

Roma, 10 giugno 2011

Professioni sanitarie: l'analisi e le proposte della FP CGIL

1 AUTONOMIA, RESPONSABILITÀ E INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

1.1 Autonomia e responsabilità reali E' necessaria una linea di lavoro improntata alla ridefinizione delle funzioni del personale sanitario alla luce delle nuove competenze e abilità acquisite dalle diverse professioni sanitarie nei percorsi formativi universitari di base e post base. Bisogna però scoraggiare le propensioni autoreferenziali lavorando per completare il percorso di riconoscimento professionale e per promuovere la crescita culturale. È opportuno percorrere le strade della qualità, dell'appropriatezza e dell'accreditamento dei processi e dei professionisti. Le professioni sanitarie dovranno diventare sempre più parte attiva nella definizione dei bisogni di salute, attraverso l'attenta revisione dei modelli organizzativi che dovranno riconoscere le diverse aree e i diversi ambiti professionali, utilizzando anche strumenti come i dipartimenti delle professioni sanitarie, per rispondere positivamente alle esigenze di autonomia e responsabilità unite a quelle di efficacia ed efficienza delle prestazioni.

1.2. Integrazione tra professionisti e lavoro di equipe Bisogna evitare di trovarsi davanti a neo gerarchie causate spesso dallo sbilanciamento "storico" di competenze, dalle diffidenze nel rapporto tra medici e professioni sanitarie, da sovrapposizioni improprie e da carichi di lavoro altamente sproporzionati. L'integrazione tra pari si attua con procedure, linee guida, istruzioni operative e regole chiare, focalizzando l'attenzione sull'obiettivo della corretta risposta al cittadino. La complessità del sistema richiede la capacità di introdurre modelli concettuali e teorie del management che siano capaci di leggere ed analizzare le situazioni organizzative e di definirne le linee di sviluppo che facciano della responsabilizzazione diffusa e della partecipazione dei diversi attori (professionisti, pazienti e amministratori) i cardini principali. E' opportuno valorizzare modelli organizzativi che riconoscano il ruolo di tutte le professioni coinvolte e favoriscano la descrizione, la definizione e l'attuazione di processi di lavoro interdisciplinari, mirati tanto al fruitore finale (il cittadino) che ai cosiddetti "clienti interni", che consentano una migliore gestione delle interfacce ed il superamento delle criticità. Le programmazioni sanitarie nazionali, a cominciare dal Piano Sanitario Nazionale 2011/2013, e regionali non possono rimanere estranee dal fornire indicazioni su questioni di tale portata.

2 VALORIZZAZIONE DELLE FUNZIONI E DEI RUOLI NELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

2.1 Organizzazione e graduazione delle funzioni

Nella maggior parte delle aziende, è arduo comprendere come le linee di responsabilità si integrino con l'organizzazione clinica e assistenziale. Gli incaricati delle funzioni sono scarsamente riconoscibili, c'è parecchia ostilità e diffidenza nei loro confronti e manca la presa di coscienza degli effettivi ruoli da parte dei coordinatori, delle posizioni organizzative e dei professionisti sanitari collaboratori. In parecchi territori, sono molto critici gli aspetti dell'individuazione e della formulazione dei criteri per l'assegnazione delle funzioni, così come i relativi sistemi di verifica degli incarichi che sono difficoltosi e poco comprensibili. I coordinatori sono quasi sempre sottoposti a carichi di lavoro eccessivi: il valore dell'attività svolta spesso è scarsamente considerato (mancanza di gratificazione), così come inadeguati (anche per la storica scarsità di fondi) risultano i riconoscimenti a livello contrattuale. Accade di frequente che gli ambiti di competenza non vengano pienamente riconosciuti dai dirigenti medici, anche per la scarsa trasparenza nella formulazione, attribuzione e comunicazione degli incarichi. Nel concreto, è necessario arrivare a definire "job description"

concrete e condivise per le posizioni organizzative e i coordinatori. La posizione organizzativa, per poter essere responsabile del suo lavoro, deve essere collegata all'area ed alla clinica, con una doppia valenza.

