Infermieristica Mente
sindacando
NURSIND

Periodico di Informazione Sindacale, Professionale e del Lavoro. In attesa di registrazione. n°1 - 2003

Stretti come sardine?

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

No Grazie!

sommario:

attualità

3. C'era una volta...il momento di raccogliere i frutti

6. Questo è il contratto che meritiamo!

8. Uscita dal Comparto: consegnate 7.500 firme

9. Una Valutazione Economica dell'Assistenza Infermieristica

11. Prossimi obbiettivi della professione: "Inf. di Quartiere" e "Inf. Insegnante"

dal territorio

13. NurSind Monza:perché ho deciso di raccogliere la sfida

14. Foggia: perché abbiamo fondato Nursind malgrado già presente Nursing-Up

15. Vicenza: Nursind firma il primo Contratto Integrativo Aziendale

16. Pisa: quando gli infermieri ci credono...

17. Rivoluzione al Collegio di Bergamo: Rinnovati 17 consiglieri su 19. Tutti I.P.

normative

18. Dal MOBBING ci si può difendere

19. Legge 53/2000: tra famiglia, lavoro, formazione e tempo libero

esteri

22. Spagna: Giornata della donna lavoratrice

22. Usa Today: la mancanza di infermieri costa vite

23. Slovenia: il 66% degli infermieri iscritti al sindacato di categoria

Infermieristica Mente
sindacando
NURSIND

Direttore responsabile: Inf. Graziano Lebiu
Redazione: Inf . Donato Carrara, Inf. Aurora Menna, Inf. Vincenzo Raucci.
Progetto Grafico: Inf. Donato Carrara.
email: infermieristicamente@nursind.it
Stampa: Tipografia EUROGRAFICA - Tel. 0785/72739 - NUORO

C'era una volta... il momento di raccogliere i frutti.

Di Graziano Lebiu, Segretario Nazionale NurSind
Inf. al S.E.R.T. - A.S.L. 8 - Cagliari

Gentile Presidente, l'editoriale a sua firma del n. 1/2003 de L'Infermiere porta la professione a confrontarsi con due elementi nuovi e antitetici: una sentenza della Cassazione sull'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo da una parte, la improbabile presa di distanza del Comitato Centrale IPASVI verso il panorama sindacale confederale dall'altra.

Apparentemente, e per motivi differenti, tra coloro che dovrebbero trarne dei vantaggi qualcuno indica i sindacati infermieristici e i detrattori dei Collegi IPASVI.

In realtà, il sindacalismo infermieristico ha un sussulto di riflessione e non di entusiasmo e i detrattori dei Collegi IPASVI sono di gran lunga inferiori ai loro sostenitori.

Paradossalmente la sentenza della Cassazione riporta chiarezza circa il ruolo del collegio e la funzione dell'obbligatorietà dell'iscrizione all'albo per chi ha la pretesa di svolgere una professione intellettuale di rilevanza nazionale, mentre chi dovrebbe interpretare la stessa pretesa in chiave contrattuale, riflette sul senso e la portata di un editoriale lanciato dal Comitato Centrale IPASVI non si sa bene se verso il sindacalismo infermieristico contro quello confederale oppure verso il sindacalismo maggiormente rappresentativo e contro quello autonomo.

Interpretando il passaggio ""Battaglie per le quali vorremmo avere al nostro fianco organizzazioni sindacali consapevoli e orgogliose di rappresentare "326 mila professionisti della salute" con un proprio status e una propria indipendenza nella contrattazione, come già avvenuto per i medici del Ssn"", non viene chiarita la posizione del Comitato Centrale IPASVI, perpetuandosi, forse, l'attuale questione del tanto peggio tanto meglio.

Mi soffermo, ovviamente, su quest'ultimo punto, per ricordarLe, Presidente, che una organizzazione sindacale infermieristica consapevole ed orgogliosa di rappresentare 5000 colleghi con un proprio status ed una indipendenza nella contrattazione, al suo fianco nella raccolta firme per la richiesta al Ministro della Funzione Pubblica di un'Area di Contrattazione Sindacale Infermieristica autonoma dal resto del Comparto, non ha avuto, purtroppo, la FNC IPASVI e i Collegi IPASVI provinciali stessi, escluso La Spezia, e tutti gli altri progetti sindacali infermieristici ne sono rimasti fuori.

Il punto di massima contraddizione delle politiche e non scelte Federali è

contenuto nell'aver negato nel tempo evidenza e voce ad un movimento sindacale infermieristico spontaneo e trasversale, che solo ora, per l'attualità delle posizioni confederali piuttosto che per l'adeguatezza della proposta autonoma, parrebbe strumentalizzato quale mezzo da lanciare contro gli attentatori all'indipendenza professionale e politica della Federazione Nazionale Collegi IPASVI stessa e dei suoi esercenti.

In tempi non sospetti l'autorappresentanza sindacale infermieristica è stata oscurata mentre avrebbe potuto fungere da monitore e indicatore per l'intera categoria in ordine al bisogno di un contratto di lavoro adeguato al ruolo.

Oggi, lo sviluppo e la capacità di radicarsi e crescere e confrontarsi del fare sindacato infermieristico, porta alla ribalta nazionale due evidenze:

1. Il concetto che la professione infermieristica debba essere considerata alla stessa stregua di quella medica, con una ricaduta retributiva significativa e con l'adozione dell'impianto strutturale del CCNL della Dirigenza Medica;

2. il concetto che la rappresentanza e la rappresentatività debbano misurarsi all'interno del contenitore "dotazione organica infermieristica" e della professione stessa tra infermieri e per infermieri, senza prevalenze alcune da parte di altre espressioni del lavoro del comparto sanità.

Il primo concetto sancisce lo sviluppo dello status giuridico e il conseguente adeguamento salariale e classificatorio se è vero come è vero che in ordine al tabellare e alle indennità accessorie, la retribuzione di un infermiere non rende merito al servizio, alle responsabilità, ai rischi, all'autonomia, al percorso formativo e alla prassi. La libera professione intramoenia e l'esclusività del rapporto di lavoro devono trovare applicazione significativa nell'organizzazione del servizio e previsti nei contratti collettivi. Sulla formazione obbligatoria, i costi sono a carico del professionista infermiere, ma le opportunità di partecipazione in mano al superiore gerarchico…

SINDACATI E ISCRIZIONE ALL'ALBO

di Annalisa Silvestro,
Editoriale de L'infermiere
n.1/2003

La sentenza della Corte di Cassazione del 1° aprile scorso - con la quale viene respinto il ricorso contro una precedente sentenza del Tribunale di Sondrio che aveva dato ragione a un infermiere pubblico dipendente che, nel 1998, non era iscritto al nostro Albo - ha ormai fatto il giro del mondo.

Ogni giorno, da allora, rispondiamo con pacatezza e serenità ai colleghi perplessi e disorientati per una decisione - di cui entro tre mesi si conosceranno le motivazioni - che rinverdisce un'idea, vecchia di almeno dieci anni: gli infermieri esercitano un mestiere esecutivo e non una professione intellettuale.

Disorientamento e perplessità accresciuti dai toni gioiosi ed entusiastici con cui i sindacati hanno accompagnato la notizie. Forse non rendendosi conto di fare la figura di novelli Talebani in festa per un imprevisto ripristino dell'obbligo del chador (la negazione della nostra autonomia professionale) in un Afghanistan (la nostra professione) finalmente rinato (autonomia professionale, laurea e dirigenza) dopo decenni di oscurantismo.

Poi però, fatti i dovuti approfondimenti, ci siamo chiesti: ma qual è la veramente la notizia? Quella di essere piombati in un incubo dove vengono messe in dubbio battaglie decennali per l'abolizione del mansionario, la conquista della laurea e della dirigenza e il consolidamento di uno status di professionisti che trova conferma nell'essere "parte" di un Albo professionale come coloro che esercitano una professione intellettuale: medici, farmacisti, ingegneri e giornalisti...

Oppure quella di scoprire che la vera notizia è un'altra, ossia che nulla è cambiato per la nostra professione e che la sentenza della Cassazione potrebbe essere sì pesante per le nostre battaglie di autonomia e identità, ma che è nata già vecchia e superata dalla realtà delle nuove leggi, dalla realtà dei fatti e dal senso di appartenenza degli infermieri alla loro professione.

E sì, care colleghe e cari colleghi,

Il secondo concetto sottolinea come l'avvento del sindacalismo infermieristico sia una circostanza non casuale ma necessaria, ed improcrastinabile il raggiungimento dell'obiettivo 5% misurato tra i soli lavoratori infermieri del pubblico impiego e non tra tutto il comparto stesso. Una distinzione di non poco conto se il numero delle deleghe risulterà più che dimezzato rispetto al "fabbisogno" attuale e se ci consideriamo entità infermieristica professionale e produttiva "diluita" in contratti di lavoro dove gli infermieri sono coartati in un aggregato indistinto di figure professionali che ne misconosce il ruolo e l'identità e determina un livellamento degli incrementi e degli incentivi economici, che vengono applicati anche al di fuori dell'ambito infermieristico a causa della prevalenza-ingerenza del sindacalismo confederale che, in omaggio al principio della maggiore rappresentatività, gestisce la contrattazione utilizzando figure provenienti dai profili più disparati e quindi non sempre in sintonia con la nuova mentalità e le istanze poste dalla nostra categoria.

Le politiche della FNC in ordine al mondo sindacale hanno risentito dell'evidente errore tattico di consegnare ad una pluralità di lavoratori "sindacalisti maggiormente rappresentativi" i risultati giuridici ottenuti con il profilo, con l'abrogazione del mansionario, con la legge sulla dirigenza, con la legge sull'emergenza infermieristica, con i contenuti del codice deontologico. Infatti l'applicazione pratica e non solo l'intuizione teorica di quelle previsioni normative non ha trovato sviluppo nei contratti. Nessuna differenziazione di ruolo e retributiva, nessuna differenziazione contrattuale normativa e classificatoria. Nessuna distinzione sulla centralità del lavoratore infermiere rispetto a qualsiasi altra professione anche sanitaria. Numeri e rilevanza diluiti nel grande circo della sanità dove un operatore socio sanitario equivale ad un infermiere nel computo della casella di un turno di servizio.

Lo scorso CCNL nacque già superato dai tempi e dai fatti, perché di quel percorso di carriera, gestito dall'insieme ibrido, confuso e confusionario del sindacalismo confederale, ben pochi infermieri poterono fruirne per l'appiattimento e la generalizzazione incontrastata di ogni tornata contrattuale. Pari opportunità mancate.

Oggi i rapporti di forza parrebbero invertirsi. La FNC ha al suo fianco generazioni infermieristiche che non la tradiranno, ma è circondata da un corollario di Collegi IPASVI che non riescono ad affezionare i propri iscritti, a motivarli, a farsi nè sentire nè ascoltare. Presidenti di Collegio contigui alla stessa esperienza confederale che oggi attenta all'indipendenza della professione. Presidenti di Collegio chiamati ad esprimersi sul tema.

Apriamo l'armadio, Presidente, e prepariamoci al cambio di stagione.

Viaggia su un livello superiore l'attenzione di coloro che credono nella professione e che si cercano anche per mezzo della rete internet.

Chiudere il Forum IPASVI è stato un errore. Perché sono anni che la voce di molti infermieri, confinata nel ristretto ambito del modello culturale confederale, aspettava di venire alla luce spontaneamente. Non deve avere paura di uomini e donne infermieristicamente liberi, perché sono la risorsa della ns. professione. Non avrebbe dovuto aver paura della loro espressione per mezzo del sindacalismo di categoria, perché anch'esso risorsa allo stato puro, declinata quando andava invece sostenuta.

Oggi è possibile ripartire? Senza "condizioni" ma con "convinzioni":

1. che la professione infermieristica possa affermarsi anche socialmente per mezzo di un confronto e una presenza costante nei tavoli di trattativa sindacale a tutti i livelli;
2. che nessuno possa ambire a parlare per nome degli infermieri al di fuori del mondo professionale e di chi lo rappresenta;
3. che sia arrivato il momento di scendere in campo ognuno per il proprio ruolo e le proprie attitudini per rimotivare "l'ambiente" e avviare una reazione di orgoglio professionale che ambisca a colmare vuoti e silenzi e sostituire i volti impresentabili espressione del sindacalismo maggiormente rappresentativo e di alcuni Collegi IPASVI.

Il suo timore, Presidente, ""di esse-

re piombati in un incubo dove vengono messe in dubbio battaglie decennali per l'abolizione del mansionario, la conquista della laurea e della dirigenza e il consolidamento di uno status di professionisti che trova conferma nell'essere "parte" di un Albo professionale come coloro che esercitano una professione intellettuale: medici, farmacisti, ingegneri e giornalisti...'", di fatto riapre il "momento di raccogliere i frutti", perché a questa situazione ci si è ritrovati per un percorso involutivo rispetto alle conquiste accennate. Il Profilo Professionale e il Codice Deontologico sono belli a leggersi, ma strategicamente è più determinante la loro interpretazione e applicazione da parte di ausiliari, cuochi, elettricisti, uscieri, tecnici, amministrativi "maggiormente rappresentativi" rispetto al vissuto sindacale di infermieri che non cedono il passo e ritengono di incalzare sul tema dell'autorappresentanza.

