

**FUNZIONE
PUBBLICA**

CGIL

FONDATA SUL LAVORO

Roma – 10 giugno 2011

Gianluca Mezzadri

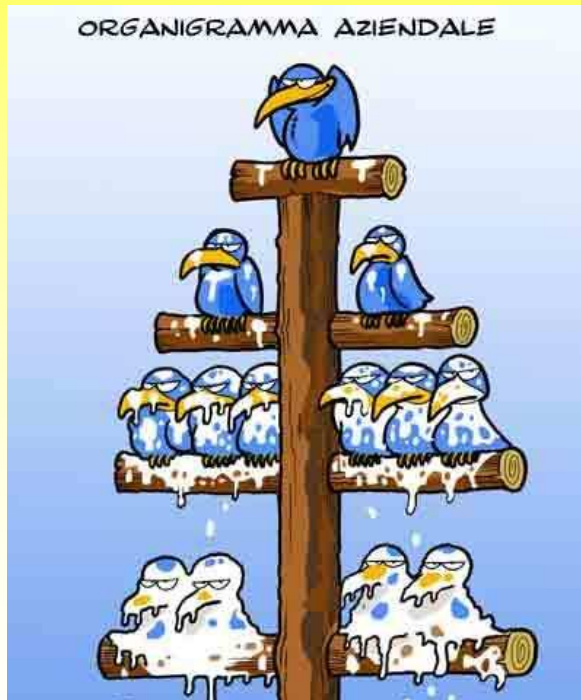


LA SALUTE BENE COMUNE
Professioni sanitarie:
competenze e qualità al
servizio dei cittadini

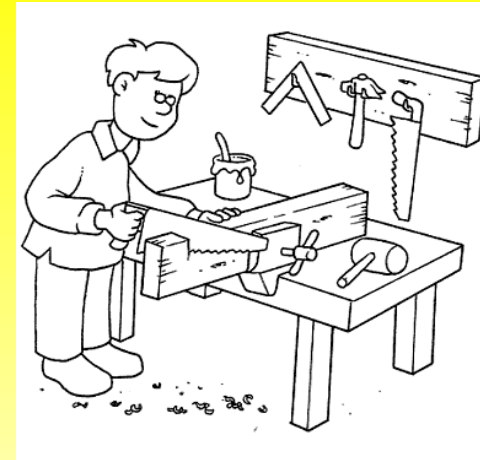
L'analisi e le proposte della
Funzione Pubblica CGIL

1. AUTONOMIA, responsabilità e integrazione professionale

Autonomia è la capacità di pensare e agire in modo indipendente



Roma, 10 giugno 2011



Responsabilità è il gestire un'attività, pianificata o di routine, con la consapevolezza di dover rispondere degli effetti di azioni proprie

Gianluca Mezzadri

1.1 Autonomia e responsabilità reali

Bisogna **scoraggiare le propensioni autoreferenziali** lavorando per **completare il percorso di riconoscimento professionale**, promuovendo la crescita culturale sulla strada della qualità, dell'appropriatezza e dell'accreditamento dei processi e dei professionisti.

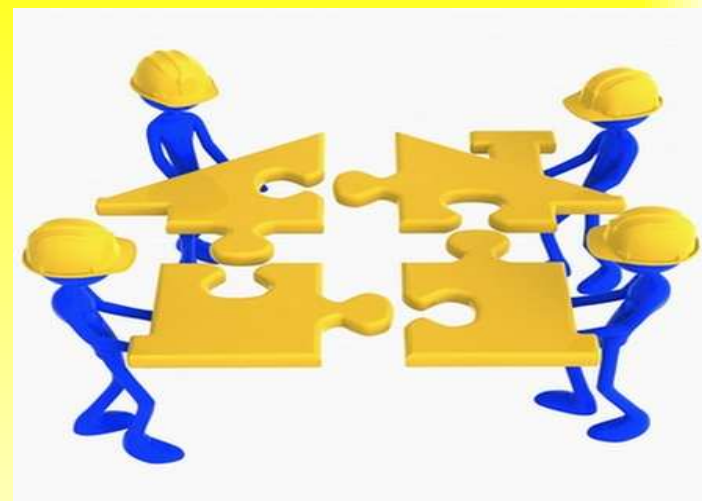
E' necessario procedere alla **ridefinizione delle funzioni alla luce delle nuove competenze e abilità acquisite** dalle diverse professioni sanitarie nei percorsi formativi universitari di base, post base e sul lavoro.

