



# **CSE SANITÀ**

**Federazione Professioni Sanitarie,  
Sociali, Tecniche e Amministrative**



Via Aniene, 14 – 00198 ROMA  
tel. 0642010899 – 0642000358 – fax 0642010628  
sito internet: [www.cse.cc](http://www.cse.cc) e-mail: [cse@cse.cc](mailto:cse@cse.cc)

---

***L'impegno della Federazione CSE  
Sanità per la valorizzazione delle  
Professioni Sanitarie, Sociali,  
Tecniche ed Amministrative del  
Pubblico Impiego -comparto  
Sanità***

---

***"Investire sulle  
Professioni della Salute  
come garanzia per la qualità dei  
Servizi Sanitari e Socio-Sanitari"***

***A cura del Collegio di Presidenza  
Federazione Cse Sanità***

***Dipartimenti  
FLP  
Sunas  
Spifar***

---

# *L'impegno della Federazione CSE Sanità per la valorizzazione delle Professioni Sanitarie, Sociali, Tecniche ed Amministrative del Pubblico Impiego – Comparto Sanità*

---

## **Indice**

### **A - Parte Introduttiva**

1. Dai profili professionali alle professioni sanitarie e sociali – evoluzione storica e quadro normativo di riferimento attuale
2. Stato dell'applicazione su territorio nazionale della L. 251/00
3. Contesto di riferimento del SSN:
  - 3.1 Analisi di contesto (dati sul personale dirigenziale e del comparto)
  - 3.2 Criticità nel contesto della volontà politica di ridimensionamento della PA e ruolo che possono svolgere le professioni sanitarie-sociali per una sanità di qualità al servizio del cittadino
4. Ambiti e contesti d'azione e d'intervento:
  - 4.1 Prospettive legate alle disposizioni in itinere
  - 4.2 Ruolo del Sindacato e della contrattazione

---

### **B - Parte rivendicativa**

5. Le nostre richieste:
  - 5a – Ambito normativo nazionale
    - 5a.1 Modelli organizzativi aziendali e territoriali per la valorizzazione delle professioni sanitarie e sociali, in applicazione della Legge 251/00 e successive integrazioni.
    - 5a.2 Competenze e responsabilità delle diverse professioni sanitarie e sociali in ottica multidisciplinare e multi professionale
  - 5b – modifiche ed integrazioni al CCNL di comparto per la valorizzazione delle professioni sanitarie e sociali in rapporto con gli altri operatori del settore
  - 5c – Formazione professionale ed universitaria
  - 5d – Proposte specifiche per singole Professioni:
    - 5d.1 – Professioni sanitarie, infermieristiche, ostetriche, della riabilitazione e della prevenzione
    - 5d.2 – Professioni sociali e socio-sanitarie (area socio-sanitaria)
    - 5d.3 – Professioni tecniche ed amministrative
  - 5e – Riepilogo delle proposte

## A- PARTE INTRODUTTIVA

### 1. Dai profili professionali alle professioni sanitarie e sociali: evoluzione storica e quadro normativo di riferimento attuale.

I caratteri peculiari delle professioni sanitarie come di quelle sociali sono riassumibili nei concetti di competenza, autonomia, professionalità e responsabilità.

**La competenza** non è solo la legittimazione normativa o contrattuale di un soggetto a svolgere determinate funzioni ma è anche la qualità e il valore professionale di un individuo in termini di conoscenze, capacità e abilità, di doti professionali e personali che concorrono all'efficacia di un comportamento, di un'attività professionale secondo una procedura acclarata e condivisa.

**L'autonomia** è la capacità di pensare e agire liberamente, in modo indipendente nell'ambito delle proprie competenze; è una delle caratteristiche principali delle professioni liberali e contempla necessariamente la discrezionalità tecnica delle scelte operative e la relativa assunzione di responsabilità, la competenza nella valutazione dei bisogni, la capacità di pianificare gli interventi e verificarne i risultati. Dunque il concetto di autonomia è strettamente connesso a quello di responsabilità: essere autonomi significa dover rispondere del proprio operato e allo stesso tempo essere responsabili comporta l'esercizio autonomo del proprio potere decisionale e agire professionale.

**La professionalità** è il complesso di caratteristiche che distinguono il professionista: la competenza, la costanza dell'impegno, la scrupolosità, il carattere specifico di un'attività e, al tempo stesso, la capacità di svolgere la propria attività con efficacia ed efficienza.

**La responsabilità** – che viene spesso evocata nella sua accezione più negativa, come l'attitudine ad essere chiamati a rispondere di un'errata condotta professionale – va considerata in un'ottica positiva, quale insieme di conoscenze nonché osservanza degli obblighi connessi allo svolgimento di un incarico e l'impegno a mantenere un comportamento congruo e corretto. La responsabilità richiede il rispetto dei presupposti scientifici delle attività e delle funzioni proprie della professione e dei suoi valori etici, oltre che delle norme di riferimento.

