



Il calvario di un diritto negato!

8 aprile 2003

A seguito delle direttive europee 104/93 CE, 2000-/34 CE e 2003/88 CE il Presidente della Repubblica emana il Dlg n 66

24 dicembre 2007

La legge finanziaria 2008 all'art 3 comma 85, prevede l'asclusione dei diritti del Dlgs 66.

27 febbraio 2008

Il decreto mille proroghe, che modifica la finanziaria, all'art 24 ter, prevede l'applicabilità al personale fino al 1 gennaio 2009 dell'art 7 Dlgs 66/2003 relativo al diritto al riposo giornaliero di 11 ore consecutive

29 febbraio 2008

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

La nostra Costituzione all'art 36 prevede che " la durata massima della giornata lavorativa è stabilita dalla legge" e non da altro

Quindi l'art 5 del nuovo contratto è anticostituzionale

Il Governo ha abolito per il personale che opera nelle strutture sanitarie il diritto al riposo giornaliero!

Il diritto al riposo giornaliero vale, per legge, per tutti gli altri lavoratori ma non più per il personale che opera nelle strutture sanitarie.

Cari colleghi dopo continui tentativi a seguito della contrarietà esposto a livello unitario, il Parlamento nella fase finale dell'iter della legge finanziaria 2008 ha approvato l'esclusione del personale che opera nelle strutture sanitarie l'applicazione dell'art 7 del DL 66 del 2003 che prevede le 11 ore di riposo giornaliero fra un turno e l'altro.

Il governo in gran silenzio, con la Legge Finanziaria 2008, ha reso **non applicabile** il diritto al riposo giornaliero di almeno 11 ore consecutive al personale che opera nelle strutture sanitarie.

Così in Italia, tutti hanno diritto al meritato riposo: dipendenti dei Ministeri, dipendenti di Regioni, Province, Comuni, Bancari, Insegnanti, Operai, Cassiere di supermercato, Autotrasportatori, Ferrovieri, Parrucchiere.... **meno il personale che opera nelle strutture sanitarie.**

E' una discriminazione barbara ed inaccettabile.

In questo modo il Governo ha disapplicato in Italia, le direttive europee in tema d'orario di lavoro e riposo.

In Francia e Spagna il personale sanitario ha diritto, per legge, a 12 ore di riposo consecutive ogni giorno. Negli altri stati europei si va da un minimo di 11 fino anche a 13 ore consecutive di riposo giornaliero. In Europa hanno applicato le direttive europee, **in Italia le hanno disapplicate.**

Occorre reagire contro i rapinatori della nostra vita, dei nostri riposi, della nostra salute.

Hanno tolto la garanzia di riposi giornalieri per poter sfruttare il personale e risparmiare, su chi già sta dando tantissimo.



Le Aziende potranno programmare anche un turno nel giorno dello smonto notte!!!!

Ad es.

Lun	Mar	Mer	Gio
Pomeriggio	Mattina- /Notte	Notte- /Pomeriggio	Riposo

turni in quarta con M/N e N/P,

ancora peggio, turni in quinta con M/N e N/P in cui il 4° giorno è a disposizione dell'Azienda per sostituire le assenze

Lun	Mar	Mer	Gio	Ven
Pomeriggio	Mattina- /Notte	Notte- /Pomeriggio	Jolly	Riposo

Nessuno potrà più opporsi. **Prima ciò NON era consentito.** Se non facciamo tornare sui propri passi il governo, il personale non sarà più solo spremuto come limone, ma utilizzato come scorze per fare i canditi.

Chi è programmato al **Servizio di Pronta Disponibilità (reperibilità)** ora non ha più nessuna garanzia (nemmeno sulla carta) di poter avere un adeguato riposo dopo il lavoro svolto a seguito della chiamata. Potrà lavorare al pomeriggio, essere chiamato (anche più volte) la notte e poi dover riprendere a lavorare la mattina. Tutto a ciclo continuo: peggio dei forni fusori!

Non ci si potrà più rivolgere nemmeno alla Direzione Provinciale del Lavoro o al Giudice del lavoro perché lo sfruttamento diverrà legalizzato. Le DPL non potranno più sanzionare le Aziende Sanitarie.

Lo scopo perseguito dal governo E' non far pagare le salatissime multe già comminate dalle Direzioni Provinciali del Lavoro alle Aziende che non hanno rispettato la legge sui riposi minimi

(Art. 7 D.Lgs. 66/2003) (infatti, nel contratto vogliono che le deroghe siano retroattive dal 2003)

Siamo fuori dall'Europa, siamo fuori dal tempo, siamo tornati al medioevo con vassalli, valvassori, valvassini e servi della gleba.

Con questo provvedimento l'Italia esce dall'Europa: la Romania entra.

Se, per ora, vivete in un'isola felice, statene certi: come è già successo in centinaia di Ospedali e ASL, se non si fa retrocedere il governo, **presto vi troverete in un girone infernale.**

Questa è una battaglia della vitalità contro la rassegnazione...

Sicurezza sui luoghi di lavoro...

Al Ministro del Lavoro

Al Ministro della Funzione Pubblica

Al Ministro della Salute

Al Sottosegretario del Ministro della Salute

Al Presidente della XII Commissione

Igiene Sanità Senato

Ai Componenti della XII Commissione

Igiene Sanità Senato

Alle Organizzazioni Sindacali

Oggetto: ferma opposizione alla deroga del comma 1bis dell'art 7 comma 1 decreto legislativo n. 66/2003

La scrivente Associazione delle professioni infermieristiche e tecniche è venuta a conoscenza dell'ordine del giorno n G/1334/2/7 E 12 al DDL n 1334 recante "Interventi per il settore sanitario e universitario", accolto dal Governo ed approvato dalle commissioni riunite su proposta dei Senatori Tomassini, Bianconi, Carraio, Colli, Ghigo, Lo Russo, Ascutti.

La scrivente manifesta la propria ferma opposizione alla proposta di deroga dei Senatori sopra elencati che prevede l'abolizione del diritto al riposo minimo giornaliero di 11 ore consecutive tra i due turni lavorativi per il personale sanitario presso le strutture di ricovero e cura.

Tale modifica regolarizzerebbe per il personale sanitario lo svolgimento di due turni lavorativi nella stessa giornata, (quello mattutino e quello notturno, per un totale di 16-18 ore di lavoro nelle 24 ore, o dal pomeriggio al mattino, con stacco tra i due turni non sufficiente a garantire un adeguato recupero psico-fisico, pronta disponibilità senza riposo di almeno 11 ore dopo la fine del normale turno, pomeriggio dopo la notte).

Si parla molto di "**rischio clinico**" dovuto allo stress psico-fisico; questa modifica esporrebbe il personale al burn - out, contrastando il DL 165/2001 art 53 "disciplina sui dipendenti della pubblica amministrazione, e la stessa normativa dell'art 7 comma 1 del DL 66/2003, portando tutto il personale che opera nei settori sanitari, privati e territoriali ad operare in condizioni inumane.

La segreteria chiede al Governo di rigettare tale modifica, mantenendo l'attuale normativa (DL 66/2003 art 7 comma 1) che prevede il diritto al riposo minimo giornaliero di 11 ore consecutive tra i due turni.

Crediamo che la qualità del servizio sanitario nazionale ha bisogno di scelte politiche serie, non di deroghe che siano contrarie alla tutela della salute, in quanto il diritto alla salute è protetto dalla Costituzione Italiana e dalla Corte di Giustizia delle Comunità Europee che più volte ha negato interpretazioni arbitrarie della direttiva europea.

Non è giusto che chi, per qualsiasi motivo, non ha rispettato una legge della Repubblica Italiana ottenga scappatoie; non possono essere concesse deroghe universali che giustificano a posteriori un comportamento "**illecito**". Non può essere concesso ad un funzionario pubblico apicale di non applicare una legge dello Stato, quando la Comunità Europea vorrebbe addirittura l'applicazione diretta delle direttive chiare e precise. Il **genio italico** non ha confini e con una legge a posteriori e retroattiva al 2003 tenta di sanare le violazioni e gli "illeciti" commessi in questi anni dalle aziende a danno dei cittadini e dei lavoratori.

Verbania 29 novembre 07

la segreteria migep

Il migep convocato nella IV Commissione Permanente del Consiglio Regionale Piemonte per esporre le proprie deduzioni sui testi pdl 330-448

Osservazioni ai testi Pdl 330 - 448 presentata nell'incontro del 25 marzo 08

Pdl 448 presentato da Luigi Sergio Ricca (PSI):

La relazione la troviamo molto superficiale, generica ed incompleta; infatti, uno dei punti cardine della proposta di legge, il servizio infermieristico regionale, che si sviluppa per ben 8 articoli sui 13 totali della proposta di legge **non** è neanche menzionato nella relazione, ma pone alcuni problemi (che non risolve) sui quali si può discutere ed entrare nel merito. **E' incredibile che non si spieghi** la ratio del bisogno di creare tale istituzione che dovrebbe avocare a sé poteri non indifferenti come: (censimento e monitoraggio sul bisogno infermieri, pianificazione del bisogno di dotazioni organiche infermieristiche e loro distribuzione nelle aziende ed anche personale di supporto, definizione e verifica dei livelli di qualità e delle modalità di erogazione dell'assistenza infermieristica, programmazione e gestione di iniziative formative per infermieri e personale di supporto, promozione ed attuazione di progetti di ricerca, progetti di carattere organizzativo nell'ambito dell'assistenza infermieristica, incentivazione, accesso ai corsi di laurea). Suddividendolo in tre sottoaree, **formando una struttura quasi elefantica!** Teniamo ad evidenziare che tutte le "mansioni" di questo servizio infermieristico regionale, di fatto, sono già svolte in parte da organi regionali decisionali (giunta ed assessore) e in parte dalla contrattazione fra le aziende e le organizzazioni sindacali (che non a caso non sono mai menzionate in questa pdl). Le RSU hanno il compito di individuare le eventuali mancanze aziendali. Altre attività, menzionate, sono di competenza delle Università (ricerca) e dei Collegi (sviluppo figura professionale). Se no, a cosa servono i collegi?, le Università?, le Rsu? E' evidente che la finalità è quella, di costituire un ambito di "**potere**", peraltro esplicitamente e **molto corporativo** (più volte si ripete la frase "**conferendo l'incarico...** ad un professionista dell'area infermieristica" anche dove, forse, le responsabilità dovrebbero essere più politiche che tecniche.

Es. **Ammettendo** che il Servizio infermieristico regionale prenda vita, non si comprende perché al vertice ci dovrebbe essere per forza un infermiere, date le caratteristiche e finalità generali, a questo punto ogni categoria può rivendicare il ruolo.

A conferma di quanto è stato appena espresso, vi è anche l'art. 10 dove si obbligano le aziende sanitarie alla istituzione dei servizi infermieristici, ovviamente, "conferendo l'incarico di dirigente ad un professionista dell'area infermieristica". Il sospetto è che, dato il numero sempre maggiore di persone che stanno frequentando il corso di laurea specialistica, (spesso con forti sconti formativi per chi da tempo ricopre un ruolo simile, magari senza neanche il diploma di laurea) **stia prendendo corpo il problema di come collocare queste persone in ambito dirigenziale:** da qui la richiesta di moltiplicare i "dirigenti" a livello regionale e locale. Temiamo che gli appetiti possano essere molto stimolati: vedi lancio dei corsi di master universitari post - laurea di primo livello che servirebbero a costruirsi un "curriculum" possente a tutti quelli che potranno rientrare come "professori" (medici e sempre di più infermieri, ovviamente, però, dirigenti).

Sulla figura dell'infermiere di famiglia bisognerebbe approfondire.

Personalmente riteniamo che la figura infermieristica debba essere molto spinta in ambito territoriale ma solo attraverso la Casa della Salute. Per ciò che riguarda il regime di convenzione con la Regione, ovviamente, siamo molto contrari in quanto gli infermieri operanti sul territorio (nella casa della salute) non possono che avere un contratto di tipo esclusivo con il SSN. L'errore fatto con i medici di famiglia non dovrebbe essere ripetuto e, anzi, dovrebbe essere rivisto. Un'ultima annotazione, sempre nella relazione vi è anche una certa contraddizione: da un lato si lamenta un'enorme carenza infermieristica che però deve essere risolta eliminando tutta la parte alberghiera e burocratica che rimane in capo agli infermieri (fino al 50% delle mansioni effettuate, secondo la relazione) e trasferendola a personale di supporto. (Si libererebbero il 50% dei posti di lavoro?), da l'altro lato al termine della relazione si rileva che la legge è a costo zero, perché per giungere alle finalità previste, sarebbe sufficiente una riorganizzazione del lavoro (a parità di personale insufficiente?).

Mancano o no infermieri? Le mansioni di natura infermieristica le svolgono solo gli infermieri o sempre di più OTA e OSS(S)?

Non crediamo che sia tutto a costo zero, considerando il numero di dirigenti previsti dal pdl.

Pdl 330 presentato da consiglieri di AN.