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**.

E' opportuno **promuovere e valorizzare organizzazioni del lavoro 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**.



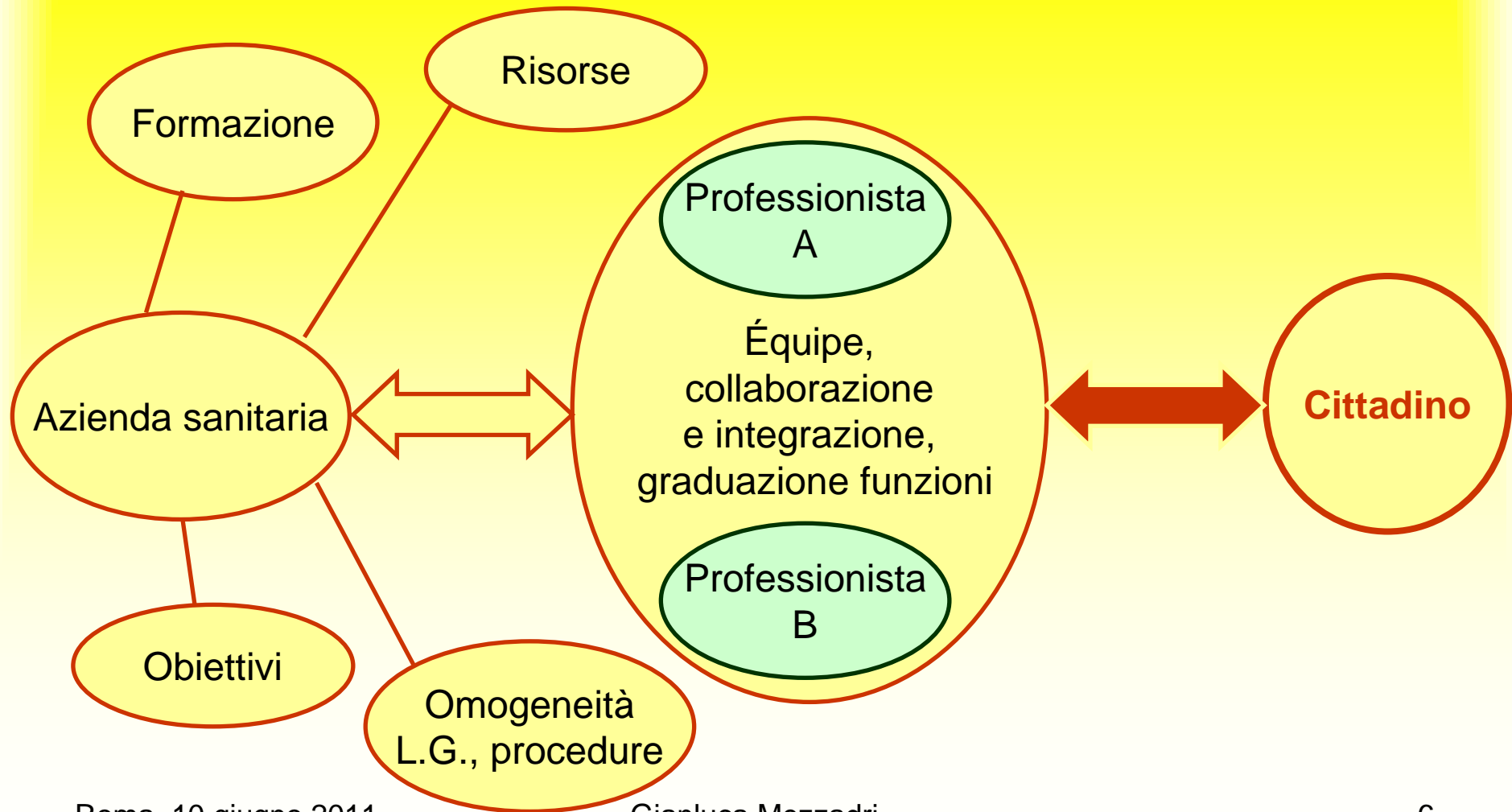
Equipe

Gruppo di professionisti organizzati per un'attività in comune.



