappresentanti sindacali aziendali di trovare un accordo "più favorevole" e che soddisfi veramente gli infermieri.

In entrambe i due casi che portiamo ad esempio, gli infermieri sono ben rappresentati in azienda. A Vicenza Nursind è il primo sindacato aziendale ed a Lecco gode del 22,6% ottenuto alle ultime elezioni delle RSU. Grazie alla forza contrattuale così ottenuta ed al paziente lavoro dei colleghi infermieri impegnati nel difficile lavoro sindacale in RSU, è stato possibile raggiungere un accordo favorevole sfruttando una situazione di disagio comunque vissuta.

Consistenza oraria delle maggiorazioni				
Entità	100%	15%	30%	50%
d0	10,43	1,56	3,13	5,22
d1	10,83	1,62	3,25	5,42
d2	11,2	1,68	3,36	5,6
d3	11,56	1,73	3,47	5,78
d4	11,92	1,79	3,58	5,96
d5	12,3	1,84	3,69	6,15
d6	12,76	1,91	3,83	6,38

I due accordi sono leggermente differenti, anche se entrambi marciano verso la stessa direzione.

L'accordo di Lecco è specifico dell'applicazione dell'art. 40. In quell'azienda la programmazione dei turni genera uno straordinario settimanale di 4 ore (5x8=40 ore). Questo sistema, pur violando la norma contrattuale in quanto non è consentito programmare lo straordinario, permette però di calcolare quando e come si producono le ore straordinarie. Con la timbratura elettronica, è semplice calcolare le maggiorazioni contrattuali che vengono quindi liquidate in modo reale e automaticamente nello stipendio due mesi dopo.

A Vicenza invece, l'accordo riguardava nello specifico solo le modalità di pagamento delle maggiorazioni al personale turnista. In questo caso, la programmazione dei turni non consentiva la rendicontazione automatica delle maggiorazioni delle ore straordinarie. Per ovviare al problema, hanno calcolato statisticamente in che percentuale durante l'anno si verificano le maggiorazioni contrattuali e ne è risultato che il 5% viene maturato con la maggiorazione del 50% (notturna festiva), il 38% con la maggiorazione del 30% (notturna o festiva), il 57% con la maggiorazione del15%.

L'accordo di Vicenza, basandosi su un calcolo statistico, tende a penalizzare le maggiorazioni, tenuto conto che spesso i salti riposo coincidono con le festività, se l'azienda fosse in grado di calcolare esattamente le ore straordinarie in questi casi, l'entità della maggiorazione sarebbe di gran lunga superiore. A titolo d'esempio, se maturassimo 8 ore notturne/festive di straordinario, corrisponderebbero per un D3 a 46,24 € se maggiorate tutte del 50% contro i 20,75 € del calcolo statistico. Per le specifiche sugli accordi vedi i riquadri nella pagina.

L'aspetto positivo riguarda perciò la non perdita della maggiorazione nel caso il dipendente decida di recuperare le ore. La maggiorazione viene cioè pagata subito a parte e scorporata dalle ore stesse. In conclusione, c'è l'opportunità di trarre vantaggi dall'art. 40 a condizione che in azienda gli infermieri siano ben rappresentati e gli infermieri sindacalisti ben determinati e con le idee chiare.

Gli accordi citati sono del 2003-04 quindi anche pionieristici. Possono sicuramente essere migliorati.

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

Aggiornamento Professionale: Infermieri e Formazione

Prosegue a pieno ritmo l'attività formativa di In.Form.