2.2 Revisione dei modelli organizzativi

Non è possibile intervenire direttamente sui modelli organizzativi solo con lo strumento contrattuale poiché la loro individuazione e regolamentazione è affidata alle regioni. Bisogna continuare a porsi come obiettivo quello della completa applicazione di tutte le disposizioni contenute nella Legge 251/00 e delle altre norme che intervengono sulle professioni sanitarie e sociali. Bisogna lavorare per superare le palesi contraddizioni contenute negli atti aziendali ed evitare che succeda che ai servizi professionali si assegni il governo e ai direttori dei servizi/dipartimenti la gestione delle stesse risorse umane. Tale mandato va rispettato e incoraggiato nelle Regioni che non abbiano ancora provveduto, perché non è comunque più accettabile, a 10 anni di distanza, che il tema della valorizzazione professionale del personale del SSN non sia entrato nell'agenda politica di alcune regioni. Va, in questo contesto, incoraggiata una riflessione sui livelli di autonomia delle professioni sanitarie definito dal venire meno della loro condizione di ausiliarietà, a partire dal livello o status di "professionista" definito dalla legge 42/99 e ribadito dalle norme successive. La legge 251 già nella fase transitoria ha identificato chiaramente il principio di identificazione di responsabilità distinto per area professionale. Inoltre questa impostazione è confermata dalla strutturazione dei percorsi formativi abilitanti alle funzioni manageriali (laurea specialistica/magistrale), nonché dall'identificazione delle funzioni di coordinamento nel profilo di appartenenza operata dalla legge 43/06. Andrebbe in questo senso valutata nuovamente la previsione di macrostrutture, già indicata nei nostri documenti del 2004, anche alla luce della persistente esigenza di rafforzare il percorso per arrivare all'attivazione di incarichi dirigenziali per ogni area professionale. In numerose regioni si stanno adottando modelli che prediligono l'identificazione di strutture complesse sovra professionali a gestione unica, a scapito dell'identificazione di eventuali altri incarichi dirigenziali di area. E' del tutto evidente il significato discriminatorio che hanno tali comportamenti per alcune aree professionali, considerato che il requisito di anzianità nel ruolo dirigenziale può essere maturato, al momento, solo da una professione su ventidue. A supporto di questa tesi, bisogna rimarcare che il modello della direzione per area collocato nella Direzione generale o sanitaria aziendale è stato indicato chiaramente anche dal Comitato nazionale delle scienze infermieristiche e ostetriche, istituito dal Ministro della Salute, nel marzo del 2008. Sempre relativamente al modello proposto da FP CGIL nel 2004 e alla autonomia di budget della "macrostruttura" si pone un problema di compatibilità con il principio della separazione tra funzioni di governo dell'Azienda (rappresentato dalle strutture di direzione) e le funzioni gestionali (rappresentato dalle strutture di "line"). Questo è uno dei criteri guida per l'organizzazione delle attività aziendali, in attuazione del principio introdotto dal D.Lgs. 165/2001 di distinzione tra le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo da un lato e funzioni di organizzazione e gestione dall'altro, in un quadro di chiara determinazione degli ambiti di autonomia, di competenze e di responsabilità della Direzione Strategica, della Dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda. È necessaria quindi la descrizione condivisa dei ruoli e l'individuazione di compiti centrali, di ambiti di attività, di spazi di autonomia, di limiti di azione, di competenze, di responsabilità, di dipendenza gerarchica e funzionale, di personale coordinato, di obblighi professionali, di finalità e di ambiti decisionali nei quali debbono essere coinvolti. Nella revisione dei modelli organizzativi è necessario spostare tendenzialmente risorse da incarichi meramente gestionali, specialmente quelli ridondanti, che potrebbero essere accorpati in un'ottica di economia di scala, attuando politiche di qualità a favore di incarichi professionali specialistici e ad alta valenza scientifica e sfruttando, in questo modo, le potenzialità già oggi presenti e spesso inesprese o non riconosciute. È necessario ridurre gli sprechi, istituendo e riconoscendo ruoli ed incarichi appropriati e moderni. La strada dell'ottimizzazione dell'impiego delle professioni sanitarie, sia se svolgono attività propria da collaboratori, sia se hanno incarichi di responsabilità, deve essere percorsa nel rispetto del ruolo e delle competenze, evitando inutili dispersioni di risorse in incarichi concepiti con le antiche concezioni "medicentriche". E' opportuno ragionare attentamente sulla cosiddetta emergenza medica, originata dalla "gobba" pensionistica che si dovrebbe verificare a partire dal 2018. A quella data, comunque, il numero medici per paziente sarà comunque superiore alla media UE (3,5 medici ogni mille abitanti/Italia, contro 3,1 medici ogni mille abitanti/UE). Anche per questo è necessario ristrutturare i modelli organizzativi, così che il medico possa fare il medico e la professione sanitaria possa fare la professione sanitaria, in un'ottica di continua collaborazione paritaria ed integrazione nell'ambito delle equipe, per fornire risposte serie ed appropriate alle aspettative professionali di tutti i lavoratori, aumentandone la "realizzazione", perseguendo il benessere organizzativo ed ottimizzando l'impiego delle risorse disponibili, allo scopo di proseguire la strada del miglioramento prestazionale qualitativo e quantitativo. E' evidente che, in questo modo, sarebbe possibile il recupero di ingenti risorse da reinvestire per implementare servizi veramente efficienti ed efficaci, che potrebbero lavorare per soddisfare le effettive e moderne esigenze di salute dei cittadini. Bisogna sostenere e promuovere la diffusione di esperienze virtuose in tal senso (Triage; See and treat; Lungodegenze, unità operative, unità professionali, servizi, reparti e dipartimenti a gestione professionale, ma anche la presa in carico e il trattamento di pazienti per complessità in modo da ricorrere al medico solo nei casi più complessi) attuando anche appropriati benchmarking con le evidenze di dati e documenti a disposizione. Il nostro riferimento, per un giusto sistema meritocratico e premiale, deve essere il memorandum sindacale unitario del 2007, che considera il cittadino

come focus dell'attività nei servizi assieme ai lavoratori. È da rigettare con forza il sistema introdotto dal Ministro Brunetta con la sua controriforma, che è concepito e strutturato in funzione di canoni organizzativi superati nei fatti poiché prevedono che sia il lavoratore, identificato come "monade", al posto della moderna équipe integrata, a dover rispondere in base a indicatori economici che hanno troppa poca attinenza al rapporto diretto con il cittadino/utente che è invece una caratteristica distintiva delle professioni sanitarie.

2.3 L'assistenza domiciliare integrata

L'invertire i pesi sulla bilancia ospedale/territorio è sempre più una priorità da perseguire e le professioni sanitarie e sociali sono formidabili valori aggiunti. I servizi territoriali non possono essere limitati solo all'assistenza e alla riabilitazione domiciliare ma deve esserci una forte attenzione anche all'aspetto prevenzione (Sert, materno infantile, Prevenzione, salute mentale). È necessario un concreto, moderno ed effettivo coinvolgimento di tutti i professionisti (non solo dei medici) e delle parti sociali nella stesura dei piani sanitari e nella pianificazione aziendale, per individuare modalità adeguate, efficaci ed efficienti di erogazione di prestazioni domiciliari. Per migliorare i rapporti tra cittadino e i professionisti è utile la strada della semplificazione favorendo l'effettivo utilizzo delle cartelle e delle procedure informatizzate.

2.4 Case manager (responsabile del caso)

Il case manager, quale attore del managed care, è un professionista che gestisce uno o più casi a lui affidati con un percorso predefinito in un contesto operativo e temporale delimitato, collaborando con l'équipe multidisciplinare per garantire l'approccio sistemico ai problemi del paziente. Svolge funzioni di educatore e supervisiona l'applicazione e l'implementazione del piano di assistenza a garanzia della continuità assistenziale. Nei sistemi integrati di interventi sanitari e socio-assistenziali, il responsabile del caso può rappresentare il raccordo fra i diversi componenti dell'équipe, il punto di riferimento per la famiglia, il garante della continuità delle cure nei diversi setting assistenziali. Il ruolo del responsabile del caso implementa nuove prospettive culturali ai professionisti e crea le condizioni perché un gruppo di lavoro multiprofessionale si trasformi in un team interprofessionale, dove la comunicazione, il confronto, le decisioni collettive siano lo strumento principale di integrazione. Bisogna lavorare affinché, come diverse esperienze positive dimostrano, il responsabile del caso sia effettivamente identificato in base alla prevalenza del bisogno: clinico, sociale, assistenziale e riabilitativo. In questa ottica, queste funzioni di responsabilità possono essere affidate al medico o ad una delle professioni sanitarie coinvolte, e, soprattutto, trasversalmente alle strutture organizzative (dall'ospedale al territorio).