Presuppone relazioni professionali e quindi relazioni qualificate, titolari e discrezionali con le altre figure sanitarie coinvolte; una collaborazione paritaria e uno scambio proficuo di conoscenze

La risposta necessaria



2. VALORIZZAZIONE delle funzioni e dei ruoli nell'organizzazione del lavoro



Roma, 10 giugno 2011

Gianluca Mezzadri

7

2.1 Organizzazione e graduazione delle funzioni

Manca la **presa di coscienza degli effettivi ruoli** da parte dei coordinatori, delle posizioni organizzative e dei professionisti sanitari collaboratori.

Il valore dell'attività svolta, spesso è scarsamente considerato (mancanza di gratificazione) e risultano inadeguati (per la storica scarsità di fondi) i riconoscimenti a livello contrattuale.

Gli ambiti di competenza, sovente, non vengono 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

Per agire sui modelli organizzativi bisogna **agire non solo sul CCNL** ma anche sulle **regioni** e bisogna lavorare per la **completa applicazione di tutte le disposizioni contenute nella Legge 251/00** e delle altre norme che intervengono sulle professioni sanitarie e sociali.

Bisogna evitare che succeda che ai servizi professionali si assegni il governo e ai direttori dei servizi/dipartimenti la gestione delle stesse risorse umane.

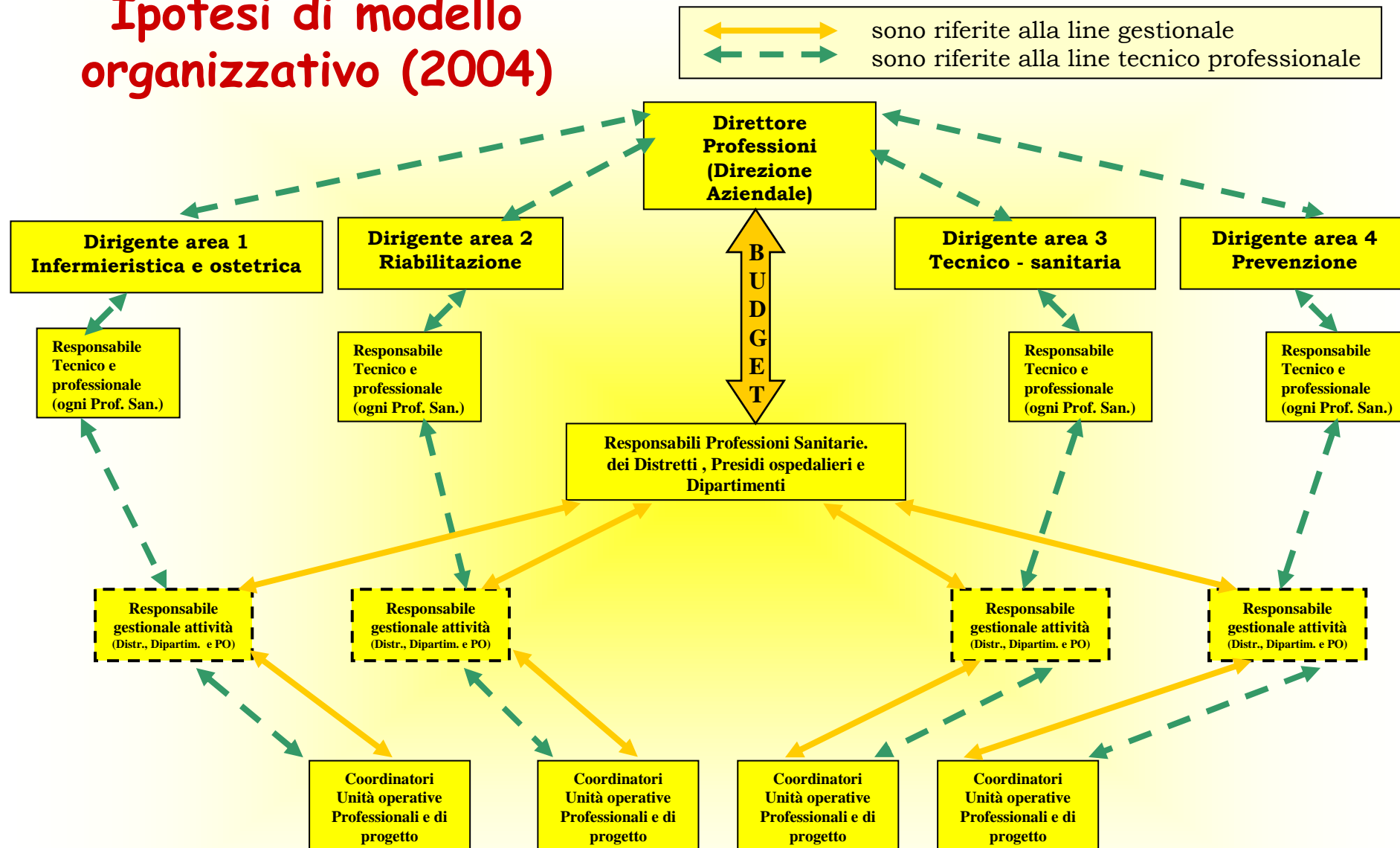
Bisogna **spostare risorse da incarichi meramente gestionali, specialmente quelli ridondanti**, che potrebbero essere accorpati in un'ottica di economia di scala, **attuando politiche di qualità a favore di incarichi professionali specialistici**, moderni ed appropriati, ad alta valenza scientifica e sfruttando, in questo modo, le potenzialità già oggi presenti e spesso inespresse o non riconosciute.