Anche in questo caso piena di contraddizioni, rappresenta il massimo del corporativismo e dell'autoreferenzialità. Secondo il pdl, l'istituzione dell'ufficio infermieristico regionale. Dovrebbe essere composto da rappresentanti del collegio, dirigenti infermieristici e personale sanitario infermieristico (una sovrastruttura corporativa ai massimi livelli). E' inquietante che le "mansioni" siano pressoché le stesse di quelle previste nell'altra pdl (censire, monitorare e pianificare il fabbisogno di dotazioni organiche infermieristiche e di supporto – se in queste due pdl proponete una nuova struttura ci domandiamo fino ad oggi come avete fatto a gestire tutto il settore infermieristico e dell'assistenza?)

Definire livelli di qualità, programmare e gestire iniziative di formazione, promuovere e curare progetti di ricerca e progettare interventi di carattere organizzativo). I dubbi sono, ovviamente, quelli rilevati nella prima relazione; la caratteristica, qui, è chiaramente la difesa della razza italiana in ambito infermieristico ponendo una attenzione spasmodica a che non siano accettati infermieri stranieri che non conoscano bene l'italiano (i bandi di concorso pubblico sono per legge aperti a tutti i cittadini europei, e non crediamo che tutti gli europei conoscano l'italiano!).

Detto questo, è vero che il problema della lingua esiste, ma a questo punto deve farsene carico a proprie spese direttamente la Regione poiché è l'istituzione (e cioè la cittadinanza) che ha bisogno di questa figura. Non solo, gli stranieri dovranno poi anche avere un curriculum professionale "attestante la propria rettitudine" (sic!) ed entrare in una procedura infinita che ha come perno

l'iscrizione al collegio. L'obiettivo di questi pdl è di arrivare a questo scopo? Si parla poi non solo di dirigente infermieristico aziendale, ma addirittura di strutture più specialistiche secondo i "bisogni del territorio" che verranno valutati dall'Assessore con le organizzazioni sindacali (locali o regionali?) e il dirigente infermieristico aziendale. Un'organizzazione elefantia. Incredibile poi l'utilizzo d'orario aggiuntivo rispetto a quello dovuto in regime normale di dipendenza, sarebbe bene fare una valutazione alla luce del dlgs 66/2003 (anche se è stato modificato da un emendamento della finanziaria).

Gli emendamenti:

Emendamento 1: incredibile, in quanto per legge determina l'avvio di una contrattazione regionale che porti ad un livello adeguato i salari. (Quale livello? A chi? Che fine fanno i contratti nazionali?).

Emendamento 2- Infermiere di famiglia come libero professionista convenzionato: Interessante notare anche qui una sovrapposizione degli argomenti e soluzioni fra le due pdl.

Emendamento 3- Purtroppo, per legge, tutti gli infermieri - anche pubblici dipendenti e italiani- sono obbligati ad essere iscritti all'albo (l. 43/06). L'iscrizione era già in vigore per coloro che non si trovavano nella condizione d'essere pubblici dipendenti. Tutto ciò vale anche per gli infermieri stranieri (già oggi devono avere l'iscrizione). Esistono ovviamente anche diversi casi in cui la residenza dell'infermiere non è nella provincia dove opera e in questo caso l'iscrizione è data dal collegio della provincia di residenza, com'è ovvio che sia (certo, questo apre la questione di possibili strane commistioni fra società, cooperative e collegi, ma questa è un'altra storia).

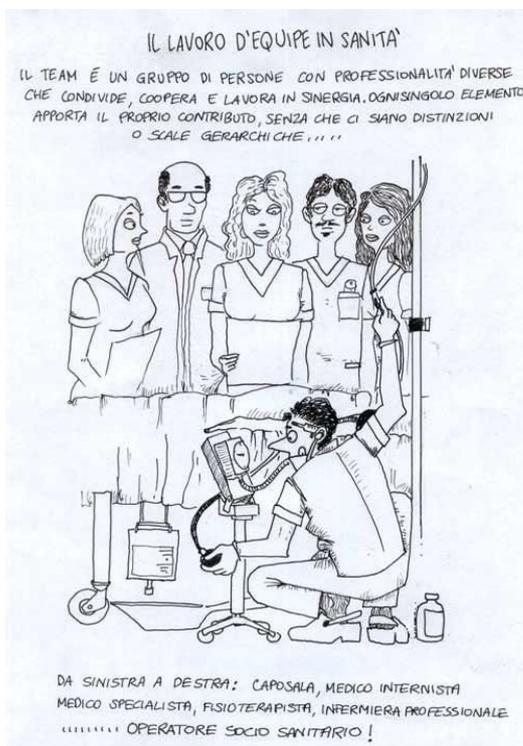
Emendamento 4- E' incomprendibile perché il tutoraggio debba essere normato solo per gli infermieri stranieri. La gran parte di quelle problematiche esiste anche per i neoassunti. La responsabilità di verificare la padronanza della lingua italiana, chi l'assume? Un infermiere, da quanto ne so, non è laureato in lingua e letteratura italiana. Il Collegio Ispasvi non ha facoltà di poter determinare un esame di lingua italiana; gli stranieri dovrebbero seguire e superare un esame gestito e organizzato dalla regione a spese della stessa regione, che dovrebbe farsi carico della certificazione richiesta dalle norme nazionali per contribuire al miglioramento dell'assistenza.

Riguardo il comma 4 dell'emendamento 4 possiamo condividere in parte il concetto perché andrebbe a eliminare il lavoro precario che contribuisce a peggiorare il livello assistenziale mettendo anche gli operatori a rischio senza tutela della salute (626), con restrizione dei diritti sanciti dalle norme, mutua, infortunio ecc. La mancanza di personale infermieristico, un problema, che non può essere risolto a livello regionale: l'istruzione e la formazione implicano l'istituzione di scuole di diverso grado che sono di competenza statale. Secondo i dati in nostro possesso comunque sono più gli infermieri che si licenziano o cambiano professione che quelli che vengono assunti; se si continua così gli infermieri saranno sempre meno e sempre di più saranno sostituiti da personale che proviene dall'estero (in molti casi senza titolo abilitato) oppure da operatori socio sanitari. La regione Piemonte dovrebbe porre il problema alla Conferenza Stato-Regioni e chiedere che intenda fare il Governo per risolvere il problema. Restiamo fermi sulla proposta di legge 81, riordino del ruolo infermieristico e istituzione del profilo professionale dell'infermiere diplomato che è stata presentata al Senato. È necessaria una figura intermedia, qualificata, ma diplomata, e riconoscere la professionalità (equivalenza) agli infermieri generici, le puericultrici e infermieri psichiatrici. La figura dell'oss complementare non è riconosciuta da nessuna normativa (non è un profilo, ma una formazione complementare), è una figura statica va a ripristinare l'infermiere generico, tale figura potrebbe dare il via a provvedimenti analoghi per altre professioni con ricadute assai poco favorevoli. Ci deve essere una nuova figura infermieristica intermedia tra l'oss e l'infermiere. Ci domandiamo in questa situazione precaria, con il governo che sta cadendo, che si può fare?

Se in qualche modo a livello regionale si pensa di supplire, allargando la formazione degli OSS ad un numero d'ore che si avvicina a quelle degli infermieri. Affermiamo che è assurdo perché aumentano ancora le differenze fra regione e regione. Non vediamo altre soluzioni e risposte che la regione può prendere. Altro problema potrebbe essere posto dagli stessi OSS che se acquisiscono un certo livello di conoscenze e capacità potrebbero giustamente rivendicare maggiori denari e riconoscimenti professionali. La regione potrebbe dire qualcosa in merito, in particolare potrebbe essere sentita l'Assessore Eleonora Artesio.

Non si può pensare di istituire l'infermiere di famiglia se mancano gli infermieri, e poi avere La Casa della Salute? L'idea è in ogni modo interessante. In Spagna (Andalusia) abbiamo visto che proprio nelle Case della Salute (Centro de Salud) vi erano gli infermieri di famiglia che come i medici di famiglia erano operatori pubblici, quindi dipendenti e non convenzionati con il SSN. Un infermiere ogni 500 abitanti! In altri termini, le cure domiciliari erano garantite.

Verbania 23 gennaio 08



Siglato il peggior contratto della sanità 2006-2009

Più che di contratto quadriennale si tratta di un semplice biennio economico, il resto del contratto normativo dovrà attendere altri due anni.

Al comma 2 dell'art 1 si anticipa quello che potrà essere il futuro per molti lavoratori: sospensione, fusione, scorporo, sperimentazioni gestionali, privatizzazione.

Al comma 3 dell'art 2 si svincola molto genericamente, non vengono poste penalità alle aziende che non pagheranno gli aumenti entro i tempi stabiliti (30 giorni dalla stipula del contratto). Assisteremo al calvario di molti lavoratori specie nel sud che dovrà lottare per vedersi riconosciuti gli aumenti.

Il comma 4 dell'art 2 fa riferimento alla legge 165 art 48 comma 3, pone seri dubbi sugli aumenti economici promessi, in quanto dovranno essere convalidati dallo stesso governo e dal prossimo governo, con l'indennità di vacanza contrattuale pari al 30% del tasso di inflazione di cui rimane contesa sul vero tasso d'inflazione.

La progressione economica orizzontale è bloccata per un periodo minimo di 2 anni nella stessa fascia, evitando in questo modo quelle anomalie di avanzamenti orizzontali dovuti alla mobilità.

Dalla data d'entrata in vigore del presente contratto viene sancita l'obbligatorietà del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento.

Orario di lavoro

La prima deroga al dlgs 66 riguarda il periodo di riferimento della durata media dell'orario di lavoro sulla quale calcolare il non superamento delle 48 ore settimanali. Tale periodo è allungato da 4 mesi del decreto a 9 mesi per il primo anno di durata del contratto, successivamente viene abbassato a 6 mesi.

Ciò significa che il personale potrà anche sfiorare notevolmente le 48 ore settimanali in quanto ci saranno 9 mesi per rientrare nella media delle 48 ore settimanali massime consentite.

Il paradosso che questo contratto consente all'azienda di imporre fino a "500" ore di straordinario in 9 mesi, senza aumentare l'adeguamento dei fondi economici.

La seconda deroga riguarda il periodo delle 11 ore di stacco tra un turno di servizio e l'altro, è riservata alla contrattazione decentrata la possibilità di derogarvi per garantire l'organizzazione dei turni, in cambio la semplice promessa che ai lavoratori sottoposti a questo logorante stress, siano garantite protezioni appropriate. Al momento non possiamo sapere di quali protezioni si tratta perché il contratto non lo cita.

Il comma 9 dell'articolo in questione è addirittura assurdo oltre che ipocrita, non viene accennato la possibilità della stanchezza che il personale viene a trovarsi con possibilità di provocare danno ai pazienti. Si parla molto sul risk management per poi far finta, o addirittura ignorare che si sta parlando degli operatori del servizio sanitario. Operatori che si trovano in prima linea sull'assistenza del paziente.

Inoltre arrivano le modifiche al codice disciplinare si potrà sospendere dal servizio fino a 10 giorni il dipendente che sia coinvolto in alterchi con utenti e dipendenti, o terzi. Si potrà essere sospesi dal servizio da 11 a 6 mesi anche a chi dimentica di timbrare l'entrata e a chi violi i doveri di comportamento che può creare grave danno all'azienda.

CONTRATTO SANITA' 2006-2009

...E SIAMO QUI UNITAMENTE PER DIRVI CHE, NESSUNO, SE NON I SINDACATI PUO' DIFENDERVI DA INGANNI E SOPRUSI!



Fondi contrattuali

Viene sbandierata come una conquista la base di calcolo del 2005, ma non viene detto che sarà tutta da verificare visto il calo progressivo del numero dei dipendenti a seguito del blocco delle assunzioni.

Una nota curiosa riguarda gli arretrati per 2006 che è la metà del costo della tessera sindacale cioè l'1% dello stipendio netto.

Alla contrattazione integrativa sono assegnate ridicole risorse per ogni dipendente in servizio al 31 dicembre 2005, prevalentemente al fondo della produttività. Una somma pari a 13,5 euro annui lordi per 2007, e in 28,73 euro annui lordi per il 2008.

Il contratto prevede il mantenimento dello stesso incremento del biennio precedente e la destinazione del 2% delle risorse per il decentramento con la conferma di tutti i fondi aggiornati al 31 dicembre 2005 di cui potranno essere destinati in sede di contratto sia alla produttività che alle fasce.

Cos'è rimasto agli infermieri generici e puericultrici e infermieri psichiatrici la promessa fatta nelle assemblee e nell'ipotesi contrattuale sul riconoscimento dei titoli, **equivalenza?**

Cos'è rimasto agli oss - ota la promessa fatta nelle assemblee e nell'ipotesi contrattuale sul rischio di reparto, e di tutti i meccanismi incentivanti ?