Nel primo semestre del 2005 i Comitati direttivo e scientifico di In.Form si sono impegnati a porre le basi per una programmazione più rispondente alle esigenze degli infermieri. Sulla scorta dei risultati emersi dal questionario sul fabbisogno formativo inviato a tutte le segreterie NurSind nel 2004 si è convenuto, nel segno della continuità rispetto agli anni precedenti, di definire una serie di nuovi eventi di natura "trasversale", che coinvolgano cioè il maggior numero di infermieri e al contempo rientrino pienamente negli obiettivi formativi per il 2005 stabiliti dal Ministero della Salute. Ecco quindi la nascita di eventi che hanno come temi l'umanizzazione delle cure, la ricerca bibliografica, il risk management e i vari aspetti psicologici della professione. Accanto a queste materie di valenza più generale, è emersa però l'esigenza, specie in alcune realtà locali, di approfondire argomenti che entrino nelle aree specifiche della professione infermieristica. In questi mesi alcune segreterie hanno programmato corsi e convegni trattanti argomenti specifici che riguardano l'area critica, psichiatrica, chirurgica e dell'assistenza domiciliare. Questa tipologia di eventi si è per quest'anno limitata a realtà provinciali o regionali, utilizzando spesso docenti locali, ma l'obiettivo per il prossimo anno è di strutturare eventi itineranti di questa natura che possano percorrere l'Italia.

Un dato incoraggiante è che l'indicazione più volte suggerita di creare corsi a basso numero di partecipanti (con conseguente numero di crediti formativi più elevato) sembra aver fatto presa, specie nelle segreterie numericamente più consistenti. E' importante sottolineare come il passare da eventi "informativi" con più di 200 partecipanti a corsi "formativi" da 20-30 partecipanti sia necessario se si vuole realmente incidere nella crescita professionale della categoria. In un periodo nel quale le Aziende sono tenute a erogare direttamente la formazione ai propri dipendenti, il rischio è quello di banalizzare l'aggiornamento sfornando eventi che abbiano la sola caratteristica di essere economicamente convenienti; è quindi chiaro che il nostro impegno deve essere quello di progettare e realizzare eventi qualitativamente sempre migliori.

In quest'ottica si inserisce il progetto di creare corsi per formatori tra i nostri iscritti.

Dal prossimo anno saranno, infatti, attivati corsi per infermieri che vogliano svolgere attività di docenza in eventi formativi. Siamo convinti da sempre che gli infermieri siano i migliori insegnanti per i colleghi e ci aspettiamo che tutte le segreterie prendano in seria considerazione l'opportunità di inviare colleghi volenterosi e interessati a vivere questa esperienza.

	Dati definitivi anno 2004		
	NurSind	In.Form	Totale
Numero totale eventi formativi	31	5	36
Numero totale edizioni effettuate	148	11	159
Ore di formazione effettuate	1256	59	1315
Numero totale partecipanti	18060	1231	19291
Figure professionali coinvolte	Infermieri Infermieri pediatrici Ostetriche	Infermieri Infermieri pediatrici	
Dati provvisori I semestre anno 2005			
Numero totale eventi formativi	10	12	22
Numero totale edizioni programmate	59	44	103
Ore di formazione programmate	480	263	743

In conclusione vogliamo fornire, attraverso le tabelle allegate, alcuni dati riguardanti l'attività dello scorso anno e dei primi mesi del 2005, dati che evidenziano i grandi risultati ottenuti grazie al lavoro degli infermieri delle varie segreterie e che pongono NurSind e In.Form. tra i provider più attivi e meglio organizzati in Italia. Grazie a tutti!

Il Comitato direttivo In.Form.
Inf. Fabio Belli, Pisa
Inf. Marco Cara, Carbonia
Inf. Riccardo Lazzerini, Pisa
Inf. Salvo Lo Presti, Alessandria
Inf. Stefano Zanini, Bergamo

ECM: Per conoscere ed essere aggiornato su tutti i convegni organizzati dal NurSind e da In.Form collegati su www.nursind.it clicca su Agor@ e scegli il forum dedicato ai convegni.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Eventi formativi NurSind