Non possiamo lasciare in mano ad altri il Contratto Collettivo Nazionale e l'organizzazione del lavoro infermieristico. Punto.

Il momento di raccogliere i frutti non è quello dell'autocelebrazione. Dieci anni di riconoscimenti giuridici che non hanno portato a niente nè dal punto di vista retributivo nè dell'immagine sociale della professione nel contesto della sanita' italiana.

Comparse. Infermieri pedine della scacchiera della turnistica, senza diritti, ancorati alla logica del missionario e del subordine, privati di effettive possibilità di emergere e raccontare chiaramente chi sono, cosa vogliono cosa fanno. Sono infermieri impegnati a non delegare più in bianco e a terzi, che vogliono contratti di lavoro dove la adeguata retribuzione sia un diritto certo, che garantiscono 24 ore su 24 presenza e competenza e responsabilità tra l'indifferenza generale.

Professione e sindacato: una antitesi forzata, una contrapposizione inutile, una collaborazione auspicabile, un mondo del lavoro diverso e a portata di mano.

Presidente Silvestro, ""Quel diritto/dovere è una conquista, non un obbligo amministrativo. È la nostra "patente" di autonomia e dignità professionale. È il nostro biglietto da visita per aggredire le nuove battaglie professionali, da quella per una diversa e più premiante articolazione di carriera, a quella per una diversa organizzazione del lavoro, a quella per il superamento di supposte primazie da parte di altri gruppi professionali, a quella per i dovuti e ormai più rinviabili riconoscimenti e avanzamenti economici"" giustamente richiamato, è da anni il tatzebao dell'autorappresentanza sindacale infermieristica, è il fondamento di un progetto di portata nazionale non confinato nelle corsie dalle quali si sviluppa e verso le quali dedichiamo le ns. attenzioni.

Per dare visibilità e riconoscimento organizzativo e retributivo alla professione riteniamo sia arrivato il momento di portare avanti e sostenere senza indugi l'iniziativa NurSind di individuare un tavolo di contrattazione separata dal resto del Comparto Sanità. Un'area infermieristica prevista dalla legge 396/97 art. 1 comma 3 per una professione centrale con diritti contrattuali, economici e giuridici peculiari e incedibili. Per infermieri che perseguono un progetto sindacale interno alla categoria stessa.

C'era una volta il momento di raccogliere i frutti, ed è arrivato quello di rimboccarsi le maniche rendendo meno ambigue le scelte da compiere.

la notizia, quella vera, quella ancora non data è proprio questa. La sentenza della Cassazione si basa su fatti ascrivibili al periodo ante legge 42 del '99, con la quale è stato recepito, dandogli valore di legge, il decreto ministeriale 739 del 1994 che all'articolo 1 individua la "figura dell'infermiere" quale "operatore sanitario che in possesso di diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".

Infatti, il collega di Sondrio che rifiutava di iscriversi, poteva in qualche modo appellarsi alla non valenza di legge ordinaria del decreto ministeriale 739, valenza che, invece, oggi, nel 2003, è pienamente presente dopo l'entrata in vigore della legge n. 42 che sottolinea come "il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali dei relativi profili professionali", vale a dire il citato articolo 1 del decreto 739.

Noi possiamo affermare con serenità e fermezza che il diritto/dovere di iscriversi all'Albo resta "condizione fondamentale" per esercitare la nostra professione che è tale sia se è svolta in ambito pubblico che privato; sia se svolta come lavoratore dipendente che come lavoratore autonomo.

Quel diritto/dovere è una conquista, non un obbligo amministrativo. È la nostra "patente" di autonomia e dignità professionale. È il nostro biglietto da visita per aggredire le nuove battaglie professionali, da quella per una diversa e più premiante articolazione di carriera, a quella per una diversa organizzazione del lavoro, a quella per il superamento di supposte primazie da parte di altri gruppi professionali, a quella per i dovuti e ormai più rinviabili riconoscimenti e avanzamenti economici.

Battaglie per le quali vorremmo avere al nostro fianco organizzazioni sindacali consapevoli e orgogliose di rappresentare "326 mila professionisti della salute" con un proprio status e una propria indipendenza nella contrattazione, come già avvenuto per i medici del Ssn.

Nella gioia e nella soddisfazione talebana che abbiamo letto nei comunicati sindacali di questi giorni, tutto questo non traspare. Perché?

Dopo un proficuo e laborioso dibattito tra gli Infermieri del Nursind, è stato definito e riassunto in 31 punti

Questo è il contratto che meritiamo!

Tenuto conto della centralità della professione infermieristica nel contesto del SSN e dell'evoluzione dell'autonomia, della competenza, della formazione e della responsabilità dei 198.000 infermieri circa afferenti alle dotazioni organiche delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere, i punti salienti della ns. proposta infermieristica, fermo restando l'attività posta in essere per l'uscita dal comparto, sono così riassumibili:

1. Tutto il personale sanitario infermieristico laureato ed equipollente venga inquadrato in un'area contrattuale autonoma con la struttura dell'unico ruolo della dirigenza sanitaria in base all'art. 15 del Dlgs 229/99.
2. Il nuovo inquadramento deve prevedere un incremento sostanziale di 500 euro mensili per l'Infermiere, che sarà classificato in tre fasce economiche: la fascia A sarà occupata dagli Infermieri diplomati e dai neo laureati di 1° livello; la B dagli Infermieri con Master universitari e dai Coordinatori; la C dagli Infermieri con laurea di 2° livello (tabella 1).
3. I passaggi orizzontali di fascia saranno suddivisi dallo 0 al 5 con incrementi di 1083 euro annui.
4. Per il personale adibito a turni articolati sulle 24 ore, l'orario settimanale si riduce a 35 ore settimanali. La riduzione oraria su base settimanale è cumulabile e compensata a richiesta del dipendente con un periodo di riposo aggiuntivo
5. Il prospetto ferie deve essere strutturato in congruo anticipo entro il primo trimestre dell'anno di riferimento sulla rilevante funzione di tutela della persona del lavoratore, volta a consentire a quest'ultimo non solo di reintegrare le energie spese nello svolgimento della propria attività, ma anche di soddisfare le proprie esigenze ricreative, familiari e sociali. Al periodo contrattuale di 15 giorni di ferie vanno aggiunti gli spettanti giorni coincidenti al riposo settimanale.
6. Il passaggio dal modello operativo per compiti al modello professionale, che andrebbe perciò, maggiormente incentivato sia con l'istituto della produttività collettiva ex art. 47 CCNL 94/97 sia con i Progetti Obiettivo.
7. Ogni azienda sanitaria deve dotarsi del servizio infermieristico. Il Direttore del Servizio Infermieristico (e il vice-Direttore così come introdotto dall'articolo 7, comma 3, della legge 15 luglio 2002 n. 145) viene individuato, in fase transitoria e fino all'assunzione di personale in possesso di laurea specialistica quinquennale, su nomina del direttore generale in staff alla dirigenza generale.
8. Le professioni infermieristiche garantiscono il servizio 24 ore su 24 e diventa improcrastinabile l'adeguamento sostanziale e complessivo delle indennità fino a qui individuate dai precedenti CC.CC.NN.LL. e ricomprese nei fondi previsti ma non sempre fruibili in sede di trattativa decentrata; formale con l'individuazione di "nuovi" rischi e disagi presenti in maniera strutturale nell'esercizio delle prestazioni professionali infermieristiche (tabella 2).
9. Si ritiene necessario l'obbligatorietà dell'ordine di servizio scritto da far recapitare al dipendente almeno 24 ore prima l'inizio del turno specificato nell'ordine stesso
10. Protocolli di lavoro, linee guida, ordini e disposizioni di servizio, metodologie della ricerca, turnistica e gestione delle presenze e assenze soprattutto nelle 24 ore, devono essere condivisi in un ottica di lavoro interdisciplinare e interprofessionale senza la quale l'organizzazione del lavoro non può essere imposta
11. La professione infermieristica è da considerarsi lavoro usurante secondo le indicazioni della l. 374/'93
12. Revisione dell'istituto contrattuale dello Straordinario di cui all'art. 34 CCNL 1998/01
13. Il tempo necessario per l'espletamento delle operazioni preliminari di carattere strettamente necessario e obbligatorio per lo svolgimento dell'attività lavorativa, deve rientrare nell'orario di lavoro ordinario. A tal fine sono previsti 10 minuti all'inizio ed a fine turno per il cambio divisa.
14. Pause di lavoro di 15 minuti per spezzare i turni continuativi dalle 6 ore e oltre. Fornitura del pasto o di buono spendibile del valore di 10 euro per tutti i turni a cavallo degli orari di pasto e per quello notturno.
15. I costi per l'aggiornamento professionale, che assume certo una dimensione determinante nel contesto attuale ma

Tabella 2.	
INDENNITA' SERVIZIO NOTTURNO (a notte)	41,32
INDENNITA' SERVIZIO FESTIVO	33,57
INDENNITA' DI SERVIZIO SU 3 TURNI	5,16
REPERIBILITA'	41,32
MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI (fissa)	41,32
RESPONSABILITA' SULLE FIGURE COMPLEMENTARI (fissa)	41,32
DI AREA CRITICA (a presenza)	7,75
DI AREA PSICHIATRICA (a presenza)	7,75
DI SERVIZIO AL 118 (a presenza)	7,75
DI MANIPOLAZIONE ANTIBLASTICI (a presenza)	7,75
DI ASSISTENZA DOMICILIARE (a presenza)	7,75
DI GUIDA MEZZI AZIENDALI E/O PROPRI (a presenza)	7,75
RISCHIO BIOLOGICO INFETTIVO (a presenza)	7,75
RISCHIO RADIOLOGICO (a presenza)	7,75
RISCHIO DA GAS ANESTETICI (a presenza)	7,75

già previsto dal DPR 384/90, devono essere a carico delle aziende almeno nel minimo dei crediti annui richiesti

16. Sarà istituita la Cassa di Previdenza Integrativa e Facoltativa o favorita quella IPASVI, con l'accantonamento dei fondi del TFR con percentuali rilevanti decise dal lavoratore da un minimo di 2% ad un massimo del 15% annuo

17. Istituire su misura per gli operatori di cui all'Articolo 18 comma 5 del CCNL 1998/2001 (infermieri generici) una indennità di funzione specifica annua per dare la possibilità ai suddetti di avere opportunamente "premiata" l'esperienza lavorativa acquisita.

18. In base agli anni di servizio passati nell'Azienda stessa, l'istituzione di un premio di fedeltà aziendale, e non di anzianità, per il personale infermieristico che non abbandona la propria ASL/AO.

tabella 1			
fascia	categoria A	categoria B	categoria C
0	18.126,00€	21.375,00€	24.624,00€
1	19.209,00€	22.458,00€	25.707,00€
2	20.292,00€	23.541,00€	26.790,00€
3	21.375,00€	24.624,00€	27.873,00€
4	22.458,00€	25.707,00€	28.956,00€
5	23.541,00€	26.790,00€	30.039,00€
	ex D	ds	laurea 2° liv
	laurea 1° liv	master	
		coordinamento	

Il nuovo inquadramento economico annuo

19. Piena Attuazione della Riforma del Pubblico Impiego circa l'adozione del concetto di dotazione organica;

20. Il fine aziendale deve essere condiviso e non subìto al di fuori delle norme che regolano l'esercizio professionale

21. Previsione di prevalenza di funzione della RSU e delle OO.SS. rappresentative del 10% dei lavoratori del Comparto Sanità di ogni singola realtà aziendale rispetto alle OO.SS. firmatarie del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro;

22. Obbligo alle aziende di porre in essere contrattazioni decentrate alla presenza, in tutti i livelli e tavoli tecnici e politici, della RSU e delle OO.SS. rappresentative del 10% aziendale.

23. Rispetto della struttura del rapporto di lavoro con particolare riguardo all'Orario di Servizio e all'assegnazione delle competenze

24. Raccolta in un'unica fonte degli istituti contrattuali vigenti e non disapplicati degli accordi precedenti;

25. Revisione dell'articolazione dei turni, dei periodi di riposo tra un turno e l'altro e delle pause infraturno dopo la recente approvazione del D.Lgs. n. 66/03 in vigore dal 29 aprile 2003, con cui l'Italia recepisce la direttiva 104/93/CE;

26. Tassa Iscrizione all'albo professionale IPASVI e spese per corsi d'aggiornamento detraibili dalla denuncia dei redditi;

27. Assegnazione di 3 ore delle 36 ore lavorative settimanali per l'aggiornamento e la ricerca (incentivazione dell'aggiornamento con un fondo a hoc e garanzia di facilitazioni orarie per la frequenza);

28. Riconoscere anche per gli infermieri l'esclusività del rapporto di lavoro;

29. Istituzione dei Drg's infermieristici al fine di reperire fondi per l'attivazione contrattuale e inserire l'attività infermieristica nel complesso dell'intramoenia;

30. Definizione di un accordo sull'Area della Dirigenza Infermieristica sia di Struttura Semplice che di Struttura Complessa, prevedendo una applicativa ad hoc e uno specifico sviluppo di carriera che sia conforme e coerente con l'impianto contrattuale proposto;

31. Per le figure complementari dell'assistenza (OTA-OSS-IG) si individuerà ad un'area contrattuale specifica e direttamente collegate a quella dello sviluppo professionale infermieristico.