2.5 La riabilitazione

Siamo di fronte a uno scenario nel quale la riabilitazione, una delle attività caratterizzanti ed indispensabili dei servizi ospedalieri e distrettuali, sta percorrendo sempre più spesso e sempre più diffusamente la pericolosa strada dell'esternalizzazione. A gestire i servizi riabilitativi (spesso anche quelli garantiti dai LEA) non sono più le aziende sanitarie, ma Società, Fondazioni e Cooperative esterne, con inevitabili ripercussioni sui livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni fornite ai cittadini. Per non parlare della giungla contrattuale nella quale si trovano catapultate le professioni sanitarie, senza certezze né di diritti contrattuali né di retribuzione adeguata alla qualità del lavoro svolto. Non è difficile, per un professionista, dover scegliere (perché, in realtà, non si tratta di scelta) se essere assunto con un contratto al posto di un altro o addirittura con accordi di collaborazione libero professionale, a seconda delle presunte convenienze legate ad eventi macroeconomici per lui difficilmente comprensibili. È facile trovare, nei reparti, professionisti che lavorano con le medesime funzioni ma con retribuzioni molto diversificate, in evidente dumping contrattuale. Le esternalizzazioni, sono sempre state giustificate con la chimera del (presunto) risparmio, mentre gli studi di settore nel medio lungo periodo hanno sempre testimoniato impietosamente il contrario. Delegare ad altri pezzi così importanti di sanità pubblica equivale a decretare l'incapacità delle Direzioni, ad ogni livello, di governare il servizio sanitario nazionale, la sua offerta ed i suoi costi. In alcuni territori i servizi sono stati esternalizzati e poi retribuiti con tariffari inadeguati (es ambulatoriali per domiciliari), con ovvie ripercussioni sui lavoratori per via delle differenze retributive; in altri territori, i professionisti non sono pagati dai centri privati da diversi mesi. È necessario prestare attenzione affinché le aziende del SSN non siano indirettamente committenti di servizi che, in questo modo, potrebbero scadere a livello qualitativo. Bisogna invertire questa tendenza, soprattutto per quanto riguarda le attività legate ai Livelli Essenziali di Assistenza che debbono essere garantite in modo omogeneo ed uniforme su tutto il territorio nazionale e debbono essere gestite ed erogate dal Servizio Sanitario Nazionale prioritariamente con le proprie strutture e/o con controlli e capacità di interdizione sui regimi di accreditamento sicuramente maggiori di quelli che il sistema delle regioni è oggi in grado di assumere. In questa visione, il nuovo "Piano di indirizzo per la riabilitazione", approvato in Conferenza Stato Regioni il 10 febbraio 2011, è una grande occasione persa. L'impianto di questo documento non sarà in grado di esercitare il ruolo guida per la riabilitazione italiana nel SSN a fronte del trend epidemiologico, della riduzione delle risorse economiche e di quelle professionali disponibili. Non sono comprensibili i bisogni, in assenza peraltro di normazione specifica, che sostengono l'esclusiva titolarità prescrittiva del medico specialista in fisioterapia (non considerando gli altri medici specialisti che spesso prendono in carico il paziente in precedenza), sottomettendo, di fatto, tutte le altre professioni sanitarie che

oggi compongono le equipe riabilitative che, nel rispetto dei ruoli, nell'integrazione e nella condivisione, garantiscono risultati di qualità al cittadino. I principi dell'ICF (maggio 2001 OMS "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità") contrastano con la previsione del Piano di mettere un medico responsabile del progetto riabilitativo, poiché, invece, questo deve essere definito da tutta l'equipe. È un'evidente retromarcia perché contravviene alla convenzione ONU sui diritti delle persone disabili (25 febbraio 2009 - Ratifica del parlamento italiano) che segna invece un importante cambiamento culturale: si passa dal modello medico, tutto incentrato sulla malattia, al modello biopsicosociale, incentrato sulla persona e i suoi diritti. Questo si nota già nella definizione di disabilità come "*un concetto in evoluzione*" "*risultato dell'interazione tra persone con minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine e barriere attitudinali ed ambientali, che impedisce la loro piena ed efficace partecipazione nella società su una base di parità con gli altri*". Il Piano di Indirizzo così strutturato risulta contrapporsi anche al processo evolutivo delle professioni sanitarie che sono innegabilmente in grado di svolgere nel governo dei processi riabilitativi, con titolarità, autonomia e responsabilità, un ruolo specifico nei confronti dei cittadini. Il Piano prevede di "prescrivere" gli stili di vita, anziché promuoverli, come sarebbe più appropriato, introducendo la cosiddetta Attività Fisica Adattata (AFA) svolta da laureati in scienze motorie, con finalità simil-terapeutiche, quasi a voler sostituire la fisioterapia. In alcune città è già stata adottata e organizzata (in parte a carico del SSN e in parte a carico dei pazienti) AFA per parkinsoniani, AFA per traumatizzati cranici, ecc., ghezzando le persone, quindi, in gruppi definiti per patologie, quando dovrebbero invece ottenere anche l'integrazione sociale. Questa attività, non sanitaria, inserita in un piano di indirizzo sanitario, può facilmente portare ad essere strumentalmente considerata alternativa alla terapia. Altro elemento altamente anacronistico è il rafforzamento della centralità delle strutture organizzative ospedaliere rispetto alla gestione territoriale/distrettuale dei percorsi di presa in carico delle persone con disabilità, quando, da tempo, si conosce l'efficacia dei modelli riabilitativi extraospedalieri, tra cui le alternative domiciliari. Bisogna avere il coraggio di ripensare a queste scelte per poter proseguire nel percorso di umanizzazione dei servizi e della presa in carico diretta da parte dei professionisti cogliendo le potenzialità che il contributo delle professioni sanitarie sono in grado di portare al sistema riabilitazione e ai cittadini fruitori dei percorsi assistenziali.