Titolo	N. massimo partecipanti	Crediti	Durata
ORDINI, DISPOSIZIONI DI SERVIZIO, PRONTA DISPONIBILITÀ: LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA TRA DIRITTI E DOVERI	350	4	7 ore
MORTE E SPERANZA: GESTI E PAROLE DEGLI INFERMIERI (infermieri e inf. pediatrici)	70	8	9 ore
I RISCHI PROFESSIONALI IN AMBITO OSPEDALIERO	350	6	8 ore
L'INFERMIERE: SPAZI E LIMITI; REAZIONI E DECISIONI NEL MOMENTO CRITICO	350	4	7 ore
COMUNICAZIONE, ORGANIZZAZIONE E CONTRATTAZIONE DEL LAVORO IN SANITA'	30	33	32 ore
LA COMUNICAZIONE EFFICACE (infermieri)	20	15	15 ore
LA COMUNICAZIONE EFFICACE (ostetriche)	20	13	15 ore
LA RABBIA: GESTIONE EMOTIVA E CANALIZZAZIONE DELLE RISORSE PERSONALI	20	10	9 ore
MANAGEMENT INFERMIERISTICO, ELEMENTI DI GESTIONE DEL PERSONALE	350	5	7 ore
RETRIBUZIONI E BUSTA PAGA PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO	350	2	4 ore
MANAGEMENT INFERMIERISTICO, ELEMENTI DI COMUNICAZIONE IN AMBITO PROFESSIONALE	100	4	7 ore
L'IMPORTANZA DEL POTERE FUNZIONALE DEGLI INFERMIERI E RESPONSABILITA' CONNESSE	300	5	8 ore
LA RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE NELL'EMERGENZA E IN AREA CRITICA	700	5	7 ore

Eventi formativi In.Form.

Evento	N. massimo partecipanti	Crediti	Durata
ETICA E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALI: IL CODICE DEONTOLOGICO INFERMIERISTICO (infermieri e inf. pediatrici)	350	5	7 ore
CORSO INTENSIVO DI CATETERISMO VESCICALE MASCHILE	50	7	9 ore
LA SALUTE NON HA PREZZO: NURSING MALPRACTICE, CLINICAL RISK MANAGEMENT ED ETICA DELL'ERRORE (infermieri e inf. pediatrici)	150	5	7 ore
LA VALUTAZIONE DELLE RISORSE UMANE NELLE AZIENDE SANITARIE: MODELLI, STRUMENTI, PROCESSI PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO	350	5	7 ore
DIRITTO PENALE E PROFESSIONE INFERMIERISTICA: REATI ITPICI E PROFILI DI RESPONSABILITA'	350	5	8 ore
LA RICERCA BIBLIOGRAFICA IN INFERMIERISTICA: METODI E STRUMENTI	20	8	8 ore
FRONTEGGIARE E RISOLVERE L'ANSIA: MIGLIORARE L'EQUILIBRIO PERSONALE E LAVORATIVO	20	9	9 ore
L'INFERMIERE DAVANTI ALLA MORTE: IL RIFIUTO E LA SPERANZA	70	7	9 ore
COMPETENZE RELAZIONALI E COMUNICAZIONE INTERNA	20	9	9 ore
L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE ATTRAVERSO UNA COMUNICAZIONE CORRETTA ED EFFICACE	350	4	8 ore
UMANIZZAZIONE DELLE CURE: COME PREVENIRE IL DOLORE E LA SOFFERENZA INUTILE	350	5	8 ore
COMUNICAZIONE PAZIENTE INFERMIERE: L'ARTE DI SAPER ASCOLTARE	350	4	8 ore
TU COME LEADER. INSEGNAMENTI ETICI PER LA GESTIONE AZIENDALE	70	6	8 ore
IL COUNSELING IN AMBITO INFERMIERISTICO	350	4	8 ore
L'ACCANIMENTO TERAPEUTICO, IL DIRITTO E IL RIFIUTO ALLE CURE E L'EUTANASIA: ASPETTI GIURIDICI, DEONTOLOGICI	350	In attesa	7 ore
TRIAGE PSICHIATRICO TERRITORIALE (TPT) E GESTIONE INFERMIERISTICA DELLE URGENZE IN PSICHIATRIA	70	In attesa	9 ore