Dalle previsioni di autonomia normativa ora gli infermieri vogliono, e dovranno, passare ad una autonomia tangibile anche a livello contrattuale. Il primo tassello della politica sindacale NurSind è la rivendicazione, a chiare lettere, di un tavolo di trattative separato, Nazionale e Decentrato e comunque di prospettiva Europea, e in subordine all'area contrattuale autonoma si potrebbe prevedere, analogamente a quando avvenuto per i medici ai tempi del contratto unico, un'area separata all'interno del comparto.

Nel Contratto d'Area Infermieristica la nostra professione avrà una sua progressione di carriera ben distinta, valorizzando e motivando il percorso lavorativo, naturalmente inquadrato in un CCNL di facile interpretazione ed applicazione, togliendo di fatto spazio ad autonome letture contrattuali alle Direzioni Generali o dei loro preposti. Inseguendo da subito i vantaggi economici che vogliamo rivendicare senza trascurare l'impianto strutturale delle richieste della presente piattaforma.

Rifiutiamo la difesa confederale ad oltranza di tutto il comparto e la pretestuosa accusa che a muovere gli interessi infermieristici siano solo interessi corporativi.

L'essenza corporativa deve diventare centralità, e l'emergenza infermieristica risorsa e strumento di pressione.

La Direzione Nazionale NurSind

Area di Contrattazione Sindacale Infermieristica Autonoma

Consegnate 7500 firme

Facendo seguito all'iniziativa per il riconoscimento e l'individuazione di un'Area di Contrattazione Sindacale Infermieristica Autonoma dal resto del Comparto Sanità, della Sanità Privata, dell'Università, come peraltro previsto dalla legge 396/97 art. 1 comma 3, abbiamo il piacere di comunicarvi che hanno aderito all'iniziativa circa n. 7500 esercenti le professioni infermieristiche regolarmente iscritti agli Albi Provinciali IPASVI, e prodotta in n. 389 elenchi per n. 3 tomi e n. 965 pagine complessive di sottoscrizioni debitamente certificate e verificate nella corrispondenza dei dati al momento dell'apposizione della firma.

L'originale è depositato presso il Ministero della Funzione Pubblica con prot. in corso del 13 Maggio 2003, copia conforme presso il Ministero della Salute con prot. in corso del 13 Maggio 2003, copia conforme presso l'ARAN con prot. n.3778 del 13 Maggio 2003. (come da allegati)

Le motivazioni alla base della presente richiesta sono sostenute dalla necessità indifferibile di restituire, individuare e garantire alla professione infermieristica diritti contrattuali, economici e giuridici peculiari ed incedibili nonché sviluppo, formazione, responsabilità e competenza dando consequenzialità alle fonti legislative specifiche quali il DM 739/94, la Legge 42/99, la Legge 251/00, la Legge 1/02, il Codice Deontologico, ponendo in essere tutti gli strumenti possibili a superamento di una condizione lavorativa inadeguata e squilibrata rispetto al ruolo sociale e sanitario che gli infermieri ritengono di dover ricoprire sia nel contesto del corretto esercizio professionale che nei diversi livelli di contrattazione nazionale e decentrata.

Il 5% circa dei 198.000 esercenti le professioni infermieristiche ha apposto la propria sottoscrizione per l'uscita dal Comparto. Il quorum del 5% è necessario per essere maggiormente rappresentativi per la sottoscrizione del CCNL, e conseguentemente riteniamo sia significativo il raggiungimento della stessa percentuale tra professionisti sanitari infermieri che chiedono di autorappresentarsi ed uscire dal Comparto Sanità.

Graziano Lebiu, Segretario Nazionale NurSind

ARAN
13 MAG. 2003
ARRIVO 3778

MINISTERO DELLA SALUTE
13 MAG. 2003
ARRIVO

DIPARTIMENTO FUNZIONE PUBBLICA
13 MAG 2003
UFFICIO ACCETTAZIONE CORRISPONDENZA

Il gruppo Nusrind che ha "lavorato" alla raccolta firme per l'uscita dal comparto, durante i lavori del congresso IPASVI svoltosi a Roma nel settembre 2002

Una Valutazione Economica dell'Assistenza Infermieristica

D.A.I. Lorena Di Lenola
U.O. Pediatria Ospedale S. Maria Goretti - Latina

La professione infermieristica negli ultimi anni ha conseguito diversi traguardi importanti che rafforzano il processo di professionalizzazione necessario a valorizzare la funzione infermieristica a tutti i livelli: clinico, formativo, organizzativo-aziendale. Gli infermieri devono rivedere ed aggiornare le loro conoscenze e soprattutto devono impegnarsi a rendere l'attività infermieristica documentata e riconosciuta per dare visibilità alla professione adottando mezzi indispensabili quali la documentazione infermieristica; essa è considerata lo strumento informativo e documentale del processo assistenziale.

> ...un sistema di gestione economica basato sul modello medico che non considera affatto i costi dell'assistenza infermieristica

Da diversi anni a livello internazionale sono stati sviluppati diversi sistemi di classificazione infermieristici che comprendono le diagnosi infermieristiche, gli interventi infermieristici ed i relativi risultati; essi rappresentano gli elementi fondamentali di una classificazione della pratica infermieristica necessari per studi statistici, per una valutazione economica dell'assistenza, per la formazione e la ricerca.

In Italia la necessità di un sistema che documenti e renda più incisivo il lavoro degli infermieri è oggi più impellente anche alla luce del processo d'aziendalizzazione in atto nell'ultimo decennio che vede nella documentazione sanitaria (cartella clinica), una fonte documentaria fondamentale per il raggiungimento di obiettivi nell'ambito gestionale, organizzativo e valutativo della qualità dei servizi. Oggi attraverso tale documento clinico sono calcolati i costi delle prestazioni, valutati i risultati, verificata la qualità delle prestazioni stesse e viene effettuata una programmazione di produzione o dismissione di servizi.

Questo processo nel nostro paese è iniziato circa dieci anni fa con l'introduzione del sistema di classificazione e finanziamento secondo DRGs (Diagnosis Related Groups), in versione italiana ROD (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi). È un sistema di classificazione dei pazienti ricoverati finalizzato ad identificare le caratteristiche del case-mix ospedaliero attraverso le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera. Lo scopo principale è quello di identificare gruppi di pazienti omogenei per caratteristiche cliniche ed assistenziali e, quindi presumibilmente simili anche rispetto ai profili di trattamento ed alle risorse usate.

Esso rappresenta la metodica più conosciuta e più usata nei paesi più sviluppati. E' un sistema utile per descrivere modelli di utilizzazione delle risorse sanitarie secondo raggruppamenti di patologie omogenee. Le risorse riguardano le diverse professionalità delle aziende sanitarie, il consumo dei farmaci e presidi, il vitto, l'energia elettrica ecc. e la loro quantificazione permette di predisporre i bilanci, programmare il budget, effettuare dei correttivi in caso di squilibri, programmare attività, ottimizzare le prestazioni e ottimizzare l'allocazione delle risorse.

E' un sistema di gestione economica basato sul modello medico che non considera affatto i costi dell'assistenza infermieristica i quali hanno sicuramente un peso importante nel processo di cura dei pazienti. In Italia, allo stato attuale non è possibile quantificare il consumo delle risorse infermieristiche all'interno dei DRGs per la scarsa utilizzazione di documentazione infermieristica. Quest'ultima, rappresenta lo strumento fondamentale per descrivere il lavoro infermieristico dove reperire i dati necessari a definire i costi ed a valutare i risultati dell'assistenza, e quindi dimostrare l'importanza e l'incisività che la professione ha sull'azienda nell'ambito del contenimento dei costi. Gli economisti non giustificano i costi che non prevedono dei risultati valutabili, per cui la non documentazione dei risultati infermieristici comporta a livello operativo per i professionisti notevoli limiti di spesa nell'impiego delle risorse; pertanto gli infermieri rappresentano la risorsa oggettivamente meno produttiva e quindi meno valutabile economicamente.

> All'ospedale viene erogato un budget fisso ed un finanziamento supplementare. Quest'ultimo è basato su: DRG medico, intensità dell'assistenza e costo infermieristico.

Si rende quindi necessaria l'elaborazione di una metodologia

capace di valutare l'impegno infermieristico per ogni specifico DRGs, per permettere una più equa gestione e valutazione delle risorse infermieristiche. Alcuni paesi stanno sperimentando o utilizzando diversi sistemi di rilevazione sistematica della pratica infermieristica che assieme ai DRGs costituiscono le forme di finanziamento dell'assistenza sanitaria. Uno dei sistemi di rilevazione più noti è il NMDS (Nursing Minimum Data Set), utilizzato in Belgio in seguito alla razionalizzazione delle risorse in ambito sanitario. Il presupposto fondamentale all'uso di tale strumento è stato l'adozione della documentazione infermieristica stabilito da una legge dello Stato belga. I vari schemi che descrivevano gli interventi infermieristici furono raggruppati in una lista di 111 attività che, selezionate attraverso parametri statistici e professionali, furono ridotte a 23 la cui intensità è valutata misurando il grado di dipendenza dei pazienti. Esse contengono l'80% di tutta l'assistenza infermieristica e comprendono l'igiene, la mobilizzazione, l'eliminazione, la protezione, l'educazione ecc. Nello strumento di raccolta dati sono riportate le informazioni sul paziente (data di nascita, sesso, ICD9-CM, data ricovero e dimissione ecc), gli interventi infermieristici posti in essere dai professionisti, la misurazione del grado di dipendenza dei pazienti relativamente allo specifico intervento, le informazioni sull'unità operativa (risorse infermieristiche, numero di letti), nove attività di vita quotidiana dei pazienti valutate attraverso la scala ADL.

Il NMDS è utilizzato in Belgio ed ha dimostrato, seppur con alcuni limiti, di essere in grado di descrivere e rendere finanziabile l'attività infermieristica.

La prima rilevazione dei dati infermieristici è avvenuta nel 1988 in tutte le unità operative degli ospedali del paese che ha permesso la definizione dell'unità tipo che doveva fungere da unità di riferimento per tutte le altre al fine di osservare, quantificare e valutare le attività (la media di tutte le unità). Le rilevazioni annuali vengono effettuate con la tecnica del campionamento randomizzato durante 5 giorni per 4 volte l'anno, tecnica che permette la possibilità di generalizzare i dati per tutta la popolazione. La sistematica raccolta di dati negli ospedali belgi consente al Ministero di esaminare circa 1,2 milioni di dati all'anno che vengono poi archiviati. I dati raccolti vengono elaborati ed analizzati attraverso tecniche statistiche e grafiche specifiche che mettono in evidenza la distribuzione dell'intensità dell'assistenza nelle diverse unità operative del paese (viene costruita una mappa nazionale).

Il NMDS è stato ammesso nel sistema finanziario dal 1994; la costruzione della mappa nazionale che mostra la variabilità dell'assistenza infermieristica comporta una diversificazione dei finanziamenti statali nelle varie zone del paese. Dal 1997 è utilizzata una nuova versione basata sull'intensità dell'assistenza infermieristica calcolata all'interno dei DRGs. All'ospedale viene erogato un budget fisso ed un finanziamento supplementare. Quest'ultimo è basato su: DRG medico, intensità dell'assistenza infermieristica e costo infermieristico.

Oltre ad essere un sistema di finanziamento, i NMDS permettono la presa di decisioni di natura clinica, gestionale ed organizzativa: si può effettuare il confronto di reparti, di popolazioni cliniche, si predispongono i budget, si programma il turn-over del personale, si stabilisce l'allocazione delle risorse, si sviluppano le ricerche in ambito clinico, si determinano i carichi di lavoro.

I DRGs assieme al NMDS permettono al governo di avere una visione globale dell'assistenza sanitaria in termini economici, statistici ed epidemiologici e quindi decidere i finanziamenti in maniera appropriata ed equa.

Il NMDS è utilizzato in Belgio ed ha dimostrato, seppur con alcuni limiti, di essere in grado di descrivere e rendere finanziabile l'attività infermieristica.

Rappresenta uno stimolo per la professione che deve vedere nei DRGs l'opportunità di essere caratterizzata e valutata in termini di risultati. Gli infermieri devono impegnarsi attivamente per promuovere i sistemi necessari per misurare l'impegno infermieristico, fornire risultati ed evidenze nella pratica clinica al fine di incidere maggiormente nella politica sanitaria nazionale ed aziendale.