Questo stop "tecnico", alla fine ha permesso di far emergere le politiche dei "veti" e gli organismi lobbistici, ma non solo, ha fatto assistere purtroppo, ad una classe sindacale che ascolta i poteri forti e non privilegia quello che è chiamata a fare, cioè a rispondere e dare soluzioni a tutte le categorie penalizzate, perseguendo una logica solo di "consenso", per poi tradire le prospettive di molti lavoratori. Noi continueremo a guardare in avanti e agiremo sempre in rispetto dei valori sulle categorie ivi rappresentati facendo pressione verso il sindacato a mantenere quanto aveva promesso.

Tutto rinviato al prossimo contratto.....

Complimenti a Voi sindacati!!!!!!!!!!!! Anche a Te Nursin-Up per aver siglato questo contratto!!!!!!

Scegli l'Associazione della tua Professione



Rinnovo del Contratto Nazionale delle Cooperative Sociali: la ricchezza del terzo settore e' la miseria dei lavoratori

130 euro lordi al 2010 per un contratto già scaduto da 31 mesi. Insultati i lavoratori riqualificati OSS

Firmato ieri pomeriggio l'accordo per il rinnovo del contratto dei lavoratori e delle lavoratrici delle cooperative sociali, un contratto che interessa circa 200 mila operatori, in maggioranza impiegati presso servizi socio-sanitari in appalto o convenzione con enti locali e aziende sanitarie. **Un contratto scaduto da 31 mesi** (trentuno mesi, un record negativo difficile da battere). Ecco cosa prevede in sintesi l'accordo firmato da Legacoopsociali, Confcooperative, Agci e da Cgil-Cisl-Uil: Sul salario abbiamo un aumento mensile a regime di **130 euro lordi** (riferiti all'attuale **quarto livello** per 38 ore), in tre rate. Viene fatto sparire il biennio economico trascorso e si rispalmiano gli aumenti praticamente fino al 2010: per evitare illusioni ottiche sulle 130 euro di aumento, sbandierati da CGIL-CISL-UIL come una "giusta risposta al problema salariale dei lavoratori del settore", facciamo un esempio pratico calcolato questa volta sul 6° livello, che era stato preso come riferimento nella piattaforma unitaria di CGIL-CISL-UIL. Nella piattaforma sindacale si richiedevano **170 euro a coprire solo fino al 2007**, mentre in quattro anni non si ottiene nemmeno quello che era stato richiesto solo per coprire i primi due anni (2006-2007). Mentre l'inflazione rilevata dall'ISTAT è al 3.8% il contratto nazionale è stato firmato dichiarando una inflazione di riferimento del 2.8% per il 2008 e del 3.3% per il 2009.

MENTRE PER I DIRIGENTI COOP LE COSE NON STANNO COSI': Il giorno prima, cooperative e sindacati CGIL-CISL-UIL hanno firmato il rinnovo del contratto nazionale dei dirigenti delle cooperative: l'aumento è di 650 euro e per gli arretrati hanno concordato una tantum di 1300 euro, un esempio davvero illuminante dello spirito cooperativistico, ma si sa che i manager hanno molti pensieri mentre i semplici lavoratori (oltre che a tirare avanti la carretta dei servizi) si devono solo preoccupare di arrivare a fine mese. **Mantenere al limite della sopravvivenza le lavoratrici e lavoratori delle cooperative sociali è una ignobile forma di "risparmio" della spesa pubblica che si realizza grazie ad un drammatico teatrino tra governi, enti pubblici, sindacati collaborazionisti e cooperative (basti pensare al semplice fatto che CGIL-CISL-UIL hanno richiesto l'apertura della trattativa di rinnovo del contratto con 19 mesi di ritardo).**

Per questo la RdB/CUB organizzerà la partecipazione all'assemblea nazionale indetta per il 19 settembre a Roma e allo sciopero generale nazionale del 17 ottobre.

Roma 31 luglio 2008

FUSIONE CNOA - MIGEP

IL CONSIGLIO NAZIONALE DEL COLLEGIO CNOA HA STRETTI ACCORDI CON IL MIGEP PER UNA FUSIONE FRA LE DUE REALTA' IL MOTIVO PRINCIPALE DELLA SCELTA TRA LE ALTRE ASSOCIAZIONI E CHE IL MIGEP E' L'UNICA ASSOCIAZIONE INSERITA A LIVELLO MINISTERIALE, E' NUMERICAMENTE PIU' COSSISTENTE, E' L'UNICA ASSOCIAZIONE CHE, COME PER IL CNOA AFFRONTA IL PROBLEMA ASSISTENZIALE IN TOTO. AD OGGI E' STATA L'UNICA REALTA' CAPACE DI DIMOSTRARE ORGANIZZAZIONE PER PUBBLICHE MANIFESTAZIONI. PER TANTO DALL'ATTIMO DELL'ACCORDO CESSERA' DI ESISTERE IL LOGO DEL CNOA E TUTTE LE RELATIVE DOCUMENTAZIONI IN QUANTO LA PREDETTA ASSOCIAZIONE SI INTENDE UNIFICATA AL MIGEP CHE ACQUISISCE ALTRESI' TUTTI GLI ASSOCIATI DEL CNOA.

9 APRILE 2008



Assenze per malattie, Cambiano le Regole

Il Governo di Berlusconi con l'intento di restringere le maglie in ambito di salute con il decreto legge del 25 giugno 2008 ha modificato le regole per il personale in malattia.

Nei primi 10 giorni di assenza previsto la corresponsione solo del trattamento economico (con esclusione di tutte le indennità o emolumento, comunque denominati, aventi carattere fisso e continuativo, nonché di ogni trattamento accessorio) Se l'assenza supera i 10 giorni oppure, trattasi del secondo periodo di malattia nell'anno, il certificato medico deve essere rilasciato da una struttura pubblica.

Il controllo medico deve essere inviato al domicilio anche per assenza di un solo giorno Viene cambiato le fasce orarie di reperibilità obbligatoria del dipendente al proprio domicilio (le attuali sono 10.00/12.00 – 17.00/19.00), le nuove fasce vanno dalle ore 8.00 alle 13.00 – dalle 14.00 alle 20.00 di tutti i giorni, compresi i non lavorativi e i festivi.

Nel caso dei permessi retributivi giornalieri, gli stessi dovranno essere ricondotti ad ore, e laddove si verifichi l'assenza del dipendente per tutta una giornata lavorativa dovrà essere decurtato il numero di ore di permesso (nell'ambito dei limiti massimi previsti) coincidente con l'orario di lavoro che lo stesso avrebbe dovuto effettuare durante la giornata di assenza.

Eccezione viene fatta per le assenze per congedo di maternità, compresa l'interdizione anticipata dal lavoro, del congedo di paternità, le assenze dovute alla fruizione di permessi per lutto, per citazione a testimoniare, per l'espletamento delle funzioni di giudice popolare, nonché le assenze previste dall'art 4, comma 1, della legge 8 marzo 2000 n 53 e per i soli dipendenti portatori di handicap grave, i permessi di cui all'art 33, comma 3 della legge 5 febbraio 92 n 104. Tutte le assenze per malattia non devono essere considerate come servizio pieno ai fini della corresponsione delle somme provenienti dai fondi per la contrattazione integrativa. (quindi una sorta di penalizzazione dei periodi trascorsi in malattia.)

Resta fermo il trattamento più favorevole eventualmente previsto dai contratti collettivi o dalle specifiche normative di settore per le assenze per malattia dovute ad infortunio sul lavoro o a causa di servizio, oppure a ricovero ospedaliero o a day hospital, nonché per le assenze relative a patologie gravi che richiedano terapie salvavita.

I risparmi derivanti costituiscono economie di bilancio per le amministrazioni dello Stato e concorrono per gli enti diversi dalle amministrazioni statali al miglioramento dei saldi di bilancio.

Queste norme non possono essere modificate dai contratti ribadendo il principio fondamentale che gli stessi, poiché non diversamente previsto, vengono considerati, inerentemente alla materia, fonte normativa di rango inferiore rispetto alla legge.

Associazione delle Professioni Infermieristiche e Tecniche Migep

18
OTTOBRE
2008

CONEGLIANO (TV)

ore 14,30

Per informazioni
segreteria Migep
338 7491756



Viene rilasciato attestato
di partecipazione

ASSEMBLEA
REGIONALE

Operatore socio
sanitario

Rivalutare una
Professione
Area Sanitaria

PRESSO
L'AUDITORIUM
CASA DI
ACCOGLIENZA
G.TONIOLO
VIA GALILEI 32

Con la partecipazione

Assessore Regionale alle Politiche Sanitarie
Dott. Massimo Di Silverio Sindaco di Conegliano
Direttore Sig. Perla Enzo Casa di Riposo Fanti
Direttore Generale U.L.S.S. 7 Ing. Del Bovero Enzo
Direttore Sig.ra Carraro del dipartimento dell'Ospedale di Conegliano
Organizzazioni Sindacali Nazionali e Regionali

...IL POLO
CONSIDERA
LA MALATTIA
UNA COSA
"PRIVATA"?

...NO, NO,
GLI BASTA
CHE SIA
PRIVATA LA
CLINICA...



SULLA SANITA' IL POLO DICE:

**PAGA SUBITO... il rimborso ... forse dopo
IL BONUS... servizi ai più ricchi... carità ai poveri
IL CONTRATTO?... stipendi diversi da regione a regione**

NO GRAZIE !

ALBI PER TUTTE LE PROFESSIONI

250mila operatori che operano nel sanitario e sociale possono rappresentarsi nell'elenco delle associazioni rappresentative a livello nazionale per le quali non esistono ordini – albi - collegi mediante la direttiva Europea di Zappalà.

L'informazione come abbiamo sempre dato in questi anni è sempre stata esposta con chiarezza, gli schemi di leggi in vigore hanno lasciato spazio alla costituzione di un'associazione di categoria prevedendo che si può costituire un organismo autonomo se la professione che lo richiede ha almeno 20mila iscritti.

Oggi 2008

Il Decreto del Ministro della Giustizia del 28 aprile 2008 sui “requisiti per l'individuazione delle associazioni rappresentative a livello nazionale delle professioni per le quali non esistono ordini, albi o collegi.”, pubblicato sulla gazzetta ufficiale il 26 maggio 2008 sulla direttiva europea 36/CE del 2005, Riconosce nell'elenco, le associazioni rappresentative a livello nazionale delle professioni regolamentate per le quali non esistono albi, ordini o collegi, nonché dei servizi non intellettuali e delle professioni non regolamentate.

La segreteria Migeep **Sottolinea l'importanza della valorizzazione di questo Decreto nel garantire una professione riconosciuta**; va apprezzato lo sforzo degli iscritti in questi anni nel rafforzare la rappresentatività a livello nazionale con decisione del coordinamento collegiato migeep, che ha così potuto creare una rete di confronto con le istituzioni.

Quindi si concorda con i rappresentanti delle 20 regioni, di investire in questo decreto, quale idoneo strumento a tutela degli operatori a livello Europeo, facendo istanza affinché il Migeep possa essere riconosciuta nell'elenco come **Associazione rappresentativa delle Professioni per le quali non esistono ordini, albi o collegi al fine di garantire i diritti previsti delle figure ivi rappresentate.**

Segnaliamo inoltre che l'on.le Siliquini di AN è contraria che altre associazioni si siedono ai tavoli delle conferenze di servizi e vengano riconosciuti mediante la direttiva Europea di Zappalà. definendo gli oltre 250 mila operatori “figure generici e non qualificanti”.

È paradossale - l'ipasvi che definisce 250 mila operatori “accozzaglia di figure” - L'on.le Siliquini “figure generici e non qualificanti”, impedendo a questi operatori di rappresentarsi.

Chiediamo una profonda riflessione a tutti A non disattendere all'opportunità che viene dato con questa normativa di legge di partecipare ai tavoli delle conferenze di servizi, come previsto dalla stessa normativa “possono presentare domanda le associazioni delle professioni regolamentate che siano rappresentative a livello nazionale con obbligo di versamento della quota associativa da parte degli iscritti.”

Si rammenta che la disattenzione nel non recepire l'importanza di questa normativa che dà finalmente una giustizia professionale da confrontarsi anche con altri stati Europei, metterebbe in esclusione il proprio profilo dall'elenco delle professioni regolamentate e il Coordinamento collegiato migeep da qualsiasi tavolo di conferenze di servizi o commissioni ministeriali. “Il Dipartimento per gli affari di giustizia, Direzione generale della giustizia civile, con il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro **effettua la verifica della rappresentatività delle associazioni di categoria** che hanno fatto istanza di riconoscimento, **pena l'esclusione** se non si ha i requisiti richiesti” Il Coordinamento Collegiato Migeep ribadisce l'intendimento di definire un'**unica associazione nazionale rappresentativa riconosciuta a livello europeo preziosa per delineare un nuovo modello sociale.** Non dobbiamo sentirci fuori dall'assistenza quando si è coinvolti ma avere un controllo della professione con nuovi obiettivi, costruendo una associazione riconosciuta a livello europeo che allenti la tensione che in questo momento è molto forte e ostacola l'evoluzione. **Questo costituisce una scelta non irreversibile in quanto consente continuità nella fruizione e al ruolo di un certo rilievo sedendosi ai tavoli delle conferenze di servizi insieme alle altre figure.**

Ciò che la rende “ad ostacoli” è l'attaccamento alle poltrone, la nostalgia del proprio logo; una serie d'associazioni che ci inducono ad affrontare la risoluzione dei nostri problemi professionali, non come una associazione nazionale della sanità, ma come associazioni, disorganizzate ed mal gestite.