2.6 Radiologia e radioterapia

A seguito della repentina, rilevante e costante evoluzione tecnologica e dell'aumento apparentemente incontrastabile della domanda, i volumi delle attività radiologiche non possono più essere definiti soltanto sulla base di una mera relazione tra il numero degli operatori disponibili, i tempi medi di esecuzione delle prestazioni e l'orario di apertura dei servizi. Un dimensionamento credibile non può più prescindere da elementi quali la qualità minima (tecnica e relazionale) delle prestazioni e il loro grado di appropriatezza (efficacia provata, rischi accettabili e costi sostenibili). Inoltre, la significativa crescita dei volumi di prestazioni radiologiche pone importanti questioni etiche quali l'appropriata allocazione delle risorse economiche destinate al welfare e l'esposizione a radiazioni ionizzanti. Se opportunamente riconosciuto e valorizzato, il Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM), professionista sanitario sempre presente laddove si effettuano esami di diagnostica per immagini (RX, TC, RM, angiografie, scintigrafie, etc...) e radioterapia, potrebbe diventare un importante soggetto di garanzia e tutela dei diritti delle persone assistite e della sostenibilità del sistema sanitario pubblico. Non è da sottovalutare il prezioso e strategico apporto che, anche grazie alle più recenti innovazioni tecnologiche, il tecnico di radiologia può dare alla territorializzazione ed alla domiciliarizzazione delle attività sanitarie.

2.7 Comunicazione

L'aspetto della comunicazione a tutti i livelli (interna, esterna ed organizzativa) è uno dei più importanti nelle moderne organizzazioni sanitarie. Se gli obblighi normativi hanno portato alla regolamentazione ed all'istituzione di URP e Uffici Comunicazione, deputati ai rapporti tra aziende e cittadinanza, poco o nulla è stato fatto per il rapporto diretto tra equipe o singolo professionista e paziente. I professionisti svolgono un ruolo importante e, spesso, non sostituibile o surrogabile da altre strutture. È necessario prestare molta attenzione a questi aspetti che debbono essere trattati in appositi percorsi formativi mirati a costruire competenze comunicative uniformi ed idonee, per gestire la comunicazione diretta e di equipe in modo appropriato e senza causare inconvenienti difficilmente gestibili né al cittadino utente né al professionisti coinvolti. Bisogna arrivare alla costruzione partecipata e condivisa ed all'utilizzo di piani di comunicazione mirati anche alle particolari esigenze specifiche.

3 CARRIERA: dirigente, specialista, docente

3.1 Dirigenza delle professioni sanitarie e degli assistenti sociali

Il livello di autorità ed autorevolezza della direzione delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale che sulla carta dovrebbe essere sullo stesso piano delle altre direzioni (medica, sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa), spesso risulta avere un peso decisamente minore o addirittura subordinato e ciò si riversa a cascata sui livelli di autorità dei coordinatori rispetto ai dirigenti e dei

professionisti sanitari rispetto ai medici. Per quanto riguarda il livello di autorità, è necessario lavorare sullo sviluppo di una nuova cultura in ambito sanitario a tutti i livelli, compreso quello dell'utenza finale: un paziente consapevole, infatti, può avere una grossa influenza anche in questo caso e contribuire a produrre incarichi "reali" che servano a tutti, lavoratori e cittadini. Per quanto riguarda il Servizio sociale professionale in sanità, l'esigenza condivisa, concluso il lavoro del tavolo tecnico ministeriale che ha prodotto uno specifico documento, è quella di lavorare per l'istituzione di servizi sociali professionali che siano in parallelo con quelli delle professioni sanitarie, non più singoli ambiti, pur senza prescindere da un forte livello di integrazione.

3.2 Professionisti specialisti

Nel processo di trasformazione culturale si inserisce la valorizzazione delle competenze professionali sanitarie rispondendo all'esigenza di ricevere un'assistenza di qualità che, spesso, è pari al desiderio di erogarla da parte del gruppo professionale. Queste premesse rappresentano la base di partenza per la possibile attuazione di sviluppi professionali di figure specializzate per i processi sanitari o di parte di essi. Sarebbe opportuno attivare percorsi di crescita di carattere aziendale per master clinici, favorendo corsi che rispondano agli effettivi bisogni e con un obiettivo finale, con una temporaneità definita, senza creare specializzazioni di scarsa o nulla utilità pratica. Già oggi, è possibile prevedere che alcune specialità sono necessarie al sistema e si faranno sempre mentre altre, legate a particolari attività ed esigenze contingenti, saranno limitate di conseguenza. Per uno sviluppo moderno e razionale, a queste figure dovrebbero essere assegnati incarichi, legati a tempi definiti, a piani ed obiettivi mirati. Proprio questa soluzione, individuata da FP CGIL nel corso di alcuni confronti sull'argomento, ha incontrato l'interesse del Ministero ed è stata oggetto di discussione nell'ambito del Forum PA appena concluso. Attualmente queste figure non sono contemplate in alcun contratto o norma, nonostante la volontà di farlo (vedasi piattaforma unitaria del 2007), ma sarebbe auspicabile costruire attività di ricerca e docenza, sul campo, utilizzando le competenze dei professionisti specialisti. Ponendo la necessaria attenzione al problema delle risorse, bisogna agire per inserire tali figure nel contratto ed è quindi nostra ferma intenzione ottenere un tavolo di confronto con il Ministero e le Regioni per discutere dell'argomento ed individuare possibili soluzioni che possano orientare la contrattazione alla ripresa dopo questa "sospensione forzata". Facendo questo, bisogna individuare risposte coerenti alle necessità di riconoscimento di quei professionisti che già svolgono funzioni specialistiche, vincolate a apposita formazione specifica.