Prossimi obbiettivi della professione: "Inf. di Quartiere" e "Inf. Insegnante"

Inf. Donato Carrara - *Direttivo Nazionale Nursind*
U.O. Otorino-Oculistica - Az. Osp. Bergamo

La definitiva liberazione dal giogo di professione ausiliaria sancita dalle normative degli ultimi anni, ci candida a tutti gli effetti come professione sanitaria autonoma, con pari dignità rispetto alle altre, medici in primis. I tre cardini del nostro essere sono ben stampati nel profilo professionale, D.M. 739 del 1994. Al comma 2 leggiamo: "L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

In queste tre righe c'è un addensato di competenze senza limiti. Ed è da questo enunciato che dobbiamo partire per rivedere e sviluppare le nostre competenze, pensando in particolare al futuro.

Mi voglio soffermare in particolare sui possibili sviluppi che ci si aprono soprattutto fuori dalle strutture sanitarie. In particolare, il mondo della scuola, per quanto riguarda la Prevenzione e l'Educazione Sanitaria, e il territorio per ciò che riguarda la Cura e la Riabilitazione.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 si fonda su 11 progetti con i quali si vuole intervenire strategicamente al cambiamento della realtà sanitaria nazionale. Di questi, ben 7 ci coinvolgono a pieno titolo e sono:

2. Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.
3. Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche.
4. Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità.
5. Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità.
7. Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari.
10. Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute.
11. Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza.

Elencati in questo modo non ci sembra affermino grosse novità. Ma se proviamo ad analizzarli nell'ottica di Professionisti allora ci possiamo scorgere delle rivoluzionarie strategie d'intervento nella realtà sanitaria italiana.

La prima riguarda i punti 10 e 11 che, associati alle nostre competenze preventive ed educative, non possono che sfociare in una proposta conseguente: l'istituzione dell'insegnamento dell'Educazione Sanitaria nella scuola dell'obbligo con docenti Infermieri. E' inspiegabile il ritardo accumulato rispetto a questa "necessità sociale". L'Educazione Artistica (2 ore settimanali), l'Educazione Tecnica (2 ore settimanali), l'Educazione Fisica (2 ore settimanali) e l'Educazione Musicale (1 ora settimanale) si sono ritagliate i giusti spazi tra le discipline necessarie alla formazione dell'individuo.

L'educazione sanitaria invece è stata totalmente dimenticata dal legislatore, relegata ad un ruolo insignificante, oppure affidata alle giornate internazionali dedicate all'igiene dentale, alle droghe e poco altro. Scarne nozioni di fisiologia abbinate alle Scienze Naturali, elargite da docenti impreparati all'argomento. Tutto ciò denota una trascuratezza della società al tema della conoscenza del proprio corpo e delle sue reazioni, specie in

INFERMIERI FORMATORI DEI DIPENDENTI DELLE POSTE

Nel 2002 il Ministero Poste e Telecomunicazioni ha bandito un avviso di formazione per i propri dipendenti a contatto con il pubblico, allo scopo di formarli alle tematiche del pronto soccorso e della rianimazione cardio-polmonare.

La società di formazione che si è aggiudicata l'appalto si è rivolta sul territorio nazionale a docenti Infermieri per la realizzazione pratica del corso: i colleghi coinvolti sono in genere stati scelti fra Infermieri esperti di area critica o docenti dei corsi universitari in Infermieristica.

Abbiamo chiesto al collega ed amico Francesco Falli, presidente del Collegio Ipasvi spezzino (www.ipasvi.laspezia.-net) quale è stata la sua esperienza in qualità di 'formatore' dei dipendenti delle Poste.

" Sono stato davvero motivato perchè ho colto l'occasione per trasmettere, al di là delle tecniche e manovre previste dal programma del corso, alcuni messaggi a mio avviso legati al nostro nuovo ruolo: non mi sono limitato a spiegare, per fare un esempio, la 'manovra di Heimlich', ma ho insistito sugli aspetti educativi della nostra figura e sui nuovi livelli formativi della nostra Professione.

All'inizio qualcuno è apparso scettico, perchè si è trovato di fronte un "non medico": ma alla fine dei tre giorni di lavoro comune, questi sono stati i primi a riconoscere che un Infermiere puo' essere altrettanto efficace e forse anche piu' prossimo allla platea di un docente medico.

Insieme abbiamo infine convenuto che le retribuzioni dei dipendenti delle Poste, e le nostre ,sono un po' scarsine...e ho molto gradito sentire alcune signore del gruppo riconoscere che le nostre responsabilità sono estremamente piu' elevate, e che meriterebbero maggior riconoscimento, economico e sociale...''

Francesco Falli - Presidente del collegio di La Spezia

un momento fondamentale nella formazione dell'individuo. Formazione che immancabilmente prende altre strade, come le cattive abitudini alimentari, condizionate dalle campagne pubblicitarie, così come i messaggi demagogici che pubblicizzano i farmaci sintomatici ed il loro utilizzo.

Ma anche la stessa filosofia di fondo che permea la società dei consumi, per la quale, anche la malattia ne fa parte. Un "disturbo" da risolvere con sintomatici o con visite lampo in Pronto Soccorso o dallo specialista, tanto specializzato da non vedere più la globalità dell'individuo. Ne consegue un'etica errata del proprio corpo, come se non ci appartenesse. Una macchina da far riparare al "meccanico" di turno.

Questa mentalità è alla base del cattivo uso delle strutture sanitarie, a partire dal medico di famiglia fino alle strutture ospedaliere d'eccellenza. Una realtà di cui da tempo gli stessi Ministri della Salute vanno lamentando. Il rimedio è possibile, ma dev'essere radicale, partire dalle fondamenta e cioè dalla scuola.
L'infermiere è il professionista ideale per questo compito. Ne ha le conoscenze, le esperienze, le capacità relazionali e tecniche.

Peccato che il Ministro Moratti non abbia preveduto nella sua riforma questa fondamentale necessità. Tocca a noi perciò insistere e dimostrarne l'utilità sociale. Dai Collegi alla Federazione, deve levarsi alta la richiesta di istituire l'insegnamento dell'Educazione Sanitaria nelle scuole, tassello mancante di una riforma scolastica che si voleva completa ma che ha lasciato per strada un nodo cruciale per la trasformazione della realtà sanitaria italiana.

Sarà bene cominciare a parlarne sempre più spesso in incontri e convegni, magari invitando gli stessi Ministri della Scuola e della Salute.

La seconda proposta riguarda l'istituzione dell'Infermiere di Quartiere, in completa sintonia con i punti 3, 4 e 7 delle strategie del P.S.N. sopra accennati. Si vuole garantire più assistenza e più qualificata, e al contempo ridurre i ricoveri impropri con le relative spese sociali ad essi correlati. Promuovere il territorio come primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari. Con la stessa logica si è istituita la figura del Poliziotto di Quartiere, quale risposta migliore alla sicurezza del territorio.

Esiste già nella realtà l'Infermiere che viene chiamato dai vicini per un intervento sanitario e assistenziale. Perché non sfruttare le conoscenze degli Infermieri, la fiducia e la stima di cui godono verso gli abitanti del quartiere? Un'articolazione capillare del Servizio Sanitario, capace di dare maggior sicurezza ai cittadini. In sinergia col Medico di Famiglia l'Infermiere di Quartiere potrebbe dare una svolta radicale al bisogno di salute della società. Filtrarne e qualificarne gli interventi da e verso le strutture sanitarie. Rassicurare i pazienti al proprio domicilio, consentendo una dimissione anticipata più soft. Così pure per quanto riguarda le cure palliative, competenza prevista dal nostro profilo, possiamo fornire un contributo validissimo all'umanizzazione delle sofferenze croniche e terminali, mantenendo il paziente nella propria casa ed assicurando ai familiari l'assistenza adeguata. Ed ancora, per gli anziani in difficoltà a recarsi ai centri per un banale prelievo.

Due le osservazioni critiche che scaturiscono spontaneamente: i costi economici e la scarsità di Infermieri.

Per ciò che riguarda i costi, l'attività stessa svolta nel quartiere, comporterebbe di per se un notevole risparmio nell'utilizzo delle strutture sanitarie da parte dell'utenza. Risparmio che consentirebbe di remunerare dignitosamente l'impegno dell'Infermiere di Quartiere. Un solo esempio. Ogni medico di famiglia ha in carico in media 1150 assistiti. Di questi, 180 sono ricoverati durante l'anno. Avvalendosi della collaborazione e del supporto dell'Infermiere, non sarebbe assurdo pensare ad una contrazione dei ricoveri del 15 - 20 %. Oggi, una giornata di degenza costa in media 600 euro. Nel 2002 i costi dell'assistenza ospedaliera pubblica hanno raggiunto i 31,9 miliardi di euro. Il risparmio si aggirerebbe dai 4,7 ai 6,3 miliardi di euro. Con tale cifra si potrebbero remunerare da 94.000 a 146.000 infermieri. Ipotizzando di affiancare un Infermiere ad ogni medico di famiglia, sarebbero sufficienti 50.000 unità. La proposta merita di essere vagliata, considerando anche il fatto che con l'aumento dell'età pensionabile saranno molti gli infermieri anziani non più in condizioni di sopportare i turni di servizio ma con un bagaglio di conoscenze prezioso ed un'offerta di occupazione inserita al meglio nel proprio quartiere.

La diminuzione dei ricoveri, libererebbe risorse infermieristiche dagli ospedali, consentendo un ulteriore risparmio sui costi del personale. Inoltre, la carenza infermieristica è destinata a rientrare con l'inserimento degli operatori di supporto che in pochi anni coadiuveranno e sgraveranno l'Infermiere da molti compiti impropri che attualmente li inchiodano sia manualmente che mentalmente. Prevedere di assegnare all'incarico di Infermiere di Quartiere personale con un buon bagaglio di esperienza ospedaliera consentirebbe oltre che di qualificare al meglio il servizio, anche di offrire a chi ha già 15, 20 anni di carriera, di scostarsi dalle prime linee e di impiegare proficuamente le proprie conoscenze.

Esperienze già avviate in alcune province italiane come nel basso friulano (Gonars, Aiello, Palmanova) e la provincia di Arezzo stanno a dimostrare la concreta fattibilità del progetto. Del resto anche in alcune province spagnole (Valencia, Canarie e Andalucia), nel Regno Unito e a Cuba questa realtà è già avviata.

Le potenzialità di queste prospettive sono enormi, come lo sarebbero i vantaggi per la società, non solo economici. Dobbiamo investire nelle nostre competenze. Metterci in gioco. La realtà è matura per questo cambiamento.

La società ce ne darà atto.

NurSind Monza:

Perché ho deciso di raccogliere la sfida.

Inf. Vincenzo Raucci
Segretario Provinciale NurSind Monza e Brianza

NurSind Monza e Brianza: una nuova realtà in Lombardia.

Mi chiamo Vincenzo Raucci e lavoro come Infermiere Professionale all'Ospedale San Gerardo di Monza da un discreto numero di anni, tanti da poter affermare che sono ormai "nel mezzo del cammin di nostra vita… lavorativa!".

In tutti questi anni ne ho viste tante da poter esclamare, con notevole disappunto, "adesso basta!".

Ed è a metà percorso, quindi, che ho deciso di raccogliere la sfida "Infermieristicamente infinita" del NurSind.

Dopo essermi imbattuto, tra le maglie della "rete", nel sito del Sindacato degli Infermieri ho potuto constatarne, giorno dopo giorno, la serietà e la competenza professionale dei suoi esponenti.

Sono stato sedotto dalla "mission" di questa associazione e ho deciso di farne parte in maniera attiva.

Ora, a distanza di otto mesi, accompagnato da una valida "squadra" (formata dagli Infermieri Raimondo Pais, Antonio De Matteo, Emanuele Lo Monaco e Vincenzo Serravalle) posso già tirare le somme del nostro operato.

Abbiamo raccolto oltre 100 adesioni, organizzato un Convegno con Crediti ECM, fondato un gruppo di studio per l'Asilo Aziendale e avviato le pubblicazioni del Notiziario Aziendale, "**il gabbiano**".

La nostra sfida quotidiana è quella di rimuovere la radicata convinzione (diffusa tra i lavoratori) che i sindacati attualmente presenti sul territorio bastano e avanzano per i bisogni elementari dei lavoratori.

Dobbiamo, quindi, proporci come "veramente alternativi" all'attuale che mostrava simpaticamente l'evoluzione dell'uomo dall'Australopiteco ad oggi.

Il nostro futuro (e la nostra capacità di riscatto) ruota tutto intorno a questa magica parola.

Dal punto di vista formativo c'è stata una notevole evoluzione (scuola regionale, università, laurea, abolizione del mansionario), ma non c'è stata una pari evoluzione nel mondo del lavoro (ancora l'Infermiere è considerato, dalla massa, un operaio specializzato).

Nella nostra segreteria il messaggio, quindi, è questo: insieme a una sacrosanta difesa dei diritti sindacali lavoriamo per evolverci verso uno status giuridico e professionale adeguato.