Facciamo in modo che il lavoro fatto dal **Coordinamento Collegiato Migeep** non vada disperso e che possa raggiungere la **maggior rappresentatività** da poter partecipare ai **tavoli delle conferenze di servizi ed essere riconosciuta nell'elenco delle associazioni rappresentative a livello nazionale delle professioni regolamentate.**

Basta con l'ideologia, ma anche con le nostalgie del passato e la tutela di interessi particolari, bisogna guardare all'Europa e alle sfide globali, di fronte alle quali il "sistema paese" deve dimostrarsi all'altezza del suo compito.

Chiediamo ad ognuno di voi di concorrere al progetto e di coinvolgere: tutti i colleghi, che operano nell'ambiente socio-sanitario per la riuscita di questa iniziativa importante!

IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI è fondamentale per costruire l'identità professionale del profilo e rappresentarlo in sede istituzionale per garantirne affermazione e riconoscimento di ruolo e funzione anche sul piano formale. Nello svolgere questa funzione elaborano una dimensione di riflessione professionale che costruisce il come la figura è percepita sul piano sociale, lavorativo e operativo.

Vogliate prendere atto di quanto puntualizzato in questa lettera e divulgare a tutti i colleghi l'importanza di costituirsi in una associazione rappresentativa riconosciuta da una legge Europea.

Verbania 10 luglio '08

la segreteria Migep

Sanità Privata

Vertenza contrattuale CCNL 2006/2009

Sciopero nazionale il 18 settembre 08

I lavoratori della sanità privata sono senza contratto da oltre 34 mesi

ARIS, AIOP, DON GNOCCHI non hanno ancora voluto iniziare la discussione sulla vertenza contrattuale. Dichiarano che il rinnovo dovrà decorrere dal 1° gennaio 08, accantonando le risorse 06/07. Proseguendo una rivendicazione senza limiti nei confronti delle Regioni per l'aumento delle tariffe di rimborso delle prestazioni sanitarie erogate nelle loro strutture.

150mila lavoratori della sanità privata vivono con stipendi falciati dall'inflazione, con diniego del diritto a un contratto di lavoro decente. Scenderanno in campo per una sanità che garantisca i diritti alla salute, al lavoro, e un contratto subito.



Alla cortese attenzione delle segreterie Sindacali Nazionali

La scrivente è venuta a conoscenza tramite i propri aderenti che alcune aziende sanitarie hanno ottemperato al passaggio in fascia C1 (degli inf. Generici, puericultrici) come previsto dal contratto di lavoro.

Dopo due mesi gli operatori coinvolti hanno visto retrocedere la fascia economica in C0.

Gli ospedali coinvolti sono: Castellaneta, Martina Franca, Massafra, Manduria. Mentre altri Enti hanno mantenuto la fascia C1 (SS. Annunziata Asl TA/1). Si rammenta che le aziende sopra citate fanno parte della stessa Azienda SS. Annunziata Asl TA/1 che ha mantenuto l'inquadramento in C1

Rinresce alla sottoscritta per quanto sta succedendo e chiede l'intervento di Codeste Segreterie al fine di capire cosa ha determinato questa regressione di fascia economica. Anche al fine di capire quali siano stati i criteri applicati per il passaggio.

E di intervenire in maniera incisiva presso le aziende di cui sopra affinché vengano attuate in maniera corretta l'applicazione delle norme relative ai passaggi di fascia interni.

Verbania 23 Settembre 2008

La segreteria Migep

Sanità pubblica ecco la finanziaria dei tagli

La camera dei deputati ha approvato la manovra finanziaria 2009/2011.

Il Parlamento ha approvato la peggior legge finanziaria che sia stata imposta ai cittadini ed ai lavoratori sul versante della sanità nella recente storia .

- Riduzione dei posti letto, (assistenza ai cittadini)
- Ridurre gli organici del personale in servizio, (posti di lavoro),
- Ridurre i fondi integrativi aziendali, (riduzioni quantificabili mediamente dai 320 ai 620 euro per dipendente),
- La riduzione del salario per assenze per malattia (salario)
- Fissare parametri standard per le strutture semplici e complesse per la dirigenza medica (funzioni di responsabilità),
- La cancellazione di indennità particolari a copertura e risarcimento di danni alla salute per cause inerenti all'attività professionale,
- L'azzeramento del DPCM sulle protesi, cure odontoiatriche per cittadini indigenti, vaccini antitumorali e anestesie parto indolore,
- Attivare forme di partecipazione al costo delle prestazioni, anche di quelli a qualsiasi titolo esenti (ticket),

Una finanziaria di tagli: vengono tagliati risorse per la sanità (nove miliardi di euro per il 2009), tagli ai posti letto, riduzione di livelli essenziali di assistenza, tagli ai fondi per incentivare la produttività dei lavoratori del comparto, tagli agli organici del personale.

Una manovra sbagliata, dannosa, grave. Una manovra che per le scelte che assume sulla salute dei cittadini e sul sistema sanitario nazionale è semplicemente la peggiore.



Ancora sul decreto 112 in caso di assenza per malattia è invalidità

Il governo precisa che nel caso in cui il dipendente protragga la propria malattia per un periodo superiore a 10 giorni o, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare, la certificazione medica giustificativa può essere rilasciata sia dai presidi ospedalieri che da quelli ambulatori del servizio sanitario nazionale, nonché dai medici di medicina generale (medici di base), come già essere prima dell'emanazione del decreto legge 112/08

COOPERATIVE SOCIALI
Siglata Ipotesi di rinnovo
CCNL 2006-2009

La pre intesa siglata in data 30 luglio 2008 è un importante risultato del sindacato confederale per tutti gli addetti delle cooperative sociali, verso un percorso di adeguato riconoscimento salariale e professionale dei lavoratori della cooperazione sociale. Questo percorso di sviluppo è assicurato dall'impegno, firmato nell'ipotesi di contratto, di iniziare la trattativa per il prossimo rinnovo contrattuale a partire dal luglio 2009, per perseguire una continuità contrattuale.

I punti principali dell'intesa Classificazione del personale

L'intesa prevede un primo passo verso il riconoscimento di un sistema ordinamentale finalizzato a una valorizzazione salariale e professionale di tutti i lavoratori della cooperazione sociale, anche attraverso la contrattazione decentrata, con le seguenti previsioni:

a partire dal 1° gennaio 2009 entrerà in vigore il nuovo sistema di classificazione non più per livelli ma per categorie

Aree/categorie	Posizioni economiche – ex livelli
A	A1 (ex 1° livello)
	A2 (ex 2° livello)
B	B1 (ex 3° livello)
	C2 nuovo OSS
C	C1 (ex 4° livello)
	C3 (ex 5° livello)
	D1 (ex 5° livello)
D	D2 (ex 6° livello)
	D3 (ex 7° livello)
	E1 (ex 7° livello)
E	E2 (ex 8° livello)
	F1 (ex 9° livello)
F	F2 (ex 10° livello)

sificazione non più per livelli ma per categorie (A,B,C,D,E,F) e relative posizioni economiche.

- Un importo forfetario a copertura del 2006-2007 per i lavoratori in servizio alla firma del contratto, pari a 200 euro sull'ex 4° livello, dalla quale deve essere detratta la quota retribuita a titolo di indennità di vacanza contrattuale. L'importo forfetario sarà liquidato con la retribuzione relativa al mese di agosto 2008 (che sarà pagata a settembre)

- Il pagamento degli arretrati da gennaio a luglio 2008 pari a 420 euro sul 4° livello che saranno liquidati in due rate uguali, la prima con la retribuzione relativa al mese di settembre (che sarà pagata a ottobre) e la seconda con la retribuzione relativa al mese di ottobre che sarà pagata a novembre).

Nota Bene

L'aumento a 168,20 euro dell'OSS è stato calcolato come differenziale fra l'attuale tabellare di inquadramento dell'OSS al 4° livello e la nuova posizione del C2 prevista dal 1° gennaio 2009

La pre intesa prevede altre due importanti novità :

Il riconoscimento, a partire dal 1° dicembre 2009, dell'indennità festiva, con una maggiorazione oraria del 15% per ogni ora lavorata di domenica e nelle festività. Questa percentuale di incremento sul 4° livello senza scatti di anzianità è pari circa a 1,10 euro all'ora di aumento.

Nel secondo semestre 2009 apertura del negoziato per il nuovo CCNL per un rapido accordo con decorrenze appropriate sul futuro rinnovo e per realizzare gli ulteriori obiettivi sindacati nella piattaforma unitaria.

	Liv. Aumento 2008	Nuova a. E. a partire da gennaio 2009	Aumento 2009	Aumento 2009	Aumento 4° livello OSS	Importo a regime 2006-2007	Arretrati luglio 2008	
1	52,82	A1	35,21	26,41		114,44	177,00	369,73
2	53,31	A2	35,54	26,65		115,50	178,00	373,14
3	55,79	B1	37,19	27,89		120,88	186,00	390,52
4	60,00	C1	40,00	30,00	4° livello	130,00	200,00	420,00
5	63,62	C3	42,41	31,81	OSS	168,20	213,00	445,35
5	63,62	D1	42,41	31,81		137,85	213,00	445,35
6	67,11	D2	44,74	33,56		145,41	224,00	469,79
7	71,44	D3	47,63	35,72		154,80	239,00	500,11
7	71,44	E1	47,63	35,72		154,80	239,00	500,11
8	77,11	E2	51,41	38,56		167,08	258,00	539,79
9	85,17	F1	56,78	42,58		184,53	284,00	596,18
10	97,27	F2	64,84	48,63		212,74	325,00	680,87

CISL FP



In riferimento all'assistenza al paziente da parte dell'oss senza la figura dell'infermiere,

richiama l'oss a una responsabilità superiore nella propria attività e a risponderne in prima persona nell'esercizio di una funzione impropria con autonomia decisionale con denuncia di abuso di esercizio art 348 cod penale.

L'oss svolge la sua attività in collaborazione con altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, "dell'Infermiere" non in collaborazione con figure non professionali.

Le competenze dell'oss nella sala operatoria:

Seppure si possa definire il lavoro di sala operatoria come lavoro di equipe, questo non cancella le singole responsabilità professionali.

Se nel lavoro di equipe si può arrivare a prevedere che conta i ferri e preparazione dei set venga attribuita all'oss, previo consenso dello stesso, trattandosi di prestazioni non dovute, questo non solleva dalle proprie responsabilità l'infermiere di sala, che dovrebbe procedere alla supervisione o alla nuova conta prima dell'intervento.

Le attribuzioni di compiti specifici e particolari ad ogni singola qualifica sono stabiliti dai regolamenti interni dei singoli enti ospedalieri sulla base degli accordi nazionali sindacali e dagli allegati A e B del provvedimento legislativo del 22 febbraio 2001 a cura della Conferenza Stato Regioni

L'oss può svolgere competenze di supporto alla vestizione dello strumentista, non può svolgere competenze d'aiuto nel passare il materiale sterile all'infermiere durante la seduta chirurgica.

Per le competenze svolte in sala, l'oss ha diritto di richiedere all'amministrazione l'autorizzazione per iscritto con ordine di servizio per le competenze diverse da quello sancito dal D.M. Qualora ciò dovesse avvenire che tali linee guida, dispense, protocolli ledano lo stesso lavoratore, egli può impugnare ogni singolo atto amministrativo conseguente a queste direttive

Le competenze dell'oss sono strettamente alberghiere relative alla degenza compresa l'assistenza ai degenti per la loro igiene personale, il trasporto del materiale, la pulizia e la manutenzione d'utensili e apparecchiature, in sala può stare in sterilizzazione ma non può firmare il rapporto giornaliero dell'autoclave, può lavare i ferri e la sala. Al trasporto del paziente dalla sala operatoria al reparto deve essere sempre con la presenza dell'infermiere.

L'oss non può essere utilizzato in sala risveglio, e neanche nell'accoglienza del paziente in sala in preparazione dell'intervento (elettrodi, piastre, preparazione flebo) non può deflussare la flebo, sostituire flebo. Può accogliere il paziente all'arrivo (vestizione verifica dati anagrafici).

Le linee guida o le dispense, protocolli a valenza generale, proposte, in nessuna maniera possono modificare le normative contrattuali, gli allegati A-B, il codice civile e penale. Più la sua azione è subordinata a un'attribuzione dell'infermiere, tanto più la responsabilità aumenta.

Sull'indennità di rischio s'informa che deve essere sancito dal tecnico competitivo nominato dalla direzione sanitaria che stabilisce chi è a rischio e chi non lo è (gas anestetici - rx) avendo diritto oltre alle visite mediche ogni sei mesi, anche a giorni di ferie oltre le indennità.