3.3 Docente

Le professioni sanitarie che svolgono attività formativa, a diversi livelli (docente, tutor, coordinatore di corso, guida di tirocinio, ecc.), all'interno delle facoltà universitarie e nelle aziende sanitarie, molto spesso, non hanno riconoscimenti, né economici né giuridici, per questi ruoli e funzioni. Un passo avanti su questa strada, pur in questa fase di blocco della contrattazione, è costituito dall'elaborazione del Disegno di Legge sulla docenza delle professioni sanitarie che individua requisiti e percorsi per il riconoscimento dell'importante ruolo svolto da questi lavoratori che sono presenti e svolgono un'attività formativa di peculiare importanza nelle facoltà, quasi sempre senza legittimazione, senza diritti e senza retribuzione. L'esigenza sarà ulteriormente rafforzata poiché, in applicazione della normativa (D.M. 270/04 e provvedimenti applicativi), alle professioni sanitarie sarà richiesta la laurea magistrale per poter insegnare.

4 LAVORO, SALARIO, DISAGIO E INDENNITÀ

4.1 Classificazione contrattuale

La classificazione strutturata per categorie e livelli retributivi è percepita spesso come demotivante per le professioni sanitarie e sociali perché le ingabbia in una situazione preconfezionata e antecedente al loro percorso evolutivo. È necessario individuare un diverso sistema premiante, rispolverando anche i principi del memorandum sindacale unitario del 2007, per mitigare, da subito, e superare, in prospettiva, quelli della controriforma Brunetta, che preveda la valutazione del singolo lavoratore in stretta relazione all'equipe dove lavora e che lo gratifichi nell'immediatezza. Bisogna lavorare per dare il giusto riconoscimento ad attività specifiche impegnative e qualificanti (es. tutoraggio dei nuovi assunti e degli allievi tirocinanti, revisione dei modelli assistenziali, uffici qualità e accreditamento, ecc.).

4.2 Indennità

Permangono i problemi legati alla quantificazione delle spettanze relative alle indennità per particolari condizioni di lavoro (turni, lavoro notturno/festivo, assistenza domiciliare, malattie infettive, pronto soccorso, SERT, polizia giudiziaria, ecc.), specie quando le attività si fanno saltuariamente. Gli importi di molte indennità sono stati fissati negli anni '90 e non sono mai stati adeguati dai CCNL successivi anche se alcune sono state elevate localmente dalla contrattazione aziendale in presenza di particolari condizioni. Il ragionamento per la complessiva revisione del sistema delle indennità che ne valuti la coerenza rispetto all'evoluzione del sistema e dei modelli organizzativi, riveda gli importi di quelle ancora attuali, modifichi quelle oggi inadeguate e istituisca quelle oggi necessarie, va necessariamente posto al centro delle

riflessioni più complessive che riguardano i CCNL pubblici, la riconquista del tavolo nazionale, le sue esigenze di riforma.

4.3 Risorse

Riorganizzando i modelli per permettere l'impiego delle professioni sanitarie sfruttando appieno le loro potenzialità, superando progressivamente la duplicazione dei ruoli e delle funzioni, incentivando e riconoscendo i percorsi di crescita specialistica e di ricerca nei luoghi di lavoro, promuovendo gli approcci basati sulle evidenze in contesti di lavoro ad alta integrazione, si costituiscono solidi investimenti dalla resa sicura e costante per il SSN. È necessario anche recuperare e allocare correttamente le risorse che alcuni provvedimenti normativi destinano specificatamente ad alcune attività (prevenzione sul lavoro, sicurezza alimentare, screening, ecc.). Queste sono una parte consistente delle risorse che, in attesa dello sblocco della contrattazione, possono consentire il consolidamento dell'efficacia e dell'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale, valorizzando, in primo luogo, l'impegno ed i meriti delle risorse umane, quali competenze distintive del percorso di crescita. Il lavoro professionale non è un costo ma un'opportunità di investimento che, oculatamente gestito, valorizza il capitale investito per la causa della salute pubblica.

4.4 Precarietà

La precarizzazione e l'atipizzazione sistematica dei rapporti di lavoro, senza prospettive di stabilizzazione, sono tra i problemi più seri anche perché questi lavoratori sono spesso indispensabili per il raggiungimento dei LEA. Alla precarietà e all'atipicità, che spesso i documenti chiamano flessibilità, sono imputate formalmente e propagandate la crescita dell'occupazione mentre, invece, è sotto gli occhi di tutti che hanno solo suddiviso e surrogato il lavoro precedente, abbassandone le retribuzioni e moltiplicando la platea di lavoratori sprovvisti di adeguati diritti e di tutele, impossibilitati a costruirsi un futuro. Bisogna prevenire, laddove possibile, e contrastare la tendenza a proseguire su questa strada, lavorando per dare loro una prospettiva di futuro stabile, ricomponendo la platea del CCNL e prevenendo anche la tendenza alla contrapposizione tra lavoratori.

5 FORMAZIONE UNIVERSITARIA E FABBISOGNI FORMATIVI

5.1 Fabbisogni formativi

I fabbisogni formativi oggi determinati sono sovrabbondanti rispetto alla capacità di assorbimento da parte del mondo del lavoro, in riferimento ai vincoli posti dalle leggi finanziarie di questi anni, ma sono certamente sottostimati rispetto alle effettive esigenze del SSN che emergerebbero da una realistica analisi della situazione. È opportuno ridefinire i fabbisogni di personale secondo aree di intensità di cure per gli ospedali e il territorio. I modelli organizzativi all'interno del sistema di cure stanno cambiando (organizzazioni per intensità di cure, per percorsi diagnostici terapeutici e/o per programmi, Nuclei di cure primarie, Case della Salute) a questi occorre che corrispondano nuove metodologie di riferimento e strumenti (pianificazione assistenziale, POMR problem oriented medical record etc) che ne garantiscano l'attuazione. In questa ottica e in quella dell'accreditamento istituzionale occorre sottolineare l'importanza delle "nuove" competenze e della loro rispettiva manutenzione e a queste andrebbe indirizzato il re-orientamento della formazione di base e post base. Occorre quindi mettere in atto strumenti ancora più specifici e contestualizzati per il calcolo del fabbisogno per tutte le professioni. Proprio questo argomento, per troppo tempo considerato ingiustamente dal Governo, dalle Regioni e dagli Associazioni/Collegi/Ordini loro esclusivo patrimonio, deve diventare oggetto di una discussione molto più ampia ed articolata, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali rappresentative, in quanto attiene al mercato del lavoro. E' nostra intenzione richiedere l'apertura di un tavolo apposito e l'istituzionalizzazione di un percorso che preveda la partecipazione della rappresentanza sindacale in tutte le sue fasi.