Nel box in basso sono riportati alcuni punti caldi della nostra realtà lavorativa che diverranno i nostri temi nei mesi a venire (ovviamente vi saranno anche altri temi che accompagneranno, di volta in volta, le nostre azioni).

In poche parole cercheremo di non essere una silente organizzazione burocratizzata e sempre più lontana dai lavoratori, ma quotidiani portavoce di coloro che sono a tutti gli effetti la "struttura portante della sanità": gli Infermieri.

I colleghi che vogliono sapere di più su questa nuova realtà sono invitati ad esplorare il sito ufficiale all'indirizzo ***www.nursindmonza.it*** oppure a chiamare il 3398650134

Diritti sindacali: triplice ingiustizia a danno dei turnisti

Gli Infermieri turnisti vivono sulla propria pelle tre grandi ingiustizie, qui all'Ospedale San Gerardo. I sindacati "maggiormente rappresentativi" non hanno mai trattato adeguatamente la materia.

Punto primo: la mensa. Moltissimi infermieri turnisti non sanno nemmeno da che parte sia collocata. Noi rivendichiamo il diritto ad usufruirne senza dovere per questo sguarnire i reparti. Qualcuno l'ha chiamata "pausa per recupero psicofisico". Respingiamo fermamente l'idea che il bere un velocissimo caffè in cucina o il prendere una boccata d'aria sui balconi o, ancora, concedere alla nostra vescica un repentino svuotamento possa essere paragonato ad una serena, rilassata "pausa mensa". Né qualcuno potrà dire che le suddette "brevi pause" non siano frequentemente sfruttate da altre figure dell'Azienda, figure che la pausa mensa l'hanno, comunque, sempre garantita.

Punto secondo: le indennità. Ci riferiamo in particolare all'indennità di disagio sui tre turni. In questa Azienda ci viene riconosciuta una sola indennità per la notte, come se il turno si sviluppasse su un solo giorno. Quando capiranno che il turno notte comporta un disagio su due giorni? Sembra una cosa banale, ma MAI né sindacati né Azienda hanno affrontato il problema.

Punto terzo: il sabato. Da qualche anno, in questa Azienda, il dovuto viene calcolato su cinque giorni settimanali. Il sabato è stato affiancato alla domenica in quanto giorno non lavorativo, quindi niente si deve all'Azienda in termini lavorativi. Questo è un discorso che non fa una piega, forse, per gli impiegati. E gli Infermieri turnisti? Si sono visti derubare di un giorno lavorativo con conseguente perdita di festività, malattie e congedi vari. Allora, delle due cose una: o il sabato è feriale (e allora deve tornare sesto giorno lavorativo) o è festivo (pagato in quanto tale se si lavora).

Foggia: perché abbiamo fondato Nursind malgrado già presente Nursing-Up

Inf. Claudio Bruno
Segretario Provinciale Nursind - Organizzazione dei Servizi - Dir. San. Policlinico OO.RR .FG

L'Infermiere, da qualche tempo, avverte un forte senso di disagio per la propria condizione lavorativa e sociale. E' diffusa da tempo la grande insoddisfazione nei confronti delle Organizzazioni sindacali Confederali ed Autonome alle quali comunque molti infermieri sono iscritti anche se scarsamente rappresentati e tutelati.

Così a Foggia, nel settembre 2001 si costituì il NURSING UP – sindacato di categoria che partecipò alla elezione RSU ove è presente.

Ci si aspettava un riscatto della Categoria ma…. ciò che iniziammo a sentire nelle contrattazioni decentrate, da parte dei delegati NURSING UP la richiesta di "inquadramento dei Capo Sala nella categoria Ds", proposta che veniva avanzata da una delegata….Capo sala.

Ed i delegati di altre sigle sindacali?

Conducevano contrattazioni proponendo anche l'utilizzo di risorse economiche di pertinenza del personale Infermieristico per trasformazioni di posti amministrativi in applicazione della norma programmatica art. 12 del CCNL, con il tacito assenso dei delegati NURSING UP!!

Non una parola, non una linea di politica sindacale, non un programma ma piuttosto una "sottomissione" verso qualche Dirigente impegnato politicamente, al fine di ottenere…cosa?

Cadute le speranze, casualmente ci si incontrò un giorno tre Colleghi, ed esterrefatti ci confidammo le delusioni ed una affermazione condivisa "stiamo peggio di prima". Fu così che decidemmo di aderire a quella sigla sindacale di categoria infermieristica che ci sembrò, ed ora diciamo a giusta ragione, quella più libera, maggiormente tesa al raggiungimento di traguardi veramente ambiziosi, NurSind.

Ed ecco che nel febbraio del 2002 un pugno di infermieri accettò la sfida che ancora oggi porta avanti con lealtà, facendo conoscere i progetti del NurSind in molte Aziende pubbliche e private della provincia ottenendo adesioni.

Un pugno di uomini leali che in molte occasioni ha cercato di tendere una mano verso i Colleghi del Nursing-Up, pensando che i fini erano gli stessi e l'unione giovava agli infermieri.

Notte fonda, dice Michele Sepalone, componente della Segreteria Provinciale NurSind, che così racconta dei suoi pensieri:

"Notte fonda. Fuori dalle persiane è tutto un silenzio. Le cuffie Aiwa che alcuni minuti fa ho indossato mi fanno immergere nelle splendide atmosfere che l'interpretazione de "Il cielo in una stanza" da parte del grande Franco Battiato sanno ricreare. E così sembra veramente di vederlo sul soffitto il cielo blu che è sopra di me. I pensieri, allora, a briglia sciolta, vagano da soli, in libertà, accavallandosi. Chissà perché (ma poi più tardi l'ho scoperto) frammenti di storia recente s'affacciano alla mente: nel 1948, nella Repubblica Sudafricana, il partito nazionalista (minoranza bianca) si affermò elettoralmente e uno dei primi atti che attuò fu quello della segregazione razziale nei confronti delle popolazioni nere autoctone e delle minoranze asiatiche. Si proibirono così i matrimoni interazziali e l'accesso a certi servizi, si confinarono le popolazioni di colore in aree prestabilite e all'interno di riserve, si classificarono gli individui in base alla razza, si distribuì la ricchezza a favore dei bianchi, ecc. Successivamente, dopo la rivolta di Soweto e l'embargo ONU qualcosa cominciò a muoversi, l'opinione pubblica internazionale prese coscienza della situazione e finalmente, dopo l'abolizione nel 1991 delle ultime leggi razziali ed il Nobel a Mandela e De Kierk nel 1993, ebbero luogo (1994) le prime elezioni multirazziali per un parlamento dai poteri costituenti.

E' inutile, non c'è proprio niente da fare contro il "bisogno" di libertà dell'uomo. Prima o poi, a costo del proprio sangue, egli la riconquisterà anche ai regimi più abbietti.

Che emozioni, adesso si aggiungono a quelle che poche ore or sono ho intensamente vissuto in occasione del nostro PRIMO CONGRESSO PROVINCIALE NURSIND qui a Foggia, con la presenza del Segretario Nazionale. E pensare che solo quattordici mesi fa ci siamo costituiti, credendo fermamente nel progetto che tutti noi condividiamo. Ma ecco che un sorriso amaro repentinamente si disegna sulla bocca. Penso al Nursing-Up che, da noi invitato al Congresso, non ci ha nemmeno degnati di una risposta in relazione alla propria assenza. E penso che, in occasione dell'unica uscita del loro giornale regionale, sulle pagine del nostro NurSind News, che qui a Foggia abbiamo da subito avviato per in-formare i nostri colleghi (iscritti e non) avevamo salutato la omologa testata. Anche in quell'occasione, nessuna risposta. Ma penso anche che, sul campo delle pro-

poste concrete effettuate nei confronti dell'Azienda, in quelle occasioni, orbene, stessa filosofia. E come dimenticare che la stessa cosa è successa al livello nazionale, quando il Nursing-Up fu invitato lo scorso anno al nostro Congresso Nazionale. Mi chiedo: perché questa insana superbia? (superbia =opinione esagerata di sé, delle proprie capacità e dei propri meriti, che esteriormente si manifesta con una ostentazione di altera superiorità e di disprezzo per gli altri - pag. 1841, lo Zingarelli 1994). Fatti fuori gli indirizzi politici (che ognuno di noi può e deve avere) che non caratterizzano in quella o l'altra direzione un Sindacato degli infermieri, restano appunto quelli inerenti proprio la nostra professione. Quali, a noi sconosciute, sono le "molle" che spingono questi colleghi ad attuare una siffatta filosofia nei confronti di chi è animato (ma loro, comincio a dubitarne seriamente, non credo lo siano) solo dall'agone di veder realizzato un sogno: quello di un nostro contratto d'area che non è solo un fatto meramente economico, cosa questa che ha la sua importanza, ma che veda finalmente riconosciute tutte quelle specificità tipiche di una professione che si è grandemente evoluta nel tempo, anche se governanti ed opinione pubblica sembrano non essersene accorti.

Allora, il Nursing-Up, è un sindacato di categoria o di apartheid?

Comunque sia, mi sento offeso, fortemente offeso.

Ora Battiato canta "Col tempo sai". Già col tempo, col tempo. Chissà se questi colleghi "superbi" si accorgono del tempo che passa e dei cambiamenti che esso porta. Per il momento a me paiono come quel marito che per far dispetto alla moglie … "

Michele, le risposte alle tue perplessità, ai tuoi pensieri, le trovi in queste risposte:

Chi ha paura delle novità? Chi ha paura dei confronti? Chi teme di aprirsi?

Solo coloro che non hanno argomenti, coloro che pensano ad un proprio personale "potere". E' in risposta a queste carenze che, nonostante tutto si è costituito e cresce NurSind a Foggia.

Non amareggiarti, lascia lavorare il tempo….e il marito che fa dispetto alla moglie….lo lasciamo fare agli altri.

Ad majora

Vicenza:

Nursind firma il primo Contratto Integrativo

In data 7 ottobre 2002 si è giunti alla firma del Contratto Collettivo Integrativo del biennio economico 2000 -2001. Tutti i sindacati componenti l'RSU hanno apposto la loro firma. Il NurSind, il sindacato maggiormente rappresentativo all'interno dell'azienda, ha contribuito in modo determinante alla definizione di questo contratto, nei limiti dei fondi disponibili e dei congiunti accordi con le altre OO. SS.

In sintesi, per il personale infermieristico, sono previsti le seguenti adeguazioni economiche:

	Ad Personam	Importo di Fascia	INCREMENTO
Ex C1 > D	42,56 €	54,53 €	**11,96 €**
Ex C2 > D1	37,27 €	49,75 €	**12,48 €**
Ex C3 > D2	37,27 €	49,24 €	**11,96 €**

1. colmatura dell'assegno ad personam con il riacquisto della fascia persa con il CCNL. Dal punto di vista economico si avrà la seguente integrazione a partire dal 1 gennaio 2002:

Tali importi sono stati pagati con lo stipendio del mese di Novembre 2002.

2. assegnazione di una fascia economica agli infermieri generici, puericultrici, ex psichiatrici.
3. assegnazione di una fascia economica a tutto il personale con anzianità complessiva di almeno 3 anni al 31. 12. 2001 che non ha usufruito del passaggio verticale di categoria previsto dal CCNL, con decorrenza 1.1.2002.
4. riparametrazione della produttività collettiva:

Categoria	Importo mensile
Ds	€ **150,00**
D ex D	€ **130,00**
D ex C	€ **116,00**
Bs	€ **95,00**

L'aumento mensile per gli Infermieri è di 17,88 € mensili. Gli arretrati che verranno pagati (dal gennaio 2002) già nel mese di ottobre saranno di circa 160,00 € lordi. Inoltre i resti del fondo andranno in via prioritaria alla categoria D e B fino al raggiungimento dell'importo mensile di 118 € e 85 € .

5. Per il Ser. T. e il Pronto Soccorso sono previste in via prioritaria quote economiche a carico del fondo del Direttore Generale per il particolare disagio.
6. Distribuzione dell'arretrato del fondo aggiuntivo regionale del 2001: circa 500,00 € per il personale infermieristico, già in pagamento con il mese di ottobre.
7. Raddoppio dell'indennità di chiamata per il personale turnista (8€) e retribuzione delle ore di straordinario qualora eccedente l'orario contrattuale. È stato istituito un tavolo di concertazione per la revisione del protocollo.
8. Attivazione di una commissione sulla formazione e l'aggiornamento.
9. Il NurSind è riuscito a far convergere le parti in una dichiarazione congiunta che permetta il mantenimento dell'indennità turno per chi sostituisca il capo sala.
10. Con nota a verbale il NurSind ha chiesto lo stanziamento a bilancio 2003 di un fondo per la remunerazione in regime libero professionale dell'attività prevista dalla Legge 1/2002.

Il NurSind di Vicenza ritiene che, stante la disponibilità dei fondi, la quota che in questa tornata contrattuale integrativa è stata destinata al personale infermieristico sia preponderante rispetto al passato e alle altre categorie del comparto.