“ la sentenza della corte costituzionale n 343 del 7-20 luglio 92 riconosce non solo il diritto dei 15 giorni in più al normale congedo ordinario per indennità rx al personale medico e tecnico, ma, anche a tutto il personale che ruota ed è esposta a rischio anche in modo discontinuo, temporaneo o a rotazione, mentre per il rischio anestesilogico 8 giorni in più al normale congedo ordinario. Pertanto i principi espressi dalla corte costituzionale, a parità di condizioni di rischio devono essere offerti ai lavoratori pari condizioni di tutela. E' evidente che ove esiste un rischio da gas anestetici in una sala operatoria, questo è condiviso da tutti coloro che in sala lavorano compreso l'oss.”

L'autonomia deve essere intesa solo in merito alle modalità di esecuzione e non per la valutazione dell'assistenza. L'autonomia è riferita a metodologie definite, a precisi ambiti di intervento operativo, nonché all'attuazione di programmi di lavoro, nelle attività direttamente svolte nell'attività di coordinamento.

Lo strumento della delega di funzioni come strumento operativo tra infermiere e operatore socio sanitario, risulta inadeguato per una molteplicità di motivi; in primo luogo la formalità dello strumento. La giurisprudenza ha avuto modo di stabilire “ che per aver la effettiva trasferibilità di funzioni da un soggetto ad un altro, la delega deve essere per iscritto, effettiva, deve comportare il reale trasferimento di poteri decisionali al delegato con conseguente necessità del delegante di controllare, ma di non ingerirsi nell'attività del delegato.”

L'oss non è propriamente un infermiere o un aiuto infermiere, ma un operatore che è parte integrante dell'equipe. L'art 100 del RD del 27 luglio 1934 n 1265 ancora in vigore "stabilisce che nessuno può esercitare una professione da medico, farmacista o da infermiere se non si è conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio professionale."

Quindi il termine delega di funzioni assume un diverso valore tra l'ambito giuridico e quello gestionale – organizzativo- professionale.

Le normative stabiliscono delle regole che ogni figura deve adottare nel proprio contesto lavorativo, obbligando le strutture ad applicare le norme in disposizioni di competenze o funzionalità del servizio nel non utilizzare figure fuori da ogni contesto operativo, essendo esse soggette alla vigilanza in base all'art 99 – 100 del RD del 27 luglio 1934, 1265

L'art 348 del c.p. " abuso di esercizio" recita: chiunque eserciti abitualmente una professione per la quale è richiesta una specifica abilitazione dello stato è punito con la reclusione fino a sei mesi, chi compirà il reato di esercizio abusivo di professione senza essere abilitato incorre in reato di esercizio abusivo di professione punibile a livello morale (individuale o professionale), o giuridico (civile, penale e amministrativo.), l'art 41 c.p. condanna l'abuso di pubblico ufficio o di professione o di un arte. Tale disposizione è contenuta nell'art 140 – 141 T. U. del 27-7-1934 n 265.

La segreteria Migepe

Alla cortese attenzione delle Segreterie Sindacali Nazionali

Le aziende sanitarie degli ospedali: S. Giovanni in Fiore, Trebisacce, Cariati, Rossano, Corigliano Calabro, Trebisacce. non hanno ottemperato al passaggio in fascia C (degli inf. Generici, puericultrici) come previsto dal contratto di lavoro.

Rinnesce alla sottoscritta per quanto sta succedendo e chiede l'intervento di codeste Segreterie al fine di intervenire in maniera incisiva presso le aziende di cui sopra affinché vengano attuate in maniera corretta le norme contrattuali in tema sui passaggi interni (Fascia C).

23 Settembre 08

La segreteria Migepe

Alle Segreterie Nazionali Cigl - Cisl - Uil **Sanità**

Oggetto: mancanza di passaggio fascia C

La segreteria **Migepe**, come già comunicato nel 2007, quattro puericultrici dell'Ospedale Civile di Villa D'Agri (Basilicata) non sono state ammesse al concorso per passaggio di fascia C, in quanto le organizzazioni sindacali e le rsu si sono dimenticate di inserirli nell'accordo fatto con l'azienda.

I sindacati e le rsu resosi conto dell'errore evidenziato dalle stesse puericultrici, proponevano alle stesse di presentare ugualmente domanda che purtroppo è stata valutata negativamente dall'azienda.

Pertanto il concorso è stato effettuato senza la presenza di queste quattro lavoratrici nonostante le promesse e l'impegno da parte delle organizzazioni sindacali e delle rsu che non ha trovato ad oggi alcuna soluzione al problema anche se le segreterie nazionali a loro volta sono intervenute verso le proprie segreterie regionali assicurando che il problema sarebbe stato risolto.

Oggi l'azienda con una delibera concordata con i sindacati sul passaggio di tutti gli operatori ad una fascia superiore dimenticano completamente l'esistenza di questi quattro operatori

La scrivente chiede il Vostro immediato intervento non verso le proprie segreterie regionali visto i risultati raggiunti, ma verso il direttore generale affinché sia applicato quanto il contratto prevede.

Chiediamo l'immediata indizione di un nuovo concorso con passaggio di fascia alla pari degli altri colleghi, con il conseguente riconoscimento economico con decorrenza al pari degli altri lavoratori.

Se questo non sarà fatto saremo costretti a rivolgerci al livello legale chiamando in causa i sindacati e le rsu per aver escluso queste categorie al passaggio di fascia e l'azienda per non aver provveduto al recupero di queste figure pur sapendo dell'errore commesso.

Evidente che se ciò non verrà attuato la segreteria Migepe metterà in atto tutte le azioni legali a carico di tutte le parti inadempienti (sindacati e amministrazione) per fare giustizia, e richiederà anche i danni morali subiti dalle lavoratrici.

Cordiali saluti

Verbania 8 maggio 08

La segreteria Migepe

L'esercizio della puericultrice

è finalizzato alla tutela della salute del bambino, sicché deve ritenersi d'ordine pubblico e come tale inderogabile. Il contratto nazionale del lavoro 2002-2005 colloca questa figura nella fascia C esaltandone il ruolo e individuandone una notevole autonomia, capacità professionale specifica al suo mansionario. Pertanto, l'esercizio da parte della puericultrice è di notevole importanza nell'assistenza neo-natale (art 2 del Dpr 27.3.69 n 128) e all'assistenza del bambino sano (art 13 DL 19.7.40 n 1098) in ogni sua necessità corporea, motoria, espressiva, ludica e creativa prestando attività di carattere squisitamente para-parentale, al sistematico, quotidiano controllo e alla registrazione delle condizioni psicofisiche dei bisogni e delle manifestazioni generali che possono comunque definire lo stato di benessere dei minori affidati.

Si ritiene opportuno precisare che la soluzione sopra descritta è molto importante, infatti, con questo contratto la puericultrice rientra a pieno titolo con l'eliminazione della parola "ad esaurimento" nel sistema ordinamentale, con profilo rinnovato.

Pur ritenendo che la figura di cui all'oggetto deve trovare corretto riconoscimento dell'attività che svolge ogni giorno, la situazione di collocare le puericultrici ad altri compiti o settori appare pretestuosa, la criticità infermieristica può essere contenuta riconoscendo e dando il giusto ruolo alle puericultrici senza estrometterle dal settore in cui operano con serietà e professionalità in assenza della vigilatrice di infanzia essendo una **collaboratrice professionale alle dirette competenze del medico pediatrico oltre all'infermiere e alla vigilatrice.**

Riteniamo che la puericultrice riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e può declinare ogni responsabilità astenendosi dal "fare" quando ritiene di non poter agire. Ha il diritto e il dovere di richiedere formazione, e si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possono costituire rischio per il neonato e per la propria professione.

La segreteria Migep

Una stretta sulla legge 104/92

Brunetta ha deciso un giro di vite sui permessi retributivi per assistere parenti disabili. Propone una modifica alla attuale normativa, al fine di limitare il grado di parentela necessario per usufruire di queste assenze retribuite dal posto di lavoro, e fissare criteri rigidi per controlli. Intende marciare a tappe forzate.

L'opposizione ha subito risposto che la legge 104 non si tocca "i permessi dal lavoro per i genitori ed i disabili sono frutto di anni di battaglie per centinaia di famiglie che sono riuscite ad ottenere diritti che non possono essere cancellati."

Rinnovo contratto del pubblico impiego

Il Ministro Brunetta ha ribadito che le risorse a disposizione per il rinnovo contratto del pubblico impiego per il biennio 2008 - 2009 sono stabilite dal decreto 112 pari a 2,8 miliardi di euro per la contrattazione di primo livello, più 200 milioni per quella di secondo livello che andranno ai più meritevoli. Pensiamo di fare un contratto onesto negli ultimi dieci anni i salari nel pubblico impiego sono cresciuti oltre il doppio dell'inflazione.

Una cifra secondo Brunetta più alta d'Europa, è convinto che le risorse sono tali da mantenere il trend degli ultimi anni di rinnovi contrattuali, le dinamiche salariali sono andate al doppio dell'inflazione effettiva spendendo 192 miliardi di euro all'anno, evidente ci sono sprechi o risorse mal gestite.

Relazione della manifestazione del 6 giugno 08 Roma indetta dalla Rdb

La Rdb ha organizzato il 6 giugno 08 tre presidi; sotto l'Aran, sotto la Conferenza Stato Regioni, sotto il Ministero della Salute per protestare affinché l'oss abbia un suo ruolo, e sui contratti. Il Ministero della Salute e la Conferenza Stato Regioni hanno un ruolo centrale, mentre l'Aran è un soggetto contrattuale.

Il coord. Collegiato Migep invitato, ha partecipato al presidio sotto il Ministero della Salute, la delegazione è stata ricevuta dal sottosegretario Fazio e dal Direttore Generale delle Professioni Dott. Leonardi.

Il sottosegretario Dott. Fazio ha dato un'apertura positiva, proponendo tavoli di lavoro unitari con la Conferenza Stato Regioni per mettere in evidenza la problematica degli operatori socio sanitari. Precisando che se il problema è solo regionale diventa difficile trovare un accordo o un consenso immediato con la Conferenza Stato Regioni, se in vece il problema viene esposto come problema nazionale può trovare possibilità di tavoli unitari tra Ministero della salute e Conferenza Stato Regioni, per soluzioni che potranno mettere in evidenza la professione di questa categoria. Entro la prossima settimana faremo sapere le date per l'incontro unitario. Ribadendo che non può accogliere la problematica degli oss di Napoli o di ogni singola regione, in quanto è un problema che deve essere affrontato con la singola regione. **Conosce anche il problema degli infermieri generici e delle puericultrici e anche lì bisogna trovare una soluzione.** Il Direttore Generale delle Professioni Sanitarie Dott. Leonardi ha dato una apertura positiva, precisando che bisogna trovare un percorso nazionale che parta da oggi per un futuro migliore per queste categorie. E' in questa situazione si potrà trovare un dibattito sul problema di Napoli come esempio del problema.



Il rappresentante della rdb ha ringraziato per la disponibilità, evidenziando la motivazione dei tre presidi precisando che è un problema nazionale, in modo che si possano ridare dignità e soluzioni immediate e che si rimane in attesa delle date d'incontro.

Il Migep, intervenendo sul problema, ha precisato che le norme hanno messo non solo l'oss in emarginazione, ma anche gli infermieri generici e puericultrici (mancata applicazione dell'equivalenza). La necessità di ridare un riassetto alla riforma sanitaria per recuperare tutte le figure oggi coinvolte è inderogabile, bisogna rivedere la formazione. Le speculazioni di associazioni e istituti che fanno pagare somme esose per un attestato sono da eliminare. Bisogna dare una risposta alla problematica di Napoli, ai 30mila disoccupati oss in cerca di lavoro. Fare un censimento di quanti oss formati - bloccare tutta la formazione - vedere il far bisogno delle aziende per distribuire gli oss nel mondo lavorativo. Non ci sono altre alternative e soluzioni al momento sulla questione di Napoli se non si va a bloccare a livello nazionale il sistema che c'è in atto. Il Coord. Migep ha consegnato la documentazione che rispecchia l'analisi del problema ed eventuali soluzioni. Dott. Leonardi Direttore Generale Delle Professioni farà pervenire al Vice Ministro della Sanità un riassunto della documentazione che potrà servire ai lavori.

Si sono susseguiti interventi anche da parte di altri componenti della rdb, e hanno rimarcato la questione di Napoli.

Il dibattito proseguito nel pomeriggio in un'assemblea pubblica ha evidenziato quanto è emerso dai tre incontri, il bisogno di mantenere aperta la lotta, la risoluzione degli oss nell'area sanitaria, la formazione, evidenziando che oggi i lavoratori sono artefici della soluzione del problema affinché non vada perso quanto è stato messo in campo.