5.2. Formazione universitaria

Sono evidenti le disfunzioni del sistema e delle abitudini della didattica delle facoltà di Medicina e Chirurgia rispetto ai percorsi formativi delle Professioni Sanitarie, viste sempre come lauree minori rispetto alle più prestigiose professioni mediche. Spesso gli aspetti professionalizzanti relativi all'istituzione, all'attività e allo sviluppo delle Professioni Sanitarie non vengono trattati, o vengono solamente accennati, nei programmi dei corsi di laurea. Il tirocinio, occasione fondamentale e insostituibile di interfaccia studio/lavoro, è spesso una grande occasione perduta, mentre dovrebbe essere il fulcro della formazione di tutti i professionisti. Si va da strutture in genere non adeguate (servizi, aule, ecc.) alla moltiplicazione dei corsi di laurea, master, lauree specialistiche, assolutamente scollegati ai reali fabbisogni del sistema ed imperniati su autoreferenziali esigenze delle facoltà. Abbiamo assistito ad un atteggiamento di "delega" forse eccessiva per i corsi di studio organizzati nei poli universitari gestiti dalle ASL: l'Università acquisisce prestigio e, soprattutto, tasse d'iscrizione e si disinteressa, almeno parzialmente, della qualità formativa e didattica. Per contro, è da rilevare anche un atteggiamento accentratore per i corsi di studio gestiti direttamente presso la sede dell'ateneo, che si riflette anche sul conferimento degli incarichi di docenza (sono privilegiati docenti

dell'università, spesso oberati di impegni e poco coinvolti negli obiettivi formativi del corso, e penalizzati i professionisti del SSN). Il sistema universitario odierno non è pronto per l'integrazione, opera in gran parte per compartimenti stagni. E' necessario evidenziare il problema dei settori scientifico disciplinari, dove i rari professionisti che effettuano docenze nei corsi delle Professioni Sanitarie, eccettuati alcuni aspetti della formazione della professione infermieristica, sono stati diffusamente accomunati dall'applicazione normativa in un "destino unico", con limitatissimi orizzonti di sviluppo. Questi aspetti, comunemente considerati interni alle dinamiche universitarie, causano una perdita d'identità ed una confusione di competenze che non è in linea con le aspettative dei professionisti e, soprattutto, con le esigenze dei cittadini. Gli studenti sono spesso compressi in ritmi disumani, con l'accusa di un cruciale impoverimento degli aspetti qualificanti la professione e con una sostanziale diminuzione di quote di tirocinio professionalizzante. Bisogna lavorare per l'implementazione ed il riconoscimento contrattuale dei professionisti che svolgono attività di docenza a tutti i livelli (professore, coordinatore di corso, tutor, guida di tirocinio), sia all'interno dell'università, sia all'interno delle aziende del SSN che collaborano alla formazione, tramandando le loro metodologie, le loro competenze specifiche, le loro conoscenze e le loro esperienze. Distinguere i percorsi di laurea delle professioni sanitarie da quelli di medicina aiuterebbe ad evitare possibili aree di "confusione" e aiuterebbe a indirizzare le organizzazioni delle direzioni del riconoscimento delle professioni sanitarie. È necessario il graduale ma progressivo approdo a specifiche Facoltà delle Professioni Sanitarie per poter compiere un deciso passo avanti verso l'acquisizione di maggior autonomia e responsabilità, a partire da una didattica finalmente coerente e adeguata, puntando anche sulla ricerca.

5.3 Ricerca

Negli IRCCS le professioni sanitarie partecipano all'attività di ricerca con continuità e sono coinvolte in progetti di ricerca clinica e/o sperimentale. Nelle Aziende Ospedaliere Universitarie sono solo saltuariamente coinvolte in progetti di ricerca attivati da professioni dell'area medica. Nelle Aziende Sanitarie Locali, invece, è estremamente difficile che oggi si faccia ricerca. In ambito universitario, è necessaria l'attivazione di un numero maggiore di Dottorati di Ricerca aperti a tutte le professioni e collegati a progetti di ricerca multiprofessionali integrati nel SSN al fine di dare evidenza all'efficacia dell'agire professionale. Gli indirizzi per la ricerca dovranno essere elaborati e condivisi dalle professioni coinvolte tenendo conto dell'evoluzione delle esigenze di salute della cittadinanza, attivando una formazione specifica per il personale da adibire a queste funzioni.

6 COMPLETAMENTO DELLA RIFORMA: ORDINI, EQUIVALENZA

6.1 Ordini professionali

Gli ordini professionali, fra le loro priorità, hanno lo sviluppo culturale della professione, la garanzia del rispetto delle norme deontologiche, la limitazione e il controllo del fenomeno dell'abusivismo professionale e possono rappresentare un buon livello di coordinamento dei liberi professionisti. Bisognerà governare, in questa fase, il riconoscimento reciproco delle rispettive funzioni e responsabilità da parte degli ordini e dei sindacati, declinando chiaramente gli ambiti di confronto e di rispettiva specificità già normati ma troppo spesso mal interpretati, in un'ottica di rispettivo riconoscimento, collaborazione e integrazione. Il funzionamento degli Ordini deve essere garantito da regole democratiche, trasparenti e rispondenti alle moderne esigenze del lavoro nel sistema salute. Analogamente a quanto già fatto nella bozza di Decreto delegato decaduta nel marzo del 2008, è necessario individuare regole che prevedano incompatibilità per l'accesso alle cariche nell'ordine a chi riveste incarichi politici o sindacali ed a modalità di presentazione candidature e di voto che coinvolgano i professionisti in tutti i luoghi di lavoro. È necessario prevenire il rischio di un eccesso di corporativismo e bisogna lavorare per evitare particolarismi eccessivi, centrando l'attenzione soprattutto sui bisogni dei cittadini e non solo su quelli dei professionisti. Riteniamo che si debba lavorare per uniformare il sistema professionale in sanità e quindi, oltre a convertire i collegi esistenti in ordini, bisogna parimenti arrivare all'istituzione degli albi ed all'estensione degli ordini a tutte le restanti professioni sanitarie che, oggi, nel panorama della sanità, sono una consistente minoranza ingiustamente discriminata (800.000 ca con albo e Ordine/Collegio e 180.000 ca senza).