Esserci fa la differenza!

La Segreteria Provinciale NurSind

Pisa: quando gli infermieri ci credono...

Inf. Daniele Carbocci
Segretario Provinciale Nursind

Nella realtà della provincia di Pisa sono oltre 2500 gli infermieri distribuiti in 5 presidi ospedalieri, (3 dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana -AOUP- e 2 dell'azienda USL 5 di Pisa) e nei vari distretti del territorio.

Nell'azienda ospedaliera, il personale infermieristico rappresenta quasi il 60% della totalità dei lavoratori. Nonostante questa massiccia presenza, le politiche sindacali hanno costantemente dimenticato le problematiche della nostra professione, trattando e firmando accordi in cui la professionalità e la specificità del ruolo infermieristico erano sempre disattese. Per questo, nel novembre del 2000, dopo i primi contatti "virtuali" con la segreteria nazionale, un piccolo gruppo di infermieri decide di costituire la sede provinciale di NurSind e così nel gennaio 2001 nasce la Segreteria di Pisa.

Come sempre gli inizi non sono facili: molti infermieri comprendono sì l'esigenza di avere un sindacato autonomo, ma il salto nel buio, fuori dalla rete confederale da una parte e il ribellismo delle rappresentanze di base (RdB) non è facile. Tuttavia in pochi mesi si costituisce quello "zoccolo duro" che sarà la base del successivo successo dell'avventura di NurSind Pisa.

Nel novembre 2001 l'occasione per verificare le potenzialità del sindacato infermieristico sono le elezioni per il rinnovo delle rappresentanze sindacali unitarie. NurSind Pisa si presenta contando 90 iscritti nell'azienda ospedaliera (di cui solo 70 con diritto al voto) e 50 (45) nella realtà della USL. In ambedue le aziende viene colto l'obiettivo di inserire i propri rappresentati all'interno della RSU: 5 nell'AOUP e 3 nella USL. L'aspetto più importante delle elezioni per la RSU è il rapporto fra il numero degli iscritti e i voti ottenuti: circa 300 nell'AOP e circa 200 nella USL. Era il segno che gli infermieri avevano capito.

Il successo nel voto RSU è stato determinante per lo sviluppo della segreteria, perché ci ha permesso di far vedere agli infermieri la differenza fra le proposte del sindacato infermieristico e quelle degli altri sindacati.

Finalmente gli infermieri si sono resi conto che solo un sindacato autonomo può proporre e portare avanti nelle trattative le problematiche quotidiane della professione.

Attualmente la segreteria conta 350 iscritti ed è in continua espansione.

NurSind Pisa ha puntato la sua strategia sindacale su due principali direttrici: l'informazione e la formazione.

L'informazione sindacale all'interno delle realtà aziendali è sempre stata carente. Noi siamo convinti che invece i lavoratori non debbono subire passivamente le decisioni e che l'informazione giochi un ruolo fondamentale nel far crescere la coscienza professionale. Sia che essa riguardi gli aspetti specifici della professione, sia che riguardi gli aspetti dei diritti sui luoghi di lavoro.

Contestualmente a NurSind è così nato anche il foglio informativo "Spigolature sindacali e non solo…" che è stato lo strumento per informare sia gli iscritti che i loro colleghi non iscritti di quanto accadeva in azienda: dai bandi di mobilità interna agli accordi sindacali, dalle spartizioni dei fondi alla possibilità di accesso alla formazione aziendale, ai resoconti delle riunioni di RSU.

E poi, in prima persona, NurSind Pisa si è preoccupato di fornire formazione: in tempi non sospetti (ovvero prima dell'avvento dell'ECM) sono stati organizzati eventi formativi diretti agli infermieri. Il convegno sul Mobbing dell'ottobre del 2001 è stato l'unico evento formativo per infermieri che si ricordi nella pur viva (dal punto di vista culturale) città di Pisa. Da allora, in pratica ogni 3 mesi, vengono organizzati convegni diretti al personale infermieristico.

Infine, a conferma delle possibilità del sindacato infermieristico, dopo oltre 4 mesi di discussioni in RSU dell'azienda ospedaliera, nell'ottobre 2002, NurSind Pisa firma il contratto integrativo aziendale dopo essere riuscito a far modificare sostanzialmente le proposte dell'impianto iniziale che penalizzavano gli infermieri rispetto a figure quali i tecnici sanitari e gli operatori tecnici.

Oggi NurSind Pisa è punto di riferimento degli infermieri che sempre più spesso ci segnalano le problematiche delle loro realtà lavorative e richiedono a NurSind quelle informazioni che gli altri sindacati non riescono a dare, essenzialmente per carenza "culturale" riguardo alla professione infermieristica. La sfida continua, per la crescita della nostra professione.

Rivoluzione al Collegio di Bergamo:

Rinnovati 17 consiglieri su 19. Tutti I.P.

Inf. Ida Terzi
Libera Professionista neoeletta.

Ci siamo: possiamo contare su di noi.

Non solo perché abbiamo un Organismo Istituzionale che ci rappresenta, il Collegio, ma soprattutto perché per la prima volta sono chiamati a guidare un Collegio Provinciale gli stessi Infermieri Professionali. Siamo la maggioranza: inutile discutere.

Finalmente non saranno i Dirigenti Infermieri a tracciare le linee guida per gli IP ma saremo noi in prima persona a provare, a provarci, a mettere in essere le nostre capacità professionali anche nell'ambito politico e decisionale e non solo in quello meramente operativo dei servizi.

Siamo assenti da molti anni dai Collegi. Come Infermieri ci siamo forse sentiti noi stessi poco rappresentativi per la nostra categoria e abbiamo lasciato che una Dirigenza, forse non sempre attenta alle nostre problematiche di lavoratori della salute, si facesse portavoce dei nostri problemi in ambiti alti creando di fatto un distacco sempre maggiore tra i nostri problemi " di corsia" e il desiderio di crescita della domanda salute da parte del cittadino fruitore.

Il risultato lo viviamo tutti i giorni in campo operativo.

La forbice tra leggi sempre più dettagliate , aspettative di una opinione pubblica sempre meglio informata ed esigente da una parte e la realtà operativa e relazionale del nostro vissuto professionale dall'altra è andata via via allargandosi e a farne le spese sono sempre e comunque i cittadini che vedono ridurre il livello di qualità in materia di salute pubblica .

Basta entrare in qualsiasi Azienda Sanitaria , parlare con i pazienti e gli Infermieri per capire come stanno veramente le cose.

E allora, perché non provarci?

Non ha senso, non è neanche giusto lamentare sempre la poca rappresentatitività "concreta" da parte dei nostri Dirigenti e smettere di frequentarci nei nostri Collegi, non è giusto non esserci.

Adesso, con una svolta per noi epocale siamo qui, un po' intimoriti dal compito che ci siamo dati, grande per noi che abbiamo dalla nostra solo, si fa per dire, la nostra cultura professionale in senso operativo. Reality NurseY.

Siamo quelli che fanno i turni, che "prendono le vene" , medicano, somministrano le terapie, controllano i segni vitali, che a volte si scontrano con il Personale Sanitario Medico,

quelli che dovranno imparare a "gestire" risorse professionali diverse e di supporto; ancora, siamo quelli che devono prevenire, curare, riabilitare, educare ma che di fatto solo curano per una medicina sempre più specialistica e lontana dall'uomo.

Il desiderio che ci anima è quello di riallacciare i rapporti con i nostri colleghi nel collegio che vogliamo sempre più rappresentativo, aperto; come punto di incontro, ascolto, supporto, formazione, informazione.

Per gli errori?

Aiutaci a non farne .

Due punti di vista. Due modi diversi di vedere la realtà infermieristica.

Uno, dall'alto di incarichi di dirigenza o di cattedra.

L'altro, dall'interno della professione, con la lucidità di chi la sperimenta tutti i giorni sulla propria pelle.

Realtà distanti, impossibili da far incontrare. Una situazione che vedeva costretto l'infermiere a non rivolgersi nemmeno più al proprio collegio per trovare soluzioni alle problematiche, perché incontrava le stesse facce e le stesse risposte che doveva "ingoiare" in azienda. Le stesse persone che ti impartivano ordini difficili da condividere in corsia, non potevano certo dartene altri se pur con la veste ufficiale del collegio.

Aria stagnante che ha tenuto alla larga gli iscritti. E non solo. Ha generato malcontento e insoddisfazione. Per ultimo si è aggiunta la chiusura al nuovo che avanza. A Bergamo, da due anni, Nursind sta lavorando concretamente per lo sviluppo della professione e la difesa dei diritti. Il collegio non l'ha mai digerito ed ha impedito ogni possibile collaborazione in nome dell'imparzialità e dell'autonomia dai "sindacati". Era solo un pretesto, data l'egemonia CISL.

Lo scontro è stato inevitabile. Due liste contrapposte. La vecchia strapiena di dirigenti e "teorici". La nuova, costruita in un mese con un passa parola tra corsie ed ospedali. Una forte voglia di cambiare ha fatto il resto.

Oggi, il collegio di Bergamo vanta la Presidente più giovane d'Italia, infermiera turnista in psichiatria. Giovani sono tutti gli altri 16 eletti. Giovani di testa soprattutto e con tanta volontà di cambiare e di riportare in mano alla "base" la guida del proprio organo di rappresentanza.

Inutile dire che adesso i rapporti con il sindacato di categoria non sono più preclusi, anzi, salvaguardando il rispetto delle relative competenze, si lavora in proficua sinergia. Il futuro è appena cominciato.

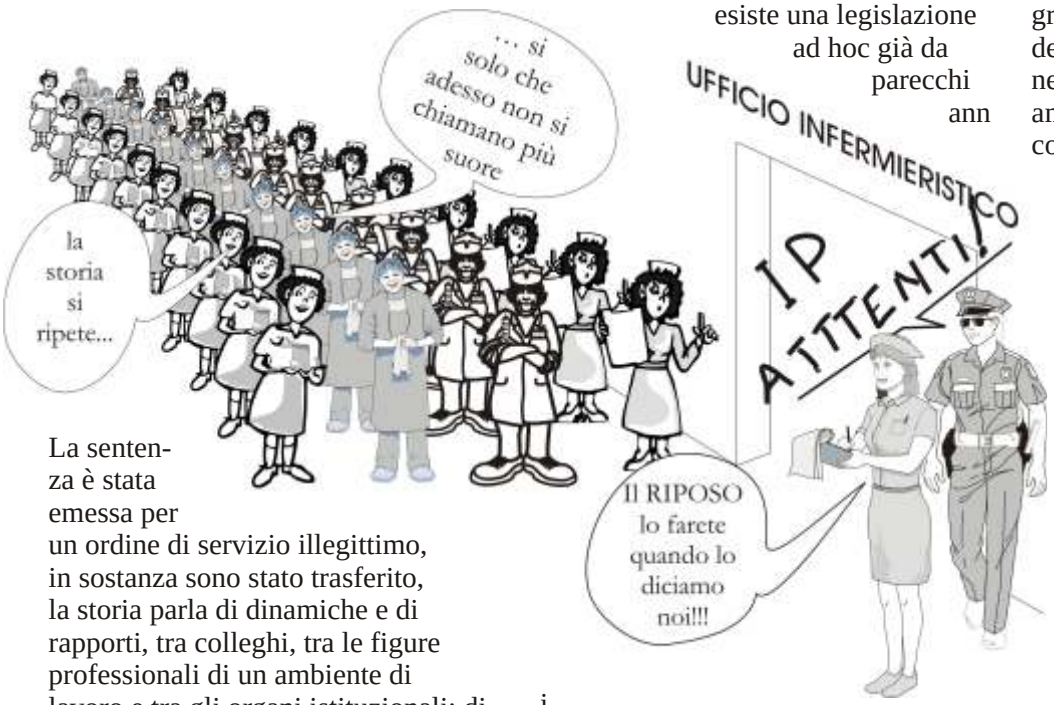
Donato Carrara
Segretario Provinciale Nursind BG

Dal MOBBING ci si può difendere.

Inf. Alessandro Norbedo
U.O.

Potrei raccontarvi tutta la mia storia ma sarebbe troppo lunga, l'ho già raccontata a due convegni ma con l'impronta personale e le diapositive risulta meno pesante.

Potrei riproporvi un articolo già apparso su alcune riviste che non è altro che il commento tecnico della sentenza che mi ha visto protagonista, ma sarebbe troppo tecnico.
Quello che non ho mai scritto ma di cui invece mi piace parlare, è il pensiero che mi sono fatto sul mobbing.



La sentenza è stata emessa per un ordine di servizio illegittimo, in sostanza sono stato trasferito, la storia parla di dinamiche e di rapporti, tra colleghi, tra le figure professionali di un ambiente di lavoro e tra gli organi istituzionali; di emozioni e di sofferenze.