L'intervento da parte del coordinamento Migep ha evidenziato che tutti devono contribuire alla realizzazione di un pensiero ed è in prima fila proiettato in un contesto di lotta, per riavere quella identità perduta, richiamando il disegno di legge "infermiere diplomato". Reagire ai soprusi e coinvolgere tutti alla riuscita dell'iniziativa, è importante in quanto nessuno si deve sentire fuori dall'assistenza. Avere un controllo della propria professione con nuovi obiettivi, costruendo una associazione forte che allenti la tensione che in questo momento è molto forte e ostacola l'evoluzione, adottandosi un codice deontologico; chiarendo gli obiettivi che si devono raggiungere. Il ruolo del sindacato è importante, ed è giusto partecipare alle attività sindacali e nello stesso modo portare avanti la lotta.

Tutte le categorie coinvolte dovranno chiarirsi le idee sugli scenari futuri.....

Per essere professionisti bisogna partecipare, essere presenti, aggiornarsi e soprattutto conoscere, informarsi e leggere il contratto di lavoro, e all'occorrenza far valere i diritti.

Diritti e doveri hanno la stessa importanza Conoscere e non parlare a vanvera.

Facciamo in modo che il lavoro fatto dal Coord. MIGEP non vada perso ...



Non lasciare in mano ad altri ciò che ti appartiene



EQUIVALENZA

**PROPOSTA DI LEGGE 81
INFERMIERE DIPLOMATO**

STATO GIURIDICO DEGLI OSS

area sanitaria



"anche per la tua qualifica"

Nuove prospettive per un futuro migliore

stabiliscono il riconoscimento
della professione per le quali non esistono ordini,
albi o collegi con Decreto Legge del 28 aprile 08 del Ministero della Giustizia
su direttiva 36/CE del 2005

ADERISCI

AL COORDINAMENTO COLLEGIATO MIGEP

Associazione delle Professioni Infermieristica e Tecnica

**Insieme per un progetto Europeo in difesa di una Professione
regolamentata**

Lavoro usurante

Un ennesima presa in giro

Il Consiglio dei Ministri ha modificato i requisiti per eccedere alla riduzione dell'età pensionabile da 80 a 64 giorni minimi di lavoro notturno all'anno con una normativa ora legge 247/07. Il testo dovrà essere approvato entro 60 giorni dalle commissioni parlamentari. Molto probabilmente, saranno le commissioni nominate con la nuova legislatura a esaminare il provvedimento prima del via libera definitivo con decorrenza 1 luglio 2009.

La legge 247 del 24 dicembre 2007, che ha recepito le norme attuative del protocollo sul welfare, prevede che il governo emani, entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge stessa, uno o più decreti legislativi per consentire il pensionamento anticipato ai lavoratori dipendenti che svolgono compiti particolarmente usuranti. Quindi, ancora pochi giorni di tempo. Pochi giorni per attuare qualcosa che va nella direzione del superamento di una storia infinita, proprio quella dei lavori usuranti, per tutelare chi fa lavori più faticosi o mal-sani.



Il decreto prevede uno sconto di 3 anni per **quattro categorie** di lavoratori usuranti:

- a) quelli previsti dal decreto Salvi (1999),
- b) i notturni,
- c) gli addetti alla catena di montaggio,
- d) i conducenti di veicoli con capienza non inferiore a nove posti.

Per chi svolge lavori notturni, in particolare, **sono fissati 3 scaglioni**:

- a) **un anno** di sconto per chi fa tra le 64 e le 71 notti l'anno
- b) **due anni** per chi ne fa tra 72 e 77 notti l'anno
- c) **tre anni** per chi supera le 77 notti l'anno.

Per noi della sanità 64 notti all'anno un numero impossibile, in quanto non bisognerebbe mai assentarsi, né per la formazione né per infortunio né per nessun altro motivo personale o familiare.

Il decreto prevede una misurazione pseudo scientifica di quante notti bisogna fare affinché il nostro operato rientri nel lavoro usurante. Il calcolo è stato sviluppato sull'individuazione "a tavolino" utilizzando i modelli di turni presenti nei nostri ospedali.

Peccato che la formazione è obbligatoria, gli infortuni siano frequenti, le cure parentali indispensabili, le ferie e festivi sono di diritto, la malattia imprevedibile, gravidanze, turni, ecc. Questo comporta il non raggiungimento dei giorni minimi di lavoro notturno richiesti dalla norma.

Questa normativa ha escluso anche gli autisti di ambulanze dal lavoro usurante, in quanto non hanno nove posti come gli scuolabus; secondo i Ministri dovremo adibire le ambulanze di barelle a castello come in tempo di guerra per trasportare i feriti.

Welfare: ecco quali sono tutti i lavori usuranti. Il beneficio interessa precisamente le seguenti categorie di lavoratori:

- lavoratori impegnati in mansioni particolarmente usuranti come da decreto Salvi (lavori in galleria, cave o miniere, in cassoni ad aria compressa, lavori svolti da palombari, lavori ad alte temperature, lavori di asportazione dell'amianto ecc.);
- lavoratori notturni 1) lavoratori impegnati in lavori a turni 2) lavoratori impegnati per l'intero anno lavorativo;
- lavoratori addetti alle linee a catena;

conducenti di veicoli, di capienza complessiva non inferiore a nove posti, adibiti a servizio pubblico di trasporto collettivo.

Per ottenere il beneficio, che parte dal 1 luglio 2009, occorre presentare idonea documentazione con relazione da parte del datore di lavoro ed una continuità di almeno la metà del periodo di lavoro o per lo meno 7 anni negli ultimi 10 anni. Il decreto sui lavori usuranti, che ora va all'esame delle Commissioni Lavoro delle Camere, completa l'operazione di superamento del cosiddetto "scalone", concordata dal Governo con le organizzazioni sindacali. Due miliardi e mezzo in dieci anni per una platea che le prime stime cifrano intorno ai **5000** lavoratori.

Pare sia questo il nocciolo della questione: 80 notti l'anno sono abbastanza per anticipare il pensionamento, 64 notti per Confindustria non lo sono. Il sindacato degli industriali ha così fatto quadrato per non far saltare il tetto al lavoro notturno.

Ribadiamo che vanno riconosciuti condizioni di usura tutti gli operatori che lavorano in ambito ospedaliero, cliniche, rsa, cooperative ecc visti i carichi di lavoro che li impegnano, basti pensare ai servizi di emergenza, lungo degenze, salute mentale, ecc. L'obiettivo è fare in modo che la Commissione diminuisca il numero di notti a 50 e che vi sia un richiamo al contratto collettivo di lavoro, così facendo tutti gli operatori non solo gli infermieri che operano nella sanità pubblica e privata potranno rientrare nel diritto di riconoscimento di lavoro usurante. Anche per coloro che lavorano nelle 12 ore (sale operatorie ecc) con pronta disponibilità, reperibilità garantendo la copertura nelle 24 ore. (sentenza della corte europea di cui stabilisce l'assimilabilità al lavoro notturno).

Chiediamo ai sindacati che si impegnino affinché tutti gli operatori che operano nei servizi sanitari pubblici e privati rientrino nella categoria dei lavori usuranti.

Un segnale forte e coinciso



Il 7 marzo 08 si è tenuto presso la sede della Regione Piemonte il Convegno "Essere OSS nel terzo millennio: cosa è cambiato nell'assistenza?"

L'iniziativa ha visto la partecipazione massiccia **d'operatori socio sanitari, capo sale, uffici infermieristici, docenti di formazione oss, infermieri**, il cui numero ha superato ogni previsione. E' stato infatti, obbligatorio suddividere i partecipanti in due sale collegate fra loro con sistemi audiovisivi interni per permettere a tutti di seguire i lavori.

Le 450 e più persone presenti hanno così potuto assistere agli interventi di numerosi relatori che hanno voluto portare il loro contributo sulla base delle diverse esperienze, diverse per luoghi e professionalità.

Vi è stata anche l'attiva presenza di rappresentanti istituzionali del Ministero della Salute, del Comitato Nazionale delle Scienze Infermieristiche, della Giunta Regionale, dell'Assessore Regionale della Sanità, delle Segreterie Nazionali e Regionali dei maggiori sindacati.

Gli argomenti ricorrenti nella quasi totalità degli interventi hanno riguardato soprattutto la questione della attuale ed anacronistica collocazione della figura dell' OSS che attualmente è nel settore tecnico, il problema relativo alla formazione, il rapporto fra le diverse professioni e l'annosa questione della responsabilità individuale nell'ambito delle attività quotidiane svolte. **E' stata ribadita la forte convinzione di rendere concrete delle azioni per fare in modo che la figura dell'oss aventi contatti diretti con i pazienti venga inserita nell' area sanitaria**, come è loro logicamente dovuto, chiarendo fino dove può arrivare l'oss nei suoi compiti.

Si è sottolineata l'importanza **di ottenere il riconoscimento di una formazione continua per il miglioramento della qualità della cura al paziente** e determinerebbe in maniera più chiara il saper fare e saper essere legandoli alla responsabilità dirette degli atti posti in essere dal singolo operatore.

E' stata inoltre **ribadita la proposta di rivedere l'impianto della formazione di base** stante anche la concreta difficoltà al problema della carenza infermieristica ed alla sempre più forte richiesta, anche da parte infermieristica, di sgravare una serie di attività assistenziali che possono essere poste in capo ad altri operatori maggiormente preparati e responsabilizzati.

Si è pertanto ricordata la proposta di legge sull'infermiere diplomato presentata in Senato nelle due ultime legislature ma mai discussa. La proposta ha il pregio di indicare un percorso lineare alla formazione attraverso la nascita di scuole secondarie superiori sanitarie permettendo anche uno sviluppo di carriera successivo. All'interno di questo percorso potranno accedere anche gli attuali OSS, gli infermieri generici, puericultrici,... in modo tale da prevedere, all'interno del comparto sanitario, tre figure: l'OSS, l'infermiere diplomato e l'infermiere laureato.

Vi è stata **un'importante apertura**, in questo senso, da parte di tutti i responsabili istituzionali e sindacali presenti in sala. In particolare è stato annunciato da parte del Ministero della Salute la volontà di rendere operativo il percorso, che è già stato oggetto di una prima valutazione comune con il ministero della pubblica istruzione, di una prossima costituzione della scuola secondaria superiore sanitaria. Rivedere il profilo dell'oss in un contesto diverso da quello di adesso. E' stata inoltre sottolineata la prossima emanazione di una circolare relativa alla questione della equipollenza (inf. generici- puericultrici),

Le segreterie nazionali dei sindacati presenti (CGIL, CISL, UIL, UGL, RdB) hanno convenuto di dover proseguire, anche con i prossimi rinnovi contrattuali, su questa strada, anche se le posizioni sono sembrate alquanto confuse e imprecise.

L'assessore alla sanità della Regione Piemonte che è intervenuta al convegno ha sottolineato la particolare necessità nella cooperazione fra le diverse figure infermieristiche.

Lo schema di leggi tuttavia lascia anche spazio alla costituzione di una "associazione riconosciuta a livello ministeriale" prevedendo che si può costituire un organismo autonomo se la professione che lo richiede ha almeno 20mila iscritti ed è presente con un minimo di 500 operatori in almeno 18 Regioni.

All'interno di questo più generale discorso è emerso che il ruolo del MIGEP è fondamentale come unica istituzione (come l'ipavsi), affinché possa continuare a rappresentare l'oss nelle sedi istituzionali per garantire affermazione e riconoscimento sul piano nazionale. Come ribadito dallo stesso Ministero il Migep avendo partecipato come unica portavoce delle categorie penalizzate a varie commissioni ministeriali ha permesso delle aperture positive con argomenti e proposte discutibili, riconoscendo l'operato del Migep come associazione seria e concreta sulle tematiche delle categorie ivi rappresentate. Il convegno inoltre ha dato mandato di raggiungere i 20 mila aderenti.

Verbania 28 marzo 08

La segreteria Migep



13 dicembre 2007

Il Ministero della Sanità riconosce il Coordinamento Collegiato Migep, come Associazione prepositiva a costruire soluzioni inerenti alle tematiche di discussione del Comitato. Inserendolo nello stesso Comitato Nazionale delle Scienze Infermieristiche e delle Scienze Ostetriche.

E' un primo riconoscimento ufficiale del Migep come Associazione delle Professioni Infermieristiche e Tecniche da parte del Ministero della Salute, ci auguriamo di poter continuare in questo senso affinché si possa dare dignità a quei colleghi che oggi sono emarginati da un contesto Sanitario.

Un passo importante, finalmente, le voci delle categorie isolate dal Sistema Sanitario hanno potuto esporre nel Comitato Nazionale delle Scienze Infermieristiche e Ostetriche le proprie problematiche. Il Comitato Nazionale si è diviso in due gruppi; il primo gruppo ha discusso "legge 251/00", il secondo gruppo ha discusso il problema della formazione.

Il Migep ha ritenuto importante partecipare al gruppo di formazione, ed in presenza del Direttore Generale delle Professioni ha rappresentato gli ausiliari, l'ota, gli operatori socio sanitari, inf. generici, puericultrici, inf. psichiatrici, inf. extracomunitari.