6.2 Equivalenza

L'accordo Stato – Regioni per l'attuazione del percorso di equivalenza (ex. Art. 4, comma 2, della Legge 42/99) di alcune professioni, ai fini dell'esercizio professionale sia subordinato che autonomo, prodotto dal tavolo tecnico del Ministero a cui abbiamo partecipato, ha concluso il suo iter ed è stato approvato il 10 febbraio 2011. Il nuovo accordo ha definitivamente abrogato quello del 16/12/2004, peraltro mai applicato. Per poter avviare il nuovo percorso in tutti i territori e consentire il definitivo riconoscimento di equivalenza a figure professionali di riferimento sanitario con propria declaratoria e profilo professionale, l'accordo dovrà essere recepito dal Governo con specifico DPCM. Saranno interessati all'istruttoria e alla successiva valutazione dei titoli tutti gli operatori delle professioni sanitarie in possesso di specifici titoli, conseguiti entro e non oltre il 31 dicembre 1998, già previsti dai precedenti ordinamenti. Sarà necessario tenere monitorato

sia il completamento dell'iter, sia l'avvio dei riconoscimenti nelle sedi territoriali poiché le numerose istanze dei lavoratori interessati dovranno essere esaminate correttamente e dovranno trovare risposte coerenti e omogenee.

7 RICONOSCIMENTO DEL LAVORO PROFESSIONALE

7.1 Educatore professionale

L'Educatore professionale ha una formazione universitaria a doppio binario: nella facoltà di Medicina e Chirurgia (classe 2 – professioni sanitarie della riabilitazione) e nella facoltà di scienze della formazione (classe L 19 – Scienze dell'educazione e della formazione). Nella sanità pubblica, nei servizi integrati e in quelli socio sanitari accreditati è possibile assumere solo Educatori professionali della classe 2 che sono laureati dalla facoltà di Medicina e Chirurgia. In parecchi servizi sono stati assunti sia gli uni sia gli altri e in parecchi territori sono sorti problemi per il loro riconoscimento che in alcune zone, nel Socio Sanitario Assistenziale Educativo Privato (cooperazione, privato sociale, socio educativo, ecc.), ha portato addirittura all'utilizzo per funzioni proprie di altri profili, anche meno qualificati. E' successo, infatti, che nel socio sanitario accreditato e/o integrato, gli educatori in queste condizioni, per poter mantenere rapporti di lavoro in quelle strutture, sono stati "retrocessi" a OSS. Grazie al nostro intervento, nella nuova bozza di accordo stato – regioni per l'equivalenza è stato previsto che i lavoratori diplomati sino all'entrata in vigore della Legge 42/1999 potranno accedere al nuovo percorso per il riconoscimento dell'equivalenza, non appena approvato. Per quelli diplomati dopo, c'è la necessità di lavorare per aprire tavoli con tutti i ministeri e le regioni competenti per individuare percorsi che, prevedendo anche integrazioni formative, permettano a tutti gli operatori di poter conseguire un titolo di studio idoneo con la garanzia di mantenere, nel frattempo, il posto di lavoro. In merito c'è l'esempio della D.G.R. della Regione Piemonte (d'intesa con le università) che ha risolto il problema a livello locale.

7.2 Infermiere generico

Durante gli incontri per l'equivalenza, il Ministero ha confermato quanto già comunicato in precedenza, ovvero: l'impossibilità di applicare questo istituto per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, agli infermieri generici. Tuttavia, convenendo sulla necessità di trovare un adeguato riconoscimento per i circa 20.000 infermieri generici ancora in servizio", soprattutto per coloro che svolgono funzioni di assistenza diretta alla persona, il Ministero ha siglato un verbale di incontro nel quale si è impegnato a trasmettere la richiesta di confronto nella conferenza Stato – Regioni su questo specifico argomento che riguarda gli infermieri generici. Bisogna far rilevare che si sono resi necessari anche interventi specifici, sindacali e ministeriali, per scongiurare demansionamenti e sottoutilizzi di questo personale a favore di altri operatori (Oss e Oss con formazione complementare). Permane l'esigenza di lavorare per concludere questo percorso.

7.3 OSS

L'Operatore Socio Sanitario è nato nel 2001 per essere l'unica figura che collabora con le professioni sanitarie per elevare i livelli qualitativi delle prestazioni con l'obiettivo finale di uniformare tutta l'Italia a questa regola contribuendo ad eliminare le precedenti distorsioni del sistema. L'OSS è una naturale evoluzione dell'ausiliario, OTA, ecc. e in tutte le regioni è necessario completare la riqualificazione del personale che non possiede questa qualifica. Alla nuova figura dell'OSS sarebbero dovute seguire le opportune riorganizzazioni al fine di ottimizzarne l'impiego nei reparti e servizi ma, salvo alcune realtà virtuose, la situazione è tuttora assai arretrata (sovente si utilizzano OSS per svolgere le medesime mansioni di OTA, Ausiliari od altre figure che avrebbero dovuto sostituire). In alcune regioni si molto puntato sull'OSS, soprattutto quello con formazione complementare, utilizzandolo anche per funzioni che non sono proprie del profilo ma che vanno a coprire spazi delle professioni sanitarie con evidenti sofferenze dei lavoratori e con rischi per la qualità delle prestazioni rese al cittadino. Nello specifico, in questi territori, si è pensato e si sta pensando di inserire gli OSS, specie quelli con formazione complementare in assistenza sanitaria (OSSS), in ospedali con bassa intensità di cura e in alcune aziende, con un'articolazione lavorativa su turni, promettendogli ulteriori benefici economici (valore della categoria C con altri strumenti contrattuali). È necessario ribadire che nei nostri sistemi sanitario e socio sanitario, non è necessario si formino e si impieghino OSSS, specialmente per sostituire fittiziamente gli infermieri perché, così facendo, si abbassano i livelli qualitativi dell'assistenza, si concretizza una singolare riedizione dell'infermiere generico e si accrescono i rischi professionali, anche impropri, a carico dei lavoratori in parziale o in totale assenza di strumenti giuridico – economici credibili attraverso gli istituti contrattuali. L'OSSS, infatti, è una figura non prevista e non normata dai CCNL che fanno invece riferimento all'originario Accordo Stato Regioni del 2001. Bisogna approfondire le criticità di queste tendenze e la loro portata, cercando di non inseguire troppo queste anomalie del sistema. Su questo argomento, è necessario anche attendere le conclusioni che elaborerà l'apposito tavolo tecnico ministeriale, a cui collaboriamo, che lavorerà con una particolare