"Il processo per l'aziendalizzazione della pubblica amministrazione non dev'essere limitato ai soli aspetti formali e d'organizzazione, ma deve parimenti incidere sulla cultura dei soggetti fisici che operano all'interno delle aziende le cui abitudini, usi, mentalità sono tendenzialmente portate a mantenere invariato tutto ciò che ha arrecato loro benefici, specialmente se questi ultimi sono ora posti in discussione dalle introdotte innovazioni."

Così recita un passo dell'articolo, ed è così che i processi che hanno modificato la pubblica amministrazione spesso non hanno rispettano i principi e le regole in cui ancora qualcuno di noi crede.

Il mobbing non esiste! O meglio non esisteva fino a poco tempo fa.

E uno stato virtuale, uno può subirlo ma se non lo conosce o riconosce non sa neanche cosa gli sta succedendo.

Ci sono voluti anni a farci credere che è giusto subire, è giusto stare male, non è giusto ribellarsi.

Non è palpabile non è visibile, è il delitto perfetto, così qualcuno l'ha definito, per dire la verità in Italia non è ancora un delitto, in alcuni altri stati ha già preso forma, in Svezia esiste una legislazione ad hoc già da parecchi anni.

Qualcuno ha voluto approfondire le caratteristiche dei vari soggetti che entrano in gioco nel mobbing. Mobber, mobbizzato, e per ognuno si è voluto trovare un profilo psicopatologico.

Io insisto invece, e l'esperienza mi da ogni giorno una conferma, che i profili si dovrebbero ricercare negli atteggiamenti professionali e sindacali e politici, delle parti in gioco.

Per essere più chiari possiamo dire che il mobbizzato potrebbe essere un lavoratore, per esempio un infermiere, molto impegnato nel suo lavoro, creativo, magari anche impegnato sindacalmente. In poche parole una figura in luce, esposta.

Mi torna sempre in mente una frase che mi veniva detta da una mia collega quando ci trovavamo assieme ad eseguire delle mansioni da me considerate improprie ."siamo pagati per lavorare" io le rispondevo sempre . "siamo pagati per pensare!!".

Ed è proprio qui il punto, quando dimostri di saper e soprattutto di voler pensare, dai fastidio.

Ogni qualvolta mi sono trovato a ragionare a discutere e specialmente ad esporre delle questioni di carattere organizzativo, ho dovuto affrontare uno scontro. E la cosa continua.

Ritengo che la pianificazione e programmazione del proprio lavoro dell'assistenza ma anche il contributo nell'organizzazione e nella politica in ambito aziendale debba essere ritenuta come obiettivo prioritario del lavoro infermieristico, così come anche le attuali normative hanno aperto lo spazio per poter far diventare veramente intellettuale la nostra professione.

Io la concepisco così, come potrebbe essere diversamente?

Come si potrebbe definire intellettuale una professione che non da il proprio contributo nelle scelte, che non si impone nelle scelte, è proprio su questo punto che cercano di respingerti con la testa sotto, sotto dove tutti stanno tranquilli, non danno fastidio, non pensano.

" la mancata acquisizione di maggiore capacità professionale e la conseguente perdita di chances."

Quest'ultima espressione è l'equivalente del danno professionale, in quanto con il termine "chances" viene intesa la possibilità, potenziale, presente in un soggetto di aumentare il proprio bagaglio di esperienze e conoscenze strettamente connessa all'attività che lo stesso sta svolgendo.

E' così che si è pronunciato il pretore del lavoro che ha emesso la sentenza, è la parte più recente ed innovativa, quanti di noi hanno perso delle chances?

Se veramente si è in tanti si sappia che in qualche modo è ancora possibile riprendersele.

A chi interessato posso inviare il testo integrale della sentenza o l'articolo esplicativo.

Legge 53/2000: tra famiglia, lavoro, formazione e tempo libero

Inf. **Aurora Menna**
U.O. Chirurgia Pediatria - Az. Osp. Ferrara

"Sia gli uomini che le donne vanno pensati come persone che nel corso della vita possono avere sia responsabilità familiari, che un'occupazione remunerata, che necessità di investire su di sé (formazione, socialità, ecc.). Le politiche della conciliazione non devono riguardare solo le donne ma le donne e gli uomini. La legge 53/2000 è stata un importante passo in questa direzione; perché ha coinvolto sia i padri che le madri, perché ha preso in considerazione sia la presenza di figli piccoli sia la presenza di persone con invalidità o fragilità grave, quindi diverse necessità di conciliazione ".

(Chiara Saraceno, sociologa)

Quando si parla di Legge 8 marzo 2000 n. 53, comunemente ci si riferisce a quell'insieme di norme e disposizioni (confluite, poi, nel D. Lgs. n.151/2001) che regolano i congedi parentali a tutela e sostegno della maternità e paternità. Questa definizione, seppur corretta, non sembra essere esaustiva del significato e della portata della legge stessa che, nella sua presentazione, viene cosi' denominata; " Disposizioni per il sostegno della maternità e paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi e delle città ". Tale puntualizzazione si rende indispensabile per fornire una lettura più approfondita dell'intento e delle finalità del legislatore in ordine non soltanto alla cura dei figli ma alla valorizzazione dell'individuo, delle sue risorse e possibilità, dei suoi spazi privati (famiglia, studio, tempo libero) e pubblici (lavoro, servizi sociali ed opportunità) in un contesto sociale mutevole e in continua trasformazione.

La prima parte della legge 53/2000 (congedi parentali) si dedica soprattutto alla possibilità di astenersi dal lavoro per seguire ed accudire la prole e si rivolge a tutti i lavoratori e lavoratrici dipendenti con uno o più figli entro l'ottavo anno di vita. Queste, in estrema sintesi, le principali novità introdotte in merito:

* l'aspettativa obbligatoria continua ad esser fruibile, di regola, nel periodo dei 2 mesi precedenti e dei 3 mesi successivi al parto, Tuttavia, la legge prevede la facoltà della madre di astenersi dal lavoro a partire dal mese precedente la data presunta del parto e nei quattro mesi successivi

*se il parto avviane in data anticipata rispetto a quella presunta, i giorni non goduti di astensione obbligatoria prima del parto vengono aggiunti al periodo di astensione obbligatoria dopo il parto

* anche il padre lavoratore ha diritto di astenersi dal lavoro nei primi tre mesi dalla nascita del figlio, nel caso di morte o grave infermità della madre, ovvero di abbandono o affidamento esclusivo del bambino al padre. In tal caso, il divieto di licenziamento della lavoratrice madre di cui all'art. 2 L. 1204/71 si estende al lavoratore padre (Sentenza Corte Cost. 1/87)

* estensione della durata dell'aspettativa facoltativa ad entrambi i genitori. Più precisamente, i genitori possono ottenere l'aspettativa, ciascuno, per 6 mesi, con limite complessivo di 10 mesi (se il padre lavoratore esercita il diritto di astenersi dal lavoro per un periodo non inferiore a 3 mesi, egli può ottenere l'aspettativa per 7 mesi e il termine complessivo per entrambi i genitori è di 11 mesi)

* i periodi di astensione facoltativa possono essere utilizzati in modo continuativo o frazionato negli otto anni di vita del bambino (non più entro il primo anno), previa comunicazione al datore di lavoro almeno 15 giorni prima dall'inizio della fruizione. Il trattamento economico è il seguente; fino al terzo anno di vita, il genitore ha diritto ad un'indennità pari al 30% della retribuzione; negli altri casi, il genitore ha diritto alla medesima indennità a condizione che il suo reddito individuale sia inferiore a 2,5 volte la pensione minima

* i permessi per malattia del bambino, già dovuti per i genitori di bambini fino al terzo anno di vita, sono stati estesi ai genitori di un bambino di età inferiore agli 8 anni, nel limite di 5 giorni lavorativi all'anno per ciascun genitore

* parto plurimo; i periodi di riposo sono raddoppiati e le ore aggiuntive possono essere utilizzate anche dal padre che, comunque, in alternativa alla madre, può fruire dei riposi in questione

* i genitori adottivi ed affidatari possono fruire dell'aspettativa facoltativa, se il minore ha un'età compresa fra 6 e 12 anni, nei primi 3 anni dall'ingresso del minore nel nucleo familiare

* estensione delle agevolazioni per l'assistenza a portatori di handicap anche qualora l'altro genitore non ne abbia diritto (modifica art. 33, L. 104/92) nonché ai genitori e ai familiari di lavoratori , con rapporto di lavoro pubblico o privato, che assistono con continuità e in via esclusiva un parente o un affine entro il terzo grado portatore di handicap, ancorché convi-

vente * è fatto obbligo l'astensione dal lavoro notturno alle lavoratrici madri entro il primo anno di vita del bambino e, su specifica richiesta della dipendente, entro i tre anni di vita (cosi' come recepito dal D.Lgs. 151/2001)

Riguardo la possibilità di studio e aggiornamento, di valorizzazione di sé stessi, delle proprie aspirazioni e carriera professionale, nell'ambito della seconda parte della legge 53/2000, in evidenza;

* il "congedo per formazione" per un periodo non superiore ad 11 mesi , continuativo o frazionato, nell'arco dell'intera vita lavorativa, per dipendenti con almeno 5 anni di anzianità presso la stessa azienda o amministrazione. Il periodo è finalizzato al completamento della scuola dell'obbligo, al conseguimento del titolo di studio di secondo grado, del diploma universitario o di laurea, alla partecipazione di attività formative diverse da quelle poste in essere o finanziate dal datore di lavoro

* il " congedo per formazione continua" e cioè il diritto, per tutto l'arco della vita, ad accrescere conoscenze e competenze professionali attraverso piani formativi aziendali o territoriali. Tale formazione può corrispondere ad autonoma scelta del lavoratore o su proposta dell'azienda o amministrazione. Alla contrattazione collettiva di categoria, nazionale e decentrata, il compito di destinare le modalità di gestione (monte ore, retribuzione, modalità di orario e di individuazione dei beneficiari)

E ancora, riguardo al fattore "tempo";

* flessibilità dell'orario di lavoro, tempi delle città (esercizi commerciali, servizi pubblici, scuole, negozi, ecc.), banche del tempo (associazionismo, solidarietà); tutti aspetti tesi a migliorare la qualità della vita in relazione agli impegni e alla socialità dell'individuo/cittadino/lavoratore.

Migliorare la vivibilità delle nostre città, perché? Molto del nostro tempo sfuma in spostamenti faticosi, in attese di servizi o nello sforzo di tenere insieme gli orari del nostro lavoro, della scuola, dei trasporti pubblici, dei negozi e degli uffici. Riformare il nostro quotidiano, ridisegnare i servizi e le conquiste dei lavoratori e delle lavoratrici a misura di una società profondamente mutata. Quando una comunità decide di riconoscere diritti sul tempo ai cittadini, deve saper mettere al centro la giornata o il tempo di vita di ciascuno di loro (padre, madre, figli, disabili, studenti, ecc.). Per riconoscere valore al tempo necessario alla cura dei figli o dei familiari in difficoltà, allo studio o alla qualificazione professionale, bisogna che le compatibilità economiche, organizzative e sociali ruotino intorno ai bisogni riconosciuti dell'individuo e non viceversa.

Sebbene la legge 53/2000 sia stata presentata e firmata da donne, essa non è una legge al femminile. Approvata senza un voto contrario e sottoscritta da ben quattro Ministeri – Solidarietà sociale, Lavoro, Tesoro e Previdenza sociale , essa riconosce maggiore incisività alla figura paterna in quanto tale e non più subordinata a quella materna; in termini generali, la legge aiuta a conciliare i tempi di lavoro con quelli da dedicare alla famiglia,

al tempo libero, alla formazione, alla riorganizzazione dei tempi di vita di uomini e donne, alla distribuzione e gestione dei carichi familiari fra sessi, a prescindere dal genere. Sappiamo che non basta stilare una legge perché essa abbia effetto; occorre conoscerla, renderla fruibile, e accessibile, sondarne i punti meno chiari, anche in un quadro di difficoltà di applicazione od interpretazione (come l'anticipazione del TFR a copertura dei periodi di congedo, attualmente preclusa agli utenti Inpdap, oppure la mancata sostituzione del dipendente assente per carenza e/o cattiva gestione e distribuzione delle risorse umane) con l'intento di superarne gli eventuali ostacoli in un'ottica di pianificazione e programmazione che miri ad armonizzare il più possibile le esigenze del lavoratore/lavoratrice con quelle dell'azienda o amministrazione di appartenenza.

LEGGE 8 marzo 2000, n.53

in Gazzetta Ufficiale n. 60 del 13-03-2000

Disposizioni per il sostegno della maternita' e della paternita', per il diritto alla cura e alla formazione

1. Ferme restando le vigenti disposizioni relative al diritto allo studio di cui all'articolo 10 della legge 20 maggio 1970, n. 300, i dipendenti di datori di lavoro pubblici o privati, che abbiano almeno cinque anni di anzianita' di servizio presso la stessa azienda o amministrazione, possono richiedere una sospensione del rapporto di lavoro per congedi per la formazione per un periodo non superiore ad undici mesi, continuativo o frazionato, nell'arco dell'intera vita lavorativa.