Argentina: una lotta esemplare nel più grande ospedale pediatrico

Pubblichiamo stralci di articoli di stampa locale di Buenos Aires che descrivono questa protesta che dura ormai da aprile. La decisione di scioperare è stata presa autonomamente dai delegati interni che hanno costituito un comitato di sciopero. La forma di protesta decisa è dura, con scioperi continuati per tre giorni. All'inizio anche i sindacati medici vi hanno aderito. Ora, soddisfatta la loro richiesta salariale, a discapito delle altre professioni, infermieri innanzi tutto, si ritirano. E' frattura anche con i dirigenti sindacali nazionali dell'ATE che chiedono di accettare i miseri aumenti offerti dal governo. E' il momento per far nascere anche in quel paese il Sindacato Infermieristico. Seguiremo l'evolversi della situazione nei prossimi numeri.

Traduzione: Inf. Josè Duran - Segreteria Provinciale Nursind Roma

Nel più grosso ospedale pediatrico di Buenos Aires si sta svolgendo una dura lotta da aprile, che ha già maturato numerosi scioperi di tre giorni ogni volta. La richiesta è soprattutto salariale e chiede di portare gli stipendi mensili a 494 euro. Ad organizzarla, un comitato spontaneo di sciopero che ha visto l'adesione di tutte le professionalità, medici compresi. Da parte del governo, all'inizio c'è stato un rifiuto totale alle richieste. In seguito all'incalzare della protesta e alla determinazione degli scioperanti, è cominciata la trattativa che al momento prevede una rivalutazione dello stipendio medio a 550 euro. Eppure la lotta non

demorde perchè a questo punto, il governo sta tentando di dividere il fronte di lotta: la maggior parte dei fondi destinati infatti andrà ai medici (823,38 €) mentre alle altre figure professionali soltanto 32,93€ . Da notare che lo sciopero è sostenuto soprattutto da questi ultimi (infermieri, tecnici e personale della manutenzione).

Il governo ha anche tentato la carta della messa fuorilegge degli scioperanti denunciandoli per non aver garantito i servizi minimi essenziali; accusa respinta dal comitato di sciopero che assicura di rispettare tutte le prestazioni d'urgenza.

Dopo le promesse del governo, gli scioperanti riuniti in assemblea, hanno deciso di rifiutarle e di continuare la protesta con altri 3 giorni di sciopero. A questo punto entra in gioco la mediazione dei dirigenti sindacali nazionali dell'ATE (sindacato dei lavoratori dello stato) nel tentativo di isolare la lotta e far ingoiare il rospo agli scioperanti chiedendo loro di abbandonare la protesta e di riprendere il lavoro.

Dopo il rifiuto dell'idea, i delegati hanno ratificato che lo sciopero continuerà fino a giovedì. Le autorità del dell'ospedale, per conto del presidente del Consiglio di gestione, Alberto Goldberg,intimano al personale di riprendere il servizio entro 24 ore. In caso contrario saranno licenziati e non saranno retribuiti coloro che pur presenti in servizio non lo compiano. La posizione più determinata alla lotta è da parte di uno dei quattro sindacati presenti nell'ospedale, quello che raggruppa infermieri, tecnici del laboratorio e della radiologia, personale della sterilizzazione e della manutenzione affiliati con l'ATE . I medici, affiliati con UPCN e Sutecba (altri due dei quattro sindacati presenti in ospedale) hanno firmato un contratto la settimana scorsa.

Quell'accordo firmato con tre dei quattro Sindacati non è bastato perché la direzione del Garrahan potesse dare come superato il conflitto e garantire il funzionamento normale dell'ospedale, perché gli infermieri e strumentisti sono la chiave per la prestazione dei servizi. Ma i lavoratori non sono in una situazione facile. Nella ambito sindacale c'è un dibattito aperto sull'isolamento della protesta. Dall'inizio, praticamente tutti i mezzi di comunicazione hanno mostrato il conflitto come un fatto che mette in pericolo la salute dei bimbi ricoverati. Il prolungamento degli scioperi ha rafforzato quell'immagine, che separa gli scioperanti dalla società. Ora il problema è che cosa si può fare per rompere questo isolamento.