Così facendo, si può **dimostrare la parzialità della tesi della presunta "emergenza medica"**, **che si dovrebbe verificare nel 2018**, e si possono **recuperare invece ingenti risorse da reinvestire** per implementare servizi veramente efficienti ed efficaci che soddisfino le effettive e moderne esigenze di salute dei cittadini.

Bisogna sostenere e promuovere la diffusione di esperienze virtuose (Triage; See and treat; Lungodegenze, unità operative, servizi, reparti e dipartimenti a gestione professionale) attuando anche benchmarking con le evidenze di dati e documenti a disposizione.

Per un giusto sistema meritocratico e premiale, è necessario **ripartire dal memorandum sindacale unitario del 2007**, che considera il cittadino come focus dell'attività nei servizi assieme ai lavoratori, rigettando con forza il sistema introdotto dalla controriforma Brunetta, che è concepito e strutturato in funzione di canoni organizzativi superati nei fatti poiché prevedono che sia il singolo lavoratore al posto della moderna équipe integrata, a dover rispondere in base a indicatori economici e percentuali che hanno troppa poca attinenza al rapporto diretto con il cittadino/utente che è invece una caratteristica distintiva delle professioni sanitarie.

Ipotesi di modello organizzativo (2004)



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 professionali e delle procedure informatizzate**.

2.4 Case manager (responsabile del caso)

Il case manager, 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'equipe multidisciplinare per garantire l'approccio sistemico ai problemi del paziente.

Nei sistemi integrati di interventi sanitari e socio-assistenziali, il responsabile del caso può rappresentare il raccordo fra i diversi componenti dell'equipe, 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) e, di conseguenza, la responsabilità sia affidata o al medico o ad una delle professioni sanitarie coinvolte.

2.5 La riabilitazione

La riabilitazione (spesso anche quella prevista dai LEA) è **diffusamente esternalizzata**, con inevitabili **ripercussioni sui livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni** fornite ai cittadini e le professioni sanitarie si trovano a **dover scegliere se essere assunte con un contratto al posto di un altro o addirittura con accordi di collaborazione libero professionale**, con il risultato di trovare **professionisti che lavorano assieme 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.

Bisogna invertire questa tendenza, soprattutto per quanto riguarda le attività legate ai LEA che debbono essere garantite in modo omogeneo ed uniforme su tutto il territorio nazionale.

Il nuovo “Piano di indirizzo per la riabilitazione”, approvato in Conferenza Stato Regioni il 10 febbraio 2011, è una grande occasione persa perché è in grado di esercitare il ruolo guida per la riabilitazione italiana nel SSN.