2. Per "congedo per la formazione" si intende quello finalizzato al completamento della scuola dell'obbligo, al conseguimento del titolo di studio di secondo grado, del diploma universitario o di laurea, alla partecipazione ad attivita' formative diverse da quelle poste in essere o finanziate dal datore di lavoro.

3. Durante il periodo di congedo per la formazione il dipendente conserva il posto di lavoro e non ha diritto alla retribuzione. Tale periodo non e' computabile nell'anzianita' di servizio e non e' cumulabile con le ferie, con la malattia e con altri congedi. Una grave e documentata infermita', individuata sulla base dei criteri stabiliti dal medesimo decreto di cui all'articolo 4, comma 4, intervenuta durante il periodo di congedo, di cui sia data comunicazione scritta al datore di lavoro, da' luogo ad interruzione del congedo medesimo.

4. Il datore di lavoro puo' non accogliere la richiesta di congedo per la formazione ovvero puo' differirne l'accoglimento nel caso di comprovate esigenze organizzative. I contratti collettivi prevedono le modalita' di fruizione del congedo stesso, individuano le percentuali massime dei lavoratori che possono avvalersene, disciplinano le ipotesi di differimento o di diniego all'esercizio di tale facolta' e fissano i termini del preavviso, che comunque non puo' essere inferiore a trenta giorni.

5. Il lavoratore puo' procedere al riscatto del periodo di cui al presente articolo, ovvero al versamento dei relativi contributi, calcolati secondo i criteri della prosecuzione volontaria.

Art. 6. (Congedi per la formazione continua).

1. I lavoratori, occupati e non occupati, hanno diritto di proseguire i percorsi di formazione per tutto l'arco della vita, per accrescere conoscenze e competenze professionali. Lo Stato, le regioni e gli enti locali assicurano un'offerta formativa articolata sul territorio e, ove necessario, integrata, accreditata secondo le disposizioni dell'articolo 17 della legge 24 giugno 1997, n. 196, e successive modificazioni, e del relativo regolamento di attuazione. L'offerta formativa deve consentire percorsi personalizzati, certificati e riconosciuti come crediti formativi in ambito nazionale ed europeo. La formazione puo' corrispondere ad autonoma scelta del lavoratore ovvero essere predisposta dall'azienda, attraverso i piani formativi aziendali o territoriali concordati tra le parti sociali in coerenza con quanto previsto dal citato articolo 17 della legge n. 196 del 1997, e successive modificazioni.

2. La contrattazione collettiva di categoria, nazionale e decentrata, definisce il monte ore da destinare ai congedi di cui al presente articolo, i criteri per l'individuazione dei lavoratori e le modalita' di orario e retribuzione connesse alla partecipazione ai percorsi di formazione.

3. Gli interventi formativi che rientrano nei piani aziendali o territoriali di cui al comma 1 possono essere finanziati attraverso il fondo interprofessionale per la formazione continua, di cui al regolamento di attuazione del citato articolo 17 della legge n. 196 del 1997.

4. Le regioni possono finanziare progetti di formazione dei lavoratori che, sulla base di accordi contrattuali, prevedano quote di riduzione dell'orario di lavoro, nonche' progetti di formazione presentati direttamente dai lavoratori. Per le finalita' del presente comma e' riservata una quota, pari a lire 30 miliardi annue, del Fondo per l'occupazione di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto-legge 20 maggio 1993, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1993, n. 236. Il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, provvede annualmente, con proprio decreto, a ripartire fra le regioni la predetta quota, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

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

Spagna:

GIORNATA DELLA DONNA LAVORATRICE

Satse esige la revisione del catalogo di malattie professionali. Secondo un studio elaborato per satse, una su tre infermiere soffre di mobbing o persecuzioni psicologiche.

Il sindacato degli infermieri spagnoli, nel giorno della donna lavoratrice, rivendica al governo che metta in moto un studio esaustivo che contempli come malattie professionali alcune indisposizioni quotidiane che soffrono le donne sui posti di lavoro ma che non sono riconosciute come tali.

Questo è il caso del mobbing, dello stress, del burn-out, certe alterazioni musculo-scheletriche, ed altre. Le cifre dimostrano l'allarmante situazione delle donne in questo senso, soprattutto in una professione come l'assistenza infermieristica che vede l'80% del personale composto da donne.

Una su tre infermiere intervistate per il sindacato di infermeria affermano essere vittime di mobbing persecuzioni psicologiche. SATSE rivendica da anni l'avviamento di una politica integrale per la donna che contempli la definizione di azioni di conciliazione della vita lavorativa con quella familiare e continuerà a battere con forza su questo tasto.

Le difficoltà intrinseche della professione infermieristica, come la rotazione di turni d'assistenza sulle 24 ore, il lavoro notturno, i fine settimana e festivi, complicano o non conciliano con lo sviluppo di una vita lavorativa attiva ed il piacere di una vita personale normalizzata.

Si tratta dunque, di lavorare per favorire e rendere meno traumatico per le donne l'esercizio della professione, facilitando la carriera ed il raggiungimento di posti di alta responsabilità e promuovendo leggi che facilitino la maternità: creazione di asili nei centri sanitari, cambio sistemato immediato in caso di maternità, flessibilità della giornata ed aiuti familiari, ed altro. Il sindacato di infermeria avverte che è una necessità, ogni giorno che passa sempre più imperdonabile, creare nel nostro paese leggi che favoriscano un equilibrio tra donne ed uomini nel mondo del lavoro.

Dal giornale USA TODAY

LA MANCANZA DI INFERMIERI COSTA VITE. IL RISCHIO, MAGGIORATO DEL 31% NEGLI OSPEDALI CON POCO PERSONALE

Uno studio dell'Associazione Medica Americana ha stimato che almeno 20.000 persone muoiono negli ospedali americani a causa di mancanza di personale infermieristico, esse costituiscono circa un quinto degli stimati 98.000 morti dovuti a errori medici.
Gli americani in nota per interventi chirurgici routinari quali la protesi del ginocchio corrono il 31% in più di rischi di morire se ricoverati in ospedali con scarso personale.
Lo studio è l'ultimo di una serie che esamina i legami tra i livelli di assistenza diminuiti e l'assistenza al paziente.
Ne viene fuori una chiara mancanza di personale infermieristico.
Le misure di tagli dei costi di alcuni ospedali hanno portato a una mancanza di personale e a livelli pericolosamente bassi di assistenza in alcuni casi.
Gli amministratori degli ospedali sostengono che sia difficile trovare personale qualificato.
Questa è una situazione di crisi dice Barbara Blackney presidente dell'Associazione Infermieri Americani quando ha saputo dei risultati dello studio.
Linda Alken dell'Università di Pensylvenia e le sue colleghe hanno sorvegliato più di 10.000 infermieri dei 168 ospedali statali.
Hanno anche guardato il dato dei 232.342 pazienti ricoverati negli ospedali per chirurgia di routine o procedure ortopediche: "Il tipo di interventi che la gente si aspetta vadano bene" dice Linda.
Il gruppo di studio ha scoperto che ogni paziente aggiunto a un gruppo già formato porta ad un aumento del 7% in più di rischio di morire.
Lo studio suggerisce anche che aggiungere molti pazienti a casi già programmati può risultare in errori fatali.
Le infermiere negli ospedali carenti di personale corrono per rispondere all richieste di molteplici pazienti, in molti ospedali una sola infermiera risponde ai bisogni di 8 o più pazienti. In più, molte infermiere oggi devono lavorare di più, a volte fino a 16 ore al giorno.
L'infermiera stressata dal lavoro può non percepire i segni di un peggioramento del paziente abbastanza velocemente da poterlo salvare, ciò aumenta il burnout dell'infermiera e le possibilità che all'infermira sfuggano dettagli importanti.
"L'industria ospedaliera ha creato questo" dice Jill Furillo dell'Associazione Infermieri Californiani, gli ospedali tagliano i posti da infermiere per risparmiare i soldi.
Ma Pamela Thompson un'infermiera dell'esecutivo dell'Associazione degli ospedali Americani, nega le affermazioni.
Lei dice che molti dirigenti hanno difficoltà a trovare abbastanza infermieri da rimpiazzare quelli che vanno in pensione.
"Gli amministratori che hanno questo problema spesso affittano infermieri temporanei per poter offrire la qualità dell'assistenza" aggiunge Rick Wade della stessa Associazione, egli afferma che le 20.000 morti sono solo stime che non tengono conto delle condizioni fisiche del paziente e della gravità della malattia.
Rapporto infermiere paziente
Se 100 pazienti ospedalieri muoiono quando ci sono 4 pazienti per 1 infermiera, sotto vi è la stima del numero che morirebbe se il rapporto aumenta:

NOTA: altri studi hanno stimato in 98.000 i morti causati da errori medici negli ospedali americani.

Rapporto Inf. - Paz.	% di morti
4 a 1	100
5 a 1	107
6 a 1	114
7 a 1	123
8 a 1	**131**

SLOVENIA: IL 66% DEGLI INFERMIERI ISCRITTI AL SINDACATO DI CATEGORIA SDZNS

Nel maggio 2002 la Segreteria Provinciale Nursid di Trieste ebbe il piacevole incarico di incontrarsi con i colleghi del Sindacato lavoratori dell'assistenza sanitaria della Repubblica di Slovenia (Sindikat Delavcev v Zdravstveni Negi Slovenije SDZNS).

L'incontro avvenne ad Isola d'Istria, una cittadina a 30 km da Trieste.

La collega Flory Banovac, segreterio generale del SDZNS, ci fornì un rapido quadro storico di questo sindacato che, nato nel 1994, nel giro di pochi anni è diventato il sindacato rappresentativo delle professioni infermieristiche della vicina Repubblica.

Il cammino a questo successo non è stato per nulla facile ma, la collega lo ha più volte ribadito, con l'entusiasmo e la solidarietà degli iscritti sono riusciti ad ottenere importantissimi risultati, grazie anche ad un corteo di protesta lungo le vie della capitale (1997) che, per la partecipazione di migliaia di iscritti, ha sorpreso il Governo a tal punto da aprire ampie prospettive di sviluppo.

Poco dopo, infatti, sono riusciti ad ottenere il contratto collettivo di categoria, loro principale richiesta.

La situazione sindacale precedente era paragonabile, con i debiti distinguo, a quella italiana attuale. Vi era la presenza di sindacati generali, con forte caratterizzazione politica, che rappresentavano, nelle loro varie articolazioni, tutto il mondo del lavoro. In tale contesto non si sentivano rappresentati con sufficiente competenza ed incisività e vi era il rischio di naufragare seguendo le sorti, non benevoli, dei lavoratori a basso contenuto di professionalità e specializzazione.

La formazione professionale degli operatori dell'assistenza, tutti rappresentati nel sindacato, si può così sintetizzare: la figura paragonabile al nostro infermiere professionale ha formazione universitaria della durata di quattro anni; quella corrispondente al nostro infermiere generico ha formazione di scuola secondaria superiore della durata di quattro anni (maturità tecnica), il biennio iniziale dà il titolo corrispondente al nostro O.T.A.

Vi sono corsi di specializzazione post laurea ed il dottorato di ricerca che abilita alla carriera universitaria. I direttori dei corsi di laurea sono, infatti, infermieri.

Vi sono più di 8.000 iscritti, una proporzione enorme se consideriamo che gli operatori della assistenza non superano le 12.000 unità e la popolazione complessiva della Repubblica supera di poco i due milioni. Hanno una sede nazionale e vi sono 4 persone stipendiate che lavorano a tempo pieno per il sindacato. I fondi derivano esclusivamente dal tesseramento.

A livello organizzativo vi sono segreterie in tutti gli ospedali sloveni, nella gran parte dei distretti sanitari, case di riposo, strutture sociosanitarie ed altri istituti ove lavorano infermieri ed addetti all'assistenza.
L'organigramma si completa con segreterie regionali ed una Assemblea nazionale composta da 14 rappresentanti regionali.

La politica generale del sindacato è decisa da quest'ultimo organo, che ha la rappresentanza e tratta direttamente con il Governo in materia contrattuale; da notare che limitatamente ai progetti di legge relativi allo statuto della professione e ad altre tematiche sanitarie conferiscono alle istituzioni un parere obbligatorio, con una sorta di diritto di veto.

La collega Banovac ha sottolineato l'enorme mole di lavoro svolta con i mezzi di comunicazione in modo da sensibilizzare l'opinione pubblica e di avere più potere al momento di sedere al tavolo delle trattative con la controparte governativa.

Per l'eccellente lavoro svolto con i media, nel 1999 hanno ricevuto il premio Internazionale Front Line 21.

L'incontro fu voluto anche per presentare ai colleghi sloveni il progetto di federazione europea dei sindacati infermieristici. La proposta ha suscitato tal vivo interesse che riteniamo possa sfociare in una proficua collaborazione a sostegno dell'iniziativa.

Nelle immagini, due momenti di manifestazioni di protesta infermieristiche, in Spagna ed in Francia.

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...

DIPENDE ANCHE DA TE!

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