La richiesta di rimandare lo sciopero è stata fatta dal dirigente dell'ATE Pablo Michelli, in una riunione con i delegati Gustavo Lerer, Verónica Basso e Claudio Braga. "Il governo non va a negoziare con uno sciopero in atto; ciò ci lascia in un'impasse. Desideriamo una paga di 1800 pesi, che è bene, ma

dovremmo pensare che quella paga non si ottiene in due giorni", ha dichiarato Michelli alla radio. I delegati, d'altra parte, hanno dichiarato che l'ATE " deve portare avanti le rivendicazioni dei suoi affiliati". Qualche ora dopo , le autorità intimavano al personale di sospendere lo sciopero. Le sanzioni, ha detto il direttore, cominceranno da oggi e saranno sostenute del parere del Ministero dei lavori Pubblici sulla garanzia dei servizi minimi essenziali.

Francia: Volontari di S.O. anziché Infermieri

Dei "Volontari" autorizzati ad assistere i chirurghi in sala operatoria.

Per i medici, si tratta di una "antichissima tradizione", alla quale è' stata data oggi una "garanzia di qualità"; per gli infermieri, sono delle "misure scandalose prese a disprezzo della sicurezza dei pazienti". La pubblicazione, il 10 agosto, di un decreto e di una ordinanza che permette a dei soggetti "volontari" di esercitare, nelle sale operatorie delle cliniche, le funzioni di collaboratore operatorio e di aiutante strumentista a fianco dei chirurghi ha suscitato, lunedì 22 agosto, una viva polemica nel mondo sanitario.

Denunciati dall'Associazione degli insegnanti e delle scuole per infermieri di blocco operatorio (AEEIBO) e dall'Unione nazionale delle associazioni infermieri di sala operatoria diplomati di Stato(Unaibode), questi testi regolarizzano la situazione delle mogli dei chirurghi che assistono, al di fuori di ogni regola legale, i loro mariti.

Negli ambienti medici, questo non è un segreto per nessuno: alcuni chirurghi che esercitano nel privato si circondano, in sala operatoria, delle loro segretarie o delle loro mogli, senza che queste collaboratrici abbiano ricevuto una formazione per l'esercizio di atti terapeutici.

Professione "beffata".

Secondo il sindacato dei medici liberi professionisti (SML), queste persone, che talvolta sono indotte ad intervenire direttamente sui corpi dei pazienti, così come informa un manifesto, per esempio "hanno acquisito, a causa dei loro lunghi anni di pratica, delle conoscenze reali ed un'abilità indiscutibile" "Come nelle altre professioni artigianali o commerciali, le mogli prestano assistenza ai propri mariti, spiega il dottor Dinorino Cabrera, presidente dell'SML. Immaginare che esse sono incompetenti è ridicolo: esse si formano sulle tante esperienze e vengono poste sotto la diretta responsabilità dei professionisti"

Questa situazione, che non si riscontra negli ospedali pubblici, dove tutte le persone che esercitano in sala operatoria possiedono un diploma di infermiere, è durata senza controllo sino alla fine degli anni '90.

Volendo far riconoscere le loro collaboratrici, in particolare per non far incorrere loro nell'accusa di esercizio illegale della professione di infermiere, i medici hanno ottenuto l'adozione da parte del Parlamento, nel 1999, di un emendamento che ufficializza la situazione delle persone "salariate" dal proprio studio.

La legge prevedeva un controllo delle conoscenze: 2600 persone si sono sottoposte, nel 2003, ad un esame nazionale denunciato dai sindacati degli infermieri. "L'esame è stato limitato ad un questionario chiuso molto succinto e il tasso di riuscita ha sfiorato il 99%, afferma Martina Reiss, presidente dell'AEEIBO. D'altronde, la legge prevedeva la messa in atto di un formazione professionale obbligatoria per queste persone, che non ha mai visto la luce".