In questo documento si sostiene l'**esclusiva titolarità prescrittiva del medico fisiatra** (non considerando gli altri medici specialisti che spesso prendono in carico il paziente in precedenza), **sottomettendo, di fatto, con una evidente retromarcia, tutte le altre professioni sanitarie che oggi compongono le equipe riabilitative.**

Il Piano prevede di “**prescrivere**” **stili di vita, anziché promuoverli**, come sarebbe più appropriato, introducendo e promuove la cosiddetta **Attività Fisica Adattata** svolta da laureati in scienze motorie al posto delle professioni sanitarie.

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.

Bisogna avere il coraggio di ripensare a queste scelte per poter proseguire nel percorso di umanizzazione dei servizi 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

Bisogna pensare a un **dimensionamento credibile** che **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), senza tralasciare che 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 ionizzati**.

Se **opportunamente riconosciuto e valorizzato, il Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM)**, 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, contribuendo anche 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.

I professionisti svolgono un ruolo importante e, spesso, non sostituibile o surrogabile da altre strutture ed 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

I livelli di autorità ed autorevolezza di queste direzioni debbono arrivare ad essere sullo stesso piano delle altre direzioni (medica, sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa), incentivando anche lo 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.

E' necessario 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

È opportuno **attivare percorsi di crescita di carattere aziendale per master clinici**, favorendo corsi che rispondano agli effettivi bisogni, con un obiettivo finale, con un inizio e una fine, senza creare specializzazioni di scarsa o nulla utilità pratica.

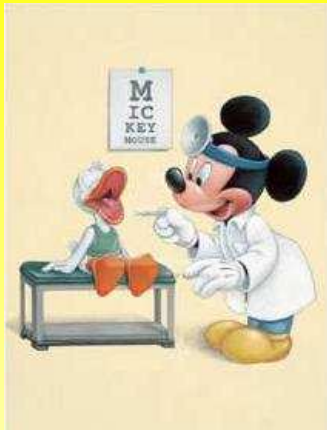
A queste figure potrebbero essere assegnati **incarichi, legati a tempi definiti, a piani ed obiettivi mirati** e bisogna agire per **inserire tali figure nel contratto**.

E' necessario discutere dell'argomento con il Ministero e le Regioni per individuare possibili soluzioni che possano orientare la contrattazione alla ripresa dopo questa malaugurata fase di blocco, in modo da individuare risposte coerenti alle necessità di riconoscimento anche per quei professionisti che già svolgono funzioni specialistiche, vincolate a apposita formazione specifica.

3.3 Docente

Dopo la fase di discussione per l'elaborazione del Disegno di Legge, bisogna continuare il lavoro, sia in ambito legislativo che contrattuale, per riconoscere l'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.

4. LAVORO, salario, disagio e indennità



4.1 Classificazione contrattuale

C'è **necessità di sistemi premianti** che, al contrario di quanto prevede la controriforma Brunetta, **considerino il lavoratore in relazione all'impegno ed ai risultati dell'equipe dove lavora.**

Bisogna lavorare per la **revisione della classificazione contrattuale per riconoscere le attività specifiche relative alla crescita professionale** nell'ambito di una sanità moderna (es. tutoraggio dei nuovi assunti e degli allievi tirocinanti, revisione dei modelli assistenziali, uffici qualità e accreditamento, nuove competenze e responsabilità, ecc.)

4.2 Indennità

Bisogna far sì che il ragionamento per la complessiva revisione del sistema delle indennità 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.

Questo deve necessariamente posto al centro delle riflessioni più complessive che riguardano i CCNL pubblici, per la riconquista del tavolo nazionale, per le sue esigenze di riforma.

4.3 Risorse

Bisogna riorganizzare i modelli, impiegando le professioni sanitarie appieno secondo le loro potenzialità, superando la duplicazione di ruoli e 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, promuovendo un solido investimento dalla resa sicura e costante.

È necessario lavorare per recuperare e allocare correttamente le risorse che alcuni provvedimenti normativi destinano specificatamente ad alcune attività (prevenzione sul lavoro, sicurezza alimentare, screening, ecc.).