attenzione sui numeri degli operatori, sui reali fabbisogni, sui sistemi formativi, sulle possibilità di impiego coerenti con il profilo e sulle specifiche attribuzioni.

7.4 Autista soccorritore

Alcuni territori non hanno ambulanze (che sono affidate a associazioni) e non ci sono autisti soccorritori dipendenti. È condivisa, unitariamente, l'importanza di individuare un unico profilo per l'Autista soccorritore per tutto il territorio nazionale in modo da superare l'attuale disomogeneità che è evidente in tutti i comparti (SSN, Sanità privata, Associazionismo). Sull'argomento, sono pervenute la convinta approvazione della Croce Bianca dell'Alto Adige e la disapprovazione, nonostante avesse espresso rassicurazioni sulla volontà di lavorare per arrivare ad una condivisione, di ANPAS. Nel frattempo la Corte Costituzionale ha abrogato la Legge Regionale della Basilicata, confermando la bontà della nostra scelta di intraprendere un percorso attraverso la Conferenza Stato Regioni, analogo a quello per il riconoscimento dell'OSS. Il Ministro ha condiviso la proposta di accordo, che abbiamo elaborato e presentato unitariamente a CISL e UIL, e, il 1 marzo 2011, l'ha trasmessa alla Conferenza delle Regioni al fine di completare un percorso condiviso che miri ad uniformare una figura molto importante ma troppo disomogenea. Il tema della gestione delle emergenze deve diventare oggetto di un confronto complessivo, con il coinvolgimento di tutti gli attori interessati alla vicenda, che miri a uniformare i livelli operativi nei vari territori e la gestione dei servizi con l'obiettivo di reinternalizzare queste attività.

7.5 Tecnico di emodialisi

Nei territori la situazione è alquanto disomogenea poiché si spazia da gestioni dirette delle macchine di dialisi, a gestioni miste ed a gestioni completamente appaltate. Anche per questo, ci sono tecnici di emodialisi dipendenti ed inquadrati in modo estremamente disomogeneo (dal B al Ds!) in relazione alle tipologie organizzative. Bisogna proseguire la strada intrapresa per l'applicazione della raccomandazione ministeriale n. 9 dell'aprile 2009 che prevede l'istituzione di Servizi di Ingegneria Clinica, permettendo diverse modalità organizzative ma fissando parametri e requisiti chiari, nei quali può trovare il giusto riconoscimento anche il lavoro professionale dei Tecnici di emodialisi.

7.6 Figure atipiche nel SSN, in ARPA, negli IZS e negli IRCCS

Negli IZS, negli IRCCS, nelle ARPA e, in misura percentualmente minore, nel SSN esistono figure professionali specifiche che sono state inserite nei reparti pur non rientrando tra le professioni sanitarie (si tratta di Biotecnologi, Biologi molecolari, ecc.), nel comparto, o tra i profili dei vari ruoli della dirigenza (si tratta di Agronomi ed altre lauree specifiche). La quasi totalità di questi lavoratori è stata assunta con contratti atipici (borse di studio o altro) o precari. Alcuni di questi lavoratori sono stati assunti, anche nel SSN, su posti di professioni sanitarie (Biotecnologi assunti come Tecnici di laboratorio biomedico) e poi licenziati o inquadrati in altri ruoli e profili (anche con demansionamento). Ad oggi si è ipotizzata l'individuazione del profilo del "ricercatore" e l'adeguamento dei regolamenti concorsuali, in modo che comprendano i nuovi profili, ma è senz'altro necessario riprendere la discussione per individuare risposte tempestive e coerenti da dare a questi lavoratori.

7.7 Massofisioterapisti e professioni della riabilitazione

Dopo cinque anni di duro lavoro, è stata approvata la Legge che ha rimediato alla distorsione normativa provocata dall'articolo 1 septies della Legge 27/06 che cercava di rendere equipollenti i laureati in Scienze Motorie ai fisioterapisti. I massofisioterapisti, ed altri operatori (massaggiatori capo bagnini, op. del massaggio termale, ecc.) sono in attesa di soluzioni ai loro problemi formativi, occupazionali e di impiego. I massofisioterapisti formati sino all'entrata in vigore della Legge 42/1999, alcune risposte le hanno trovate con l'equipollenza, se avevano la formazione triennale, o le troveranno con l'applicazione delle nuove procedure di equivalenza, se hanno la formazione biennale. Per tutti coloro che si sono diplomati dopo in alcuni istituti che hanno continuato a formarli, poiché la Legge 403/71, erroneamente, non è stata abrogata, nonostante fossero stati messi ad esaurimento dai CCNL della sanità pubblica, e per chi ha ottenuto attestati regionali per altre figure locali (massaggiatori capo bagnini, op. del massaggio termale, ecc.), abbiamo chiesto di attivare un tavolo ministeriale che miri a riordinare tutto il settore, anche con provvedimenti legislativi. In questo percorso, bisognerà valutare attentamente tutti gli aspetti connessi alle caratteristiche ed agli effettivi fabbisogni di queste figure professionali, tenendo conto soprattutto dell'evoluzione delle competenze delle professioni sanitarie e dei modelli organizzativi.