Il Mandato del gruppo è di elaborare la base di una linea direttiva d'indirizzo da emanare da parte del Ministero – Conferenza - Stato – Regioni, entrando nel merito dell'organizzazione del lavoro, linee guida, un corretto equilibrio delle competenze, definizione dei ruoli di tutte le professioni, sia di chi opera nelle strutture sanitarie che territoriali, dipartimenti infermieristici.

Il contributo del Migep ha permesso di fare notare le mancanze strutturali e di formazione delle categorie isolate dal sistema sanitario.

I gruppi di lavoro che si sono costituiti con la partecipazione anche del coordinamento collegiato Migep, dovranno sviluppare dei progetti per poter definire in un contesto nazionale le possibilità d'omogeneità di cure cliniche e assistenziali utilizzando tutte le risorse al meglio e istituire un osservatorio per acquisire i dati, valutazione dei modelli, il numero di professionisti e operatori in ogni regione.

Nel Comitato Nazionale partecipano: I Funzionari del Ministero, i rappresentanti del collegio degli infermieri (Ipasvi), i rappresentanti del coordinamento delle capo-sala, i rappresentanti del coordinamento delle ostetriche, i rappresentanti dei medici, i rappresentanti delle aziende sanitarie, i rappresentanti del Coordinamento Collegiato Migep.

In queste Commissioni si prendono posizioni molto importanti per potere risolvere i problemi inerenti alle categorie, riteniamo che la Nostra presenza come espresso dagli stessi Funzionari del Ministero sia molto costruttiva; fate in modo che possiamo proseguire sul piano di rappresentatività come portavoce dei vostri problemi.



Dopo aver lanciato l'offensiva contro fannulloni

Premi in denaro ai funzionari più diligenti.

Brunetta da il via a un concorso per un progetto di riorganizzazione per raggiungere una migliore efficienza. Arriva un nuovo sistema di premialità per le migliori amministrazioni pubbliche e i loro dipendenti .

Non ci saranno mai più premi a pioggia per tutti i dipendenti, ma solo per i migliori, chi avrà risultati avrà anche soldi. Mentre per le aziende che riusciranno a valorizzare i risultati raggiunti riducendo i costi, migliorare il servizio e la soddisfazione dei clienti, migliorare la gestione del personale e la soddisfazione dei dipendenti, coinvolgendo i cittadini nella progettazione e nella valutazione dei servizi per ottenere i finanziamenti necessari.

Chi avrà risultati , avrà soldi..



Associazione delle Professioni Infermieristiche e Tecniche Migep

25
OTTOBRE
2008



Inizio ore 10,30 Termine ore 15,00

CONVEGNO
NAZIONALE

Equivalenza

Infermieri Generici
infermieri Psichiatrici
Puericultrici

PROFESSIONI SANITARIE
DA REGOLAMENTARE A LIVELLO
NAZIONALE VERSO
LA DIRETTIVA EUROPEA

Auditorium
Castello di
Mesagne
(BR)

Con la partecipazione
Per informazioni: **Quanto di iscrizione:**
Associazione Migep €10,00 **Intestato a:**
Associazione Migep c/a 4558
338 7491756 **2011 per convegno**

Associazione delle Professioni Infermieristiche e Tecniche Migep

25
OTTOBRE
2008

Inizio ore
15,30
Termine ore
19,00

Quanto di iscrizione:
€ 10,00 **Intestato a:**
Associazione Migep c/a
45582111 per convegno

Per informazioni
segreteria Migep
338 7491756
320 9481149



CONVEGNO
NAZIONALE

Operatore socio

sanitario

Area sanitaria

Cambiamento: competenze
e esperienze cliniche

Auditorium
Castello di
Mesagne
(BR)

Con la partecipazione
Per informazioni: **Quanto di iscrizione:**
Associazione Migep €10,00 **Intestato a:**
Associazione Migep c/a 4558
338 7491756 **2011 per convegno**

TELEGRAMMA

Roma, 09 settembre 2008

Oggetto: ***Richiesta urgente sospensione approvazione Accordo Art. 4 comma 2 – Legge 42 del 19-99***

Al Ministro del Welfare

On. Le Maurizio Sacconi

Al Presidente della Conferenza delle Regioni

On. Le Vasco Errani

Agli Assessori alla Salute

Al Sottosegretario

Ministero Welfare

Prof. Ferruccio Fazio

Al Dr. Giovanni Leonardi

Direzione Generale Risorse Umane e delle

Professioni sanitarie

Le scriventi OO.SS. in riferimento all'argomento in oggetto sono venute a conoscenza dell'inserimento, all'ordine del giorno della prossima Conferenza Stato Regioni, di un'intesa sul sistema delle equivalenze, che riprende una precedente proposta limitativa rispetto la normativa stessa e l'Accordo Stato Regioni del dicembre 2004 tuttora in vigore.

Tale proposta è già stata oggetto durante la precedente legislatura di una nostra "determinata" presa di posizione contraria, nel corso di un apposito confronto sull'argomento e con successive note scritte del 17 maggio 2007, 14 gennaio e 7 marzo 2008.

Vi ricordiamo, inoltre, che questo percorso non è stato oggetto di ulteriori confronti con le scriventi Organizzazioni sindacali al fine di ricercare possibili soluzioni complessive al sistema delle equivalenze, nonostante gli impegni assunti in precedenza.

Il principio dell'equivalenza introdotto con la Legge 42 del 1999 non lascia margini a interpretazione rispetto l'opportunità **per tutti i titoli nazionali in vigore nel previgente ordinamento al momento dell'emanazione della legge 42** di essere riconosciuti equivalenti con un percorso di verifica dei crediti e di eventuale ulteriore integrazione formativa. Riconosciamo che il tempo trascorso dall'emanazione della legge alla sua applicazione, malgrado le numerose iniziative delle scriventi organizzazioni sindacali, ha riproposto l'argomento di eventuali equivalenze di titoli nazionali per i quali l'ordinamento in vigore a quella data nel frattempo ha subito diverse e numerose innovazioni, anche dettate da normative europee.

Riteniamo che per queste ragioni l'approvazione di un Accordo in Conferenza Stato Regioni che esclude a priori di alcuni titoli nazionali e la possibilità di un sistema di riconoscimento stabile "ad personam" di altri titoli, anche regionali, esclusivamente finalizzato a "sanare" situazioni di fatto, non sia condivisibile e non rientra nei principi della normativa in oggetto, e per questo si rende necessario ricercare adeguate soluzioni alla materia complessiva.

A tal fine vi chiediamo di **sospendere l'approvazione di qualsiasi accordo**, al fine di evitare una situazione di "totale confusione" fra gli operatori e l'avvio di contenziosi e vertenze sull'argomento, e nel contempo vi chiediamo un incontro urgente sull'argomento per ricercare delle soluzioni condivise.

Certi che comprenderete l'importanza di affrontare l'argomento con la necessaria attenzione, senza accelerazioni che determinano esclusioni di migliaia di operatori al riconoscimento di "legittime aspettative", nella attesa di un Vostro riscontro cogliamo l'occasione di porgere cordiali saluti.

FP CGIL

CISL FP

UIL FPL

Rossana Dettori

Daniela Volpato

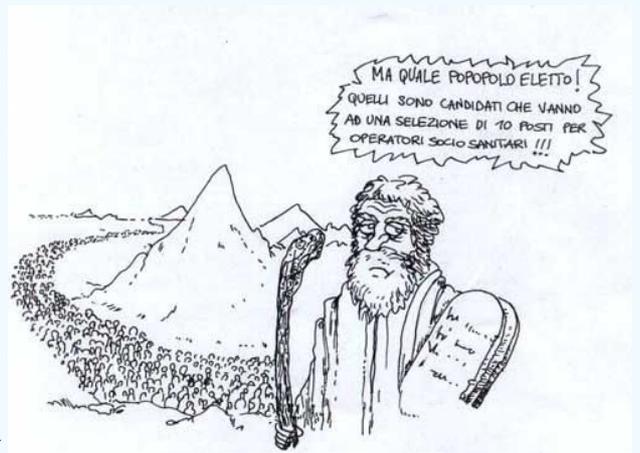
Carlo Fiordaliso

Duemila domande per pochi posti di lavoro. Il successo del concorso per operatori socio-sanitari bandito dalle Aziende sanitarie ha riempito di scatoloni pieni di richieste gli stretti locali degli uffici concorsi. Gli aspiranti arrivano da tutte le regioni italiane, in particolare dalla Sicilia e Campania.

La metà delle domande provengono da operatori socio-sanitari che lavorano con contratti a tempo determinato in Aziende o addirittura di ruolo negli Enti Locali (Case di riposo, case di cura, cooperative del privato sociale, ecc) in fuga da un quotidiano di lavoro massacrante e poco qualificato e in cerca di una maggiore valorizzazione professionale nell'ambito pubblico.

Nel frattempo Le scuole che organizzano corsi di operatore socio-sanitario si sono moltiplicate e sfornano ogni anno centinaia di operatori, preparandoli ad affiancare gli infermieri nei compiti di assistenza. L'operatore socio-sanitario più che una figura sanitaria, è ritenuto una figura tecnica. Le competenze degli operatori socio-sanitari si avvicinano al mansionario dei vecchi infermieri

generici, insomma una specie di infermieri di un Dio minore, a cui le Aziende hanno aperto le porte anche al servizio sulle ambulanze di Emergenza 118. Tutte le realtà socio-assistenziali, cooperative, case di riposo, case di cura, ecc, hanno potuto riqualificare i propri dipendenti in operatori socio-sanitari, ma non tutte le strutture hanno rivisto gli organici per inserire l'oss con la nuova qualifica - come invece hanno fatto le Aziende Sanitarie; evitando quindi di riconosce il trattamento economico giuridico. La richiesta di queste figure professionali è in aumento negli ospedali e nelle strutture pubbliche. Ma il blocco delle assunzioni decretato dalle finanziarie nazionali degli ultimi anni - in sanità la deroga è prevista solo per i tecnici di laboratorio e gli infermieri professionali (che non si trovano) - li costringe a impiegarsi nelle case di riposo e negli enti Locali, che però non prevedono o prevedono in misura minima la figura degli Oss negli organici. Gli operatori socio-sanitari, sono il frutto della riqualificazione professionale promossa negli anni scorsi, che ha trasformato gli ausiliari prima in Ota (operatori tecnici dell'assistenza) e poi in Oss (operatori socio-sanitari).



Un attacco frontale con il decreto legge 112

Il decreto legge 122 del 25 giugno 08 interviene pesantemente in materia di pubblico impiego, ha apportato modifiche a materie regolate dai contratti di lavoro, abrogando norme legislative finalizzate all'incremento dei livelli di efficienza delle amministrazioni modificando materie di regolamentazione del rapporto di lavoro; part time, turnazioni in materia di lavoro, la stabilizzazione del precariato, il blocco del turn over, nuove modifiche nelle assenze per malattia con l'ampliamento della fascia d'oraria (8 alle 13 e dalle 14 alle 20) comprese le giornate festive decurtando tutti i trattamenti economici con l'esclusione dei fondi per la contrattazione integrativa dei permessi retribuiti ad esclusione di quelli per maternità e paternità. Ulteriori interventi riguardano il taglio del 10% delle risorse contrattuali con un danno economico di 200 euro mensili. Saranno sottoposti al controllo della Corte dei Conti tutti i contratti collettivi, in questo modo vengono svuotati l'autonomia dell'ARAN e di tutti gli enti e le Amministrazioni elevando la Corte dei Conti come unico gestore della contrattazione sia nazionale che integrativa, con poteri di modifica degli accordi. Il Ministro Brunetta dichiara di aver ricevuto mandato direttamente dal popolo e di non aver bisogno del confronto con il sindacato. È disposto sedersi al tavolo per risolvere i problemi se ci sono e dove sono ritenendo di avere solo il 5% del suo prezioso tempo da dedicare al confronto. È chiaro che dietro l'attacco ai lavoratori si cela l'obiettivo della legificazione dei contratti, la privatizzazione dei servizi, il blocco dei controlli alle imprese, tempi di pagamento degli straordinari, degli incentivi alla produttività. I sindacati ribadiscono che non è smantellando la contrattazione integrativa e ritornando alla legificazione del rapporto di lavoro che si risolvono i problemi. Riteniamo che il governo colpisce quei lavoratori che ogni giorno lavorano con spirito e abnegazione che si vedrà ridurre il potere di acquisto del proprio salario, peraltro già fortemente eroso dai cari prezzi e tariffe.

Al Direttore Generale
Dott. Attilio Nunziata
Al Direttore Amministrativo
Dott. Fioretti Mauro
Al Direttore Sanitario
Dott. Rocco Maglietta

Ospedale Civile di Villa D'Agri

Oggetto: mancanza di passaggio fascia C per la figura puericultrice

La segreteria **Migep**, facendo riferimento alle domande di selezione interna per il passaggio in fascia C presentate dalle quattro puericultrici, dalla delibera del 5 marzo 2007 che estrometteva le quattro puericultrici dell'Ospedale Civile di Villa D'Agri (Basilicata) dal concorso per passaggio di fascia C, per dimenticanza nella contrattazione Aziendale, e alle sollecitazioni inviate alle organizzazioni sindacali, sollecita le S.V. a colmare l'inadempienza che è stata valutata negativamente dalle SV con nota del 8 marzo 07 la partecipazione di codesta figura.