Queste risorse, in attesa dello sblocco della contrattazione, possono consentire il consolidamento dell'efficacia e dell'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale, facendo sì che il lavoro professionale non sia considerato un costo ma un'opportunità di investimento che, oculatamente gestito, valorizzi il capitale investito per la causa della salute pubblica.

4.4 Precarietà

Bisogna **prevenire**, laddove possibile, e **contrastare la tendenza a proseguire sulla strada del lavoratori con contratti precari**, soprattutto quando questi sono necessari per il raggiungimento dei LEA, lavorando per dare loro una prospettiva di futuro stabile, **ricomponendo la platea del CCNL e prevenendo anche la tendenza alla contrapposizione tra gli stessi 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, assecondando i cambiamenti in atto all'interno del sistema (organizzazioni per intensità di cure, per percorsi diagnostici terapeutici e/o per programmi, Nuclei di cure primarie, Case della Salute) in corrispondenza di 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**, 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 delle OO.SS. 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.

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. Il **sistema universitario odierno non è pronto per l'integrazione**, opera in gran parte per compartimenti stagni laddove sono privilegiati docenti dell'università, spesso oberati di impegni e poco coinvolti negli obiettivi formativi del corso, e sono penalizzati i professionisti del SSN.

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 causando 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.

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.

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 mirata, puntando anche sulla ricerca.

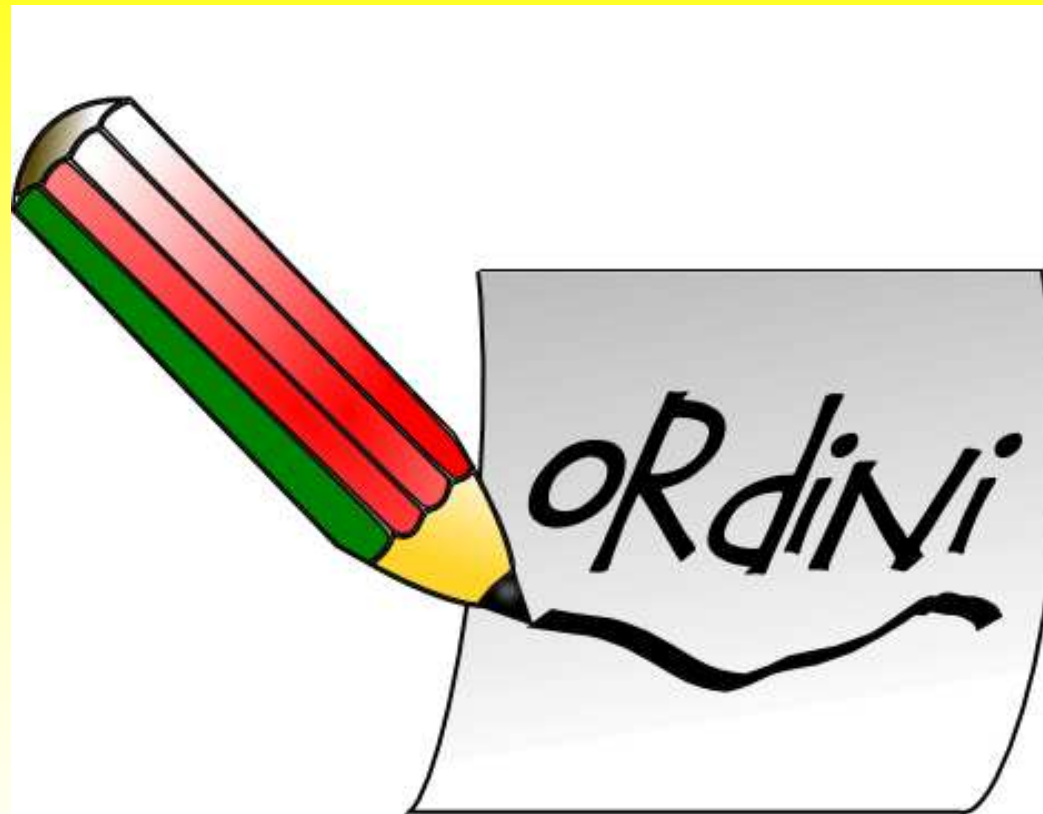
5.3 Ricerca

Salvo che negli IRCCS e, saltuariamente, nelle Aziende Ospedaliere Universitarie (per progetto attivati dall'area medica) è **estremamente difficile che oggi le professioni sanitarie facciano 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

Bisognerà **governare**, in questa fase, il **riconoscimento reciproco delle funzioni e responsabilità 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 collaborazione e integrazione.