Resta il caso delle mogli, "volontarie": è per riparare questa " ingiustizia", secondo l'SML, che un emendamento è stato aggiunto alla legge di finanziamento della Sicurezza sociale del 20 dicembre 2004. Un nuovo controllo delle conoscenze dovrà riguardare, secondo il ministero della salute, da 300 a 400 persone.

La situazione è "scandalosa" per gli infermieri con diploma di Stato, i quali stimano che la loro professione, la quale già riscontra difficoltà di reclutamento, "è nuovamente beffata" "Questa decisione è totalmente contraddittoria con il rinforzamento della qualità delle cure e la lotta contro le infezioni nosocomiali, spiega la Reiss. A titolo d'esempio, gli infermieri delle sale operatorie ricevono 120 Euro per ogni corso d'igiene, queste persone niente".

Ritenendo che questi testi sono contrari alle direttive comunitarie sulla formazione di base per gli infermieri, l'AEEIBO e l'Unaboide depositeranno, martedì 23 agosto, un ricorso di nullità presso il Consiglio di Stato, così anche, nei prossimi giorni, un ricorso per eccesso di potere.

Cécile Prieur (traduzione di Pietro Sammartino)

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND

Svizzera: chiusura ai frontalieri?

L'OCST (organizzazione cristiano sociale ticinese) alza la voce in difesa dei giovani infermieri svizzeri: non trovano più lavoro una volta diplomati. Nel 2004 sono 2.253 gli allievi che hanno frequentato le formazioni offerte dalle scuole sociosanitarie cantonali. Sono in numero sempre maggiore anno per anno. Costituiscono una risorsa preziosa per le strutture sanitarie cantonali. Negli ultimi anni sono cresciute le preoccupazioni degli infermieri che si accingono a diplomarsi e il timore di non trovare un posto di lavoro si fa largo. Secondo l'OCST, le prospettive occupazionali devono essere al più presto verificate per non rendere vani l'impegno formativo intrapreso dagli allievi infermieri e gli investimenti dell'ente pubblico messi in atto in questo importante settore. Gli infermieri neodiplomati a fine settembre 2005 saranno 80. Si tratta di non disattendere le aspettative degli allievi, ma anche di offrire un'opportunità lavorativa per consolidare le conoscenze acquisite in una professione dall'indubbio fascino e utilità sociale. L'OCST chiede che gli istituti di cura si impegnino ad assumere i diplomati della Scuola superiore in cure infermieristiche dando priorità agli svizzeri".

Una prospettiva che potrebbe, sul medio termine, riverberare i suoi effetti a Como, dove gli ospedali soffrono di carenza cronica di personale infermieristico. La svizzera paga stipendi di fatto doppi rispetto all'italia. Per questo da anni la fuga di infermieri da Como è la regola (100 solo nel 2004).

"Riusciamo a malapena a coprire il toun-over". Spiega il D.G. del S. Anna Antinozzi: «Positivo se la Confederazione diventa meno appetibile». Tettamanti (Cisl): «Mancano 40 dipendenti» «Se davvero il Canton Ticino e, in generale, la Svizzera, diventassero meno appetibili agli infermieri comaschi, per le strutture sanitarie lariane vi sarebbero soltanto benefici». Il direttore generale del S. Anna sa che tutti gli ospedali comaschi devono fare i conti con la fuga di infermieri verso la vicina Confederazione Elvetica, dove trovano retribuzioni doppie rispetto a quelle italiane.

Secondo Tettamanti, segretario aziendale Fps-Cisl del Sant'Anna, sono una quarantina gli infermieri che mancano nelle strutture sanitarie del S. Anna. «Il personale formato al Sant'Anna è sempre stato molto stimato e apprezzato oltreconfine - afferma Tettamanti - Gli svizzeri continuano a cercare e ad assumere infermieri italiani, per il momento non mi risulta che l'esodo verso la vicina Confederazione sia in calo. Certo, oggi gli ospedali e le cliniche elvetiche sono alla ricerca soprattutto di personale specializzato, possibilmente con un alcuni anni di esperienza».