Pertanto il concorso è stato fatto senza la presenza di queste quattro lavoratrici nonostante le promesse e l'impegno che non ha trovato ad oggi alcuna soluzione al problema.

In esecuzione della delibera del 31 marzo 08 l'azienda concordava con i sindacati il passaggio di tutti gli operatori ad una fascia superiore dimenticano l'esistenza di questi quattro operatori.

La scrivente chiede l'immediato intervento con una delibera straordinaria affinché sia applicato quanto il contratto prevede.

Chiediamo l'immediata indizione di un nuovo concorso con passaggio di fascia alla pari degli altri colleghi, con il conseguente riconoscimento economico e giuridico con la stessa decorrenza attribuita agli altri lavoratori.

Ed evidente che qualora entro 30 giorni non sarà colmata questa inadempienza la scrivente adirà le vie legali a tutela dei diritti dei lavoratori esclusi, ivi compresi i danni morali, chiamando in causa tutte le parti coinvolte.

Distinti saluti

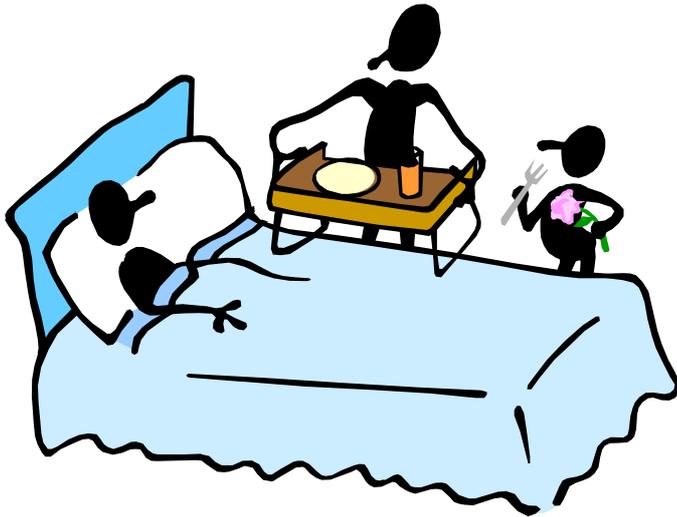
Verbania 26 maggio 08

x La segreteria Migep Nazionale

Le quattro puericultrici dell'ospedale Civile di Villa D'Agri hanno partecipato al concorso passando in fascia C con gli arretrati.

In merito alla telegramma dei sindacati pubblicata a pag 21 riguardante l'equivalenza, si mette in evidenza che i sindacati hanno preso posizione circa l'applicazione di tale istituto da parte degli organi centrali chiedendone la sospensione e l'apertura di un tavolo di confronto per discutere tutta la materia sull'equivalenza al fine di salvaguardare tutti i lavoratori interessati. Per questo motivo è opportuno che tutti i lavoratori (inf. generici, inf. psichiatrici, puericultrici) appoggino la presa di posizione ed insieme al Migep di organizzare un presidio presso la Conferenza Stato Regioni nella giornata in cui le organizzazioni sindacali saranno convocate.





LO SAI CHE NON TUTTI
I LAVORATORI MALATI
DI TUMORE SONO UGUA-
LI?

SAI CHE NON HANNO LE
STESSE POSSIBILITÀ?

PER-

I DIPENDENTI DI AZIENDA PRIVATE
HANNO MENO DIRITTI, RISPETTO AI DI-
PENDENTI PUBBLICI:

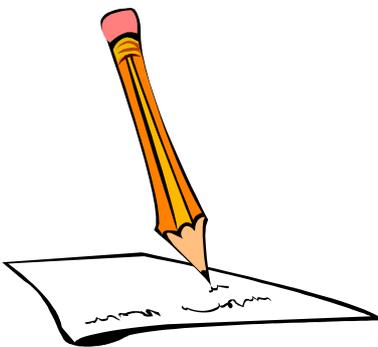
DOPO 180 GIORNI DI ASSENZA PER MA-
LATTIA PERDONO LO STIPENDIO

DOPO ALTRI 180 GG DI ASPETTATIVA NON
RETRIBUITA, PERDONO IL POSTO DI
LAVORO.



TUTTO CIÒ È UN SOPRUSO!!!!

VOGLIAMO PARITÀ DI DIRITTI E DI TRAT-
TAMENTO, PERCHÉ IL TUMORE NON È UNA SCEL-
TA, TI CAPITA ADDOSSO!



So di essere una piccola goccina nel mare, ma voglio sperare di unire tante gocchine per formare un piccolo lago di proteste. Questa è la mia storia; simile a molte altre come mi ha detto Beatrice Capo D'Acqua di Europa Donna. Mi chiamo Lucia, ho 57 anni, sono un' Addetto all'assistenza di Base, in attesa di riqualificarmi in Operatore Socio Sanitario e abito in provincia di Ferrara. Sono stata colpita dal cancro nel 2007, ho già affrontato 2 interventi e sono in attesa del 3°, ho eseguito 4 cicli di chemioterapia. Ho potuto usufruire di 180 giorni di malattia nell'anno solare 2007 retribuiti al 100% , ho usufruito 180 giorni nell'anno solare 2008 come contemplato nel mio contratto collettivo nazionale di lavoro, che è l' UNEBA, ora sono in aspettativa non retribuita e perdo anche i contributi. Così a 57 anni oltre che a subire il cancro che mi ha distrutto la vita, mi devasta l'animo, dovrò sentirmi defraudata ulteriormente, vedendomi togliere lo stipendio, i contributi, in seguito il posto di lavoro e cos'altro? La possibilità di andare in pensione? Sentendomi di peso per i miei familiari? Tutti parlano delle fasce più deboli; politici, sindacati ecc..., ma ne parlano solo, le disparità sono enormi tra dipendenti pubblici e privati. Non ho trovato informazioni, quello che so e che sono riuscita ad avere, è grazie ad alcune persone che mi sono state sempre vicine. La nostra ricerca è iniziata a luglio 2007 subito dopo il primo intervento ed è ora in una fase di stallo, non sappiamo più cosa cercare e soprattutto dove rivolgerci. Si trovano disparità enormi ed ingiuste tra dipendente privato e pubblici:

1. il dipendente pubblico percepisce una retribuzione più alta.
2. il periodo di comporto del dipendente pubblico è quadruplo rispetto al dipendente privato.
3. dal periodo di comporto il dipendente pubblico può decurtare "i giorni di ricovero, di Day Hospital, i periodi di chemioterapia e di radio terapia", il dipendente privato, nonostante il possesso di certificato di grave patologia non può decurtare niente.
4. la costituzione all'articolo 38 prevede che gli ammalati siano trattati tutti allo stesso modo, ma poi bisogna avvalersi della contrattazione collettiva.
5. visto che il contratto collettivo nazionale di lavoro UNEBA è scaduto e presumo che il rinnovo non lo cambi più di tanto e che nessuno ci ha mai informato di queste disparità, lo sono una persona che si arrabbia, ma non si arrende, sto raccogliendo firme, che mi aiutino a produrre un cambiamento nei CCNL del settore privato.

Attualmente ho raccolto circa 700 firme, e confido nell'aiuto di tutti coloro leggeranno questa lettera, perché ritengo che ognuno nel suo piccolo abbia l'onere di fare la sua parte.

Ho già inviato questa lettera a Istituzioni, Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative, Organi d'informazione locali e nazionali e Associazioni varie il 25/06/2008, ho ricevuto risposte e supporto da Europa Donna, dal Centro per la Tutela dei Diritti dei Malati di Ferrara, dalla Fondazione Marco Biagi, dall'A.I.MA.C., dalla L.I.L.T., dall' U.R.P. della Regione Emilia Romagna, ma soprattutto dal Presidente della Provincia di Ferrara il quale auspica che non vengano più lasciati alla contrattazione collettiva problemi di questa portata, coinvolgendo, a supporto di questa mia battaglia, i nostri parlamentari affinché intraprendano le iniziative più opportune. Oltremodo mi aspetto fiduciosa il supporto anche dalle Organizzazioni Sindacali nell'attivare iniziative ed interventi al fine di garantire adeguate tutele nei C.C.N.L. del settore privato, come sollecitato dal Centro per la Tutela dei Diritti dei Malati di Ferrara nella nota inviata alle Segreterie Provinciali Funzione Pubblica di C.G.IL., C.I.SL. e U.I.L. in data 21/06/2008.

Mi piacerebbe sapere cosa ne pensate, non è anche questo un problema?

**GRANDISSIMA RISPOSTA DEI LAVORATORI DELLA SANITA' PRIVATA.
IN 25.000 A ROMA, PIU' DELL'80% IN SCIOPERO**

La risposta dei lavoratori della Sanità privata alla giornata di mobilitazione nazionale ed allo sciopero di oggi è stata semplicemente straordinaria. 25.000 lavoratori in corteo a Roma, più dell'80% di adesioni allo sciopero nazionale sono numeri che parlano da se e danno da soli la dimensione della grandissima determinazione dei lavoratori del settore a non arretrare di un passo nella sacrosanta rivendicazione del diritto al contratto di lavoro. Una così grande partecipazione dopo ben trentatré mesi di vacanza contrattuale, dopo un'interminabile percorso di mobilitazioni e proteste territoriali e nazionali ed anche a fronte dei vergognosi tentativi dei padroni della sanità privata di depotenziare la mobilitazione con forme nemmeno così striscianti di ricatto e pressione nei confronti dei lavoratori, è un segnale che va ben oltre il normale significato che può essere dato in occasione di una manifestazione e di uno sciopero.



Oggi i lavoratori ci hanno consegnato un vero e proprio patrimonio che dobbiamo sentire il dovere di difendere: la precisa volontà e determinazione ad andare avanti, fino a quando non cesserà il vergognoso atteggiamento di AIOP-ARIS- DON GNOCCHI di totale chiusura alle trattative per il rinnovo del contratto di lavoro. Al di là delle ritualità un grazie sincero a tutti i lavoratori che oggi hanno dovuto garantire i minimi essenziali nelle strutture sanitarie, a quelli che hanno aderito allo sciopero e che non sono potuti essere a Roma e a quelli che, invece, in piazza c'erano. Grazie davvero. E poi un ringraziamento a tutte le strutture della Funzione Pubblica Cgil, Regionali, Comprensori, Comitati degli iscritti, per il grande sforzo organizzativo profuso nel garantire la piena riuscita di questa giornata di mobilitazione, sforzo che rappresenta, per tutti noi e per i lavoratori, il segnale di un'attenzione concreta e fattiva alle questioni di sofferenza che attraversano questo comparto. Grazie anche a voi. Ora, così come abbiamo dichiarato nel comizio conclusivo della manifestazione, aspettiamo segnali, dai Governi, nazionale e regionali, e, ovviamente, dalle associazioni datoriali; segnali che vogliamo siano coerenti e rispondenti alla grande forza della rivendicazione. Se, però, questi segnali tardassero ad arrivare è bene che tutti sappiano che la mobilitazione non si fermerà. Buon lavoro.

Rossana Dettori, Segretaria Nazionale Fp Cgil Sanità

- nella città di Milano nella Casa di Cura San Donato (gruppo Rotelli) e nel Centro Don Gnocchi sono stati garantiti solo i servizi minimi previsti dagli accordi sullo sciopero, mentre a Brescia sono stati sospesi gli interventi chirurgici
- a Torino l'adesione allo sciopero dei lavoratori dell'Ospedale Privato Gradenico ha superato l'85% mentre nell'Istituto Ferrero di Alba sono stati garantiti solo i servizi minimi
- nella città di Firenze il dato di adesione è del 90% , con prestazioni ambulatoriali sospese e centri di riabilitazione della fondazione Don Gnocchi completamente chiusi
- in Abruzzo sono state sospese le attività di 18 ambulatori e il centro di riabilitazione San Stefan, gruppo Villa Pini (Angelini) ha chiuso per la totale adesione dei lavoratori allo sciopero
- nella città di Roma il Policlinico Casilino e la struttura "Villa Sandra" hanno dovuto sospendere la totalità delle attività, ad eccezione dei servizi minimi garantiti, così come il centro Don Guanella femminile.
- partecipazione altissima anche a Napoli; nella Clinic Center (struttura di riabilitazione) l'adesione è stata totale mentre nella Clinica Mediterranea (struttura di proprietà del presidente Regionale Aiop) sono state garantite solo le emergenze di cardiologia
- adesione elevata anche nelle province di Bari, Brindisi, Taranto e Lecce dove la Clinica Petrucciani ha registrato un'adesione che va oltre l'85%
- significativa l'adesione totale allo sciopero che si è registrata al "Bucchieri Laferla Fatebenefratelli" di Palermo (800 lavoratori) che ha costretto la struttura alla totale chiusura dei servizi
- a Cagliari, infine, adesione che ha sfiorato il 90% e centri di fisioterapia, come il CRM, completamente chiusi.