Gli Ordini dovranno essere democratici, trasparenti, rispondenti alle moderne esigenze del lavoro nel sistema salute e, nel concreto, 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 e si è in attesa del D.P.C.M. di recepimento.

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.

Equivalenza, cos'è?

E' una qualifica riconoscibile, a domanda, ai possessori di titoli di studio, anche quelli che non sono stati considerati equipollenti, e di carriera.

Sarà attribuita ai soli fini dell'esercizio professionale e consentirà l'iscrizione agli albi

Significa: omologia, parità uguaglianza

7. RICONOSCIMENTO del lavoro professionale



7.1 Educatore professionale

L'Educatore professionale ha una **formazione universitaria a doppio binario** (facoltà di Medicina e Chirurgia –professione sanitaria – e facoltà di scienze della formazione).

L'unico titolo previsto, nel SSN e nel socio sanitario accreditato, è quello della facoltà di Medicina e Chirurgia che ha inserito l'educatore tra le professioni sanitarie della riabilitazione.

Poiché, nel corso degli anni, sono stati assunti anche educatori con l'altra laurea, questi rischiano grosso nell'attuale fase di accreditamento del sistema.

Coloro che sono stati assunti prima del 1999, potranno richiedere l'equivalenza mentre, per quelli assunti dopo, è necessario proseguire il lavoro per trovare risposte coerenti ai bisogni occupazionali e di riconoscimento di questi professionisti, seguendo l'esempio della soluzione individuata in Piemonte.

7.2 Infermiere generico

Professione esclusa dall'equivalenza, ad esaurimento nel SSN ed a **rischio demansionamento**, per la quale è stato previsto un **percorso di riconoscimento per coloro che svolgono funzioni di assistenza diretta alla persona**.

E' necessario continuare a lavorare per concludere questo percorso.

7.3 OSS

L'OSS è nato per essere l'unica figura che collabora con le professioni sanitarie, per elevare i livelli qualitativi delle prestazioni.

L'obiettivo finale era di **uniformare tutta l'Italia a questa regola** e in tutte le regioni si doveva riqualificare il personale che non possedeva 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).

La **formazione** è molto **disomogenea** nei territori e, di fatto, non consente la circolarità degli OSS che sovente ne sostengono autonomamente i costi.

Anche per questo, non è pensabile assecondare le spinte di alcuni territori verso l'**OSSS** (OSS specializzato in assistenza sanitaria) per sostituire l'infermiere perché diventerebbe una riedizione dell'infermiere generico (non è quello che vogliamo) e perché i CCNL non riconoscono profilo e funzioni.

Su questo argomento, è necessario attendere le conclusioni che elaborerà l'apposito **tavolo tecnico ministeriale**, a cui collaboriamo, che lavorerà con una particolare attenzione sui numeri degli operatori, sui fabbisogni, sui sistemi formativi, sulle possibilità di impiego coerenti con il profilo e le specifiche attribuzioni.

7.4 Autista soccorritore

E' all'esame della Conferenza Stato Regioni una **proposta di accordo**, che abbiamo elaborato e presentato unitariamente a CISL e UIL, per **l'istituzione del profilo unico dell'Autista soccorritore**.

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

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

Alcune figure professionali sono state assunte 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 (Agronomi ed altre lauree specifiche), con contratti atipici (borse di studio o altro) o precari.

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 possibile l'equipollenza tra i laureati in Scienze Motorie e i fisioterapisti.**

Per i Massofisioterapisti che si sono diplomati dopo l'entrata in vigore della Legge 42/99 (esclusi quindi dall'equivalenza) e per chi ha ottenuto attestati regionali per altre figure locali (massaggiatori capo bagnini, op. del massaggio termale, ecc.), non riconosciuti al di fuori dei loro territori, **abbiamo chiesto di attivare un tavolo ministeriale che miri a riordinare tutto il settore, anche con provvedimenti legislativi ma sarà necessario 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.**