«È proprio questo uno dei problemi - aggiunge il rappresentante sindacale - Se la Svizzera continua a rubare il personale più preparato, la qualità dell'assistenza nelle strutture sanitarie comasche e, più in generale, del Nord Italia rischia di calare».

«Il trend - conferma Antinozzi - è quello standard e resta difficile trovare personale qualificato e motivato disponibile a lavorare al di qua del confine». Se, invece, i problemi del mercato svizzero chiudessero le porte agli infermieri italiani, molti aspetti potrebbero venir risolti. Anche se, per chi è abituato a lavorare oltreconfine, significherebbe rinunciare a metà dello stipendio.

Il salario d'ingresso netto mensile per un infermiere che comincia a lavorare in Svizzera ammonta a circa 5.500 franchi, pari a poco più di 3.600 euro. In Italia il salario d'ingresso per chi inizia la professione oscilla tra i 1.300 e i 1.400 euro.

"Lavorando in un ospedale di Como non posso che confermare tutto quanto (a parte le cifre degli stipendi svizzeri che a me risultano un pochino inferiore, ma non è questo il problema, si tratta sempre quasi del doppio di chi lavora in itala). E' ovvio che il guadagno per i frontalieri sta nel fatto di risiedere in italia e lavorare in svizzera, perchè abitando in svizzera quello stipendio, in base al costo della vita in ticino, risulta essere paragonabile al nostro.

Quanto si dice nel'articolo è assolutamente vero: se i frontalieri tornassero a lavorare negli ospedali comaschi, questi ne trarrebbero senz'altro i maggiori benefici, e potrebbero partire nuovi reparti, attualmente chiusi per mancanza di personale infermieristico.

Il problema è appunto guadagnare la metà, e non sarebbero di certo contenti. Nell'ospedale dove lavoro io, che è privato, tempo fa il direttore scrisse un'articolo su un giornale locale, dicendo le stesse cose di Antinozzi, cioè che reparti venivano chiusi perchè molti andavano a lavorare in svizzera.

Un nostro infermiere gli rispose sempre sullo stesso giornale dicendo che se forse pagavano un pò di più gli infermieri presenti, magari gli stessi avrebbero evitato di emigrare, con ovvi benefici per l'ospedale e per la comunità, che si troverebbe tutti i reparti funzionanti.

Risultato: nel nostro ospedale è stata organizzata la libera professione infermieristica intramoenia, cioè ogni ora in più rispetto al monte ore mensile ci viene pagata 25 euro (di giorno) e 30 euro (di notte e festivi).

E' da notare comunque che tutto ciò è nato da una nostra iniziativa, che la direzione ha dovuto A MALINCUORE accettare, altrimenti si ritrovava con i reparti chiusi. chiaro è che ai nostri burocrati dà fastidio pagarci di più".

Inf. Bruno Della Francesca

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!

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

AGRIGENTO
ALESSANDRIA
ANCONA
AREZZO
ASCOLI PICENO
BERGAMO
BRINDISI
CAGLIARI
CALTANISSETTA
CATANIA
CHIETI
COSENZA
FIRENZE
FOGGIA
FORLI'
FROSINONE
GENOVA
GORIZIA
IMPERIA
LA SPEZIA
LATINA
LECCO
LIVORNO
LUCCA
MACERATA
MESSINA

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE

MILANO
MONZA
NAPOLI
NUORO
ORISTANO
PADOVA
PISA
PORDENONE
PRATO
RAGUSA
RAVENNA
ROMA
ROVIGO
SALERNO
SASSARI
SAVONA
SIRACUSA
SONDRIO
TERAMO
TRAPANI
TREVISO
TRIESTE
UDINE
VERONA
VIBO VALENTIA
VICENZA

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. 340-4747480 nursind@nursind.it