Per la valorizzazione effettiva dei professionisti non si può quindi prescindere dalla necessità di svilupparne la competenza nell'ambito del settore specialistico come del lavoro in equipe, applicando le migliori strategie operative della sanità.

Tutto ciò oggi sembra scontato ma prima di vedere questi concetti trascritti nei testi normativi ci sono voluti anni se non decenni e molto ancora resta da fare per un effettivo riconoscimento (che non basta riportare sulla carta o rappresentare nei convegni) della professionalità delle professioni sanitarie e sociali nel contesto sociale, organizzativo e dei contratti nazionali di lavoro.

Negli ultimi venti anni vi è stata nel nostro Paese una marcata evoluzione delle professioni sanitarie e sociali sia dal punto di vista normativo che della formazione universitaria, nel tentativo di tenere il passo del progresso scientifico e tecnologico nel settore sanitario e socio-sanitario nonché delle esperienze di altri Paesi Europei ed extra UE, in un'ottica di maggiore attenzione ai bisogni di salute dei cittadini.

Quello che ci si chiede, a distanza di tempo, è se il contesto normativo attuale è adeguato rispetto alle moderne istanze dei diversi operatori della Sanità e alle esigenze dei cittadini utenti e se le disposizioni a suo tempo varate per la valorizzazione delle diverse professioni del comparto siano state applicate o se, qualora applicate, la loro attuazione sia stata fedele allo spirito della legge.

**La Federazione CSE Sanità** ritiene che molto è stato fatto per lo sviluppo ordinamentale delle professioni sanitarie e sociali ma molto resta ancora da fare in quanto, mentre il quadro delle riforme in materia si evolveva, nello stesso tempo – vuoi per un errato senso di federalismo, vuoi per la crisi economica, vuoi per il lungo blocco della contrattazione – le riforme, anche quelle già approvate, trovavano insufficiente realizzazione pratica all'interno delle singole amministrazioni, rimaste spesso ancorate a vecchi schemi organizzativi.

Tutte le professioni, comprese quelle istituite con il riconoscimento normativo dei profili professionali, sono state protagoniste di un importante processo di trasformazione per tener conto dei cambiamenti dei processi di diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza sanitaria e socio-sanitaria, come dello stesso concetto di salute. Così si è arrivati al D. Lgs. 502/1992 che ha demandato al Ministro della Sanità il compito di individuare le figure professionali da formare, necessarie per il SSN, e l'istituzione dei relativi profili professionali all'interno dei quali definire gli ambiti di attività e i livelli di responsabilità. Nel terzo comma dell'art. 6 del citato decreto, nel trasferire la formazione abilitante dei professionisti della Sanità in sede universitaria, si stabiliva che la stessa si svolgesse all'interno delle strutture del SSN, con docenti afferenti al Servizio Sanitario stesso. E' iniziato così il processo di professionalizzazione delle figure che operano nella Sanità.

Si trattava di un'innovazione fondamentale in quanto il SSN acquisiva il compito di individuare le figure professionali necessarie mentre al sistema universitario si attribuiva il compito di formarle. Infatti, in data 14 settembre 1994 sono stati firmati i primi tredici decreti ministeriali con i quali sono stati individuati altrettanti profili professionali (infermiere, ostetrica, fisioterapista, logopedista, ortottista-assistente di oftalmologia, tecnico di radiologia medica, tecnico di laboratorio medico, tecnico ortopedico, tecnico audiometrista, tecnico audioprotesista, dietista, igienista dentale e podologo). Negli anni seguenti i profili professionali sono diventati 22.

La debolezza dell'impianto ordinamentale in materia è però rappresentata dal fatto di aver delegato allo strumento del decreto ministeriale il compito di attribuire autonomia, competenza e responsabilità alle 22 professioni sanitarie. E' stato pertanto importante il successivo passaggio legislativo. Con la Legge n. 42 del 26/02/1999 c'è stato il definitivo superamento del concetto di "professione sanitaria ausiliaria" (introdotto dal R.D. n. 1265/1934), sostituito con la più rispettosa denominazione di "Professione Sanitaria", in piena attuazione dei profili individuati. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è stato definito dal contenuto di ogni profilo professionale, dal contenuto degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma e di formazione post-base e dal contenuto dei codici deontologici, con il limite di non invadere le competenze previste per le professioni mediche o di altre figure professionali. Con il concetto di professione si è imposto nella realtà il superamento dei mansionari e si è riconosciuto un preciso ambito di autonomia e competenza.

Con la legge n. 251 del 10/08/2000 si ridisegnavano le competenze di tutte le professioni sanitarie entro i limiti definiti dai profili professionali e dai rispettivi codici deontologici e si istituivano 4 aree professionali (professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica, professioni sanitarie riabilitative, professioni tecnico sanitarie e professioni tecniche della prevenzione) prevedendo l'istituzione delle lauree specialistiche per la dirigenza della professione, che successivamente sono state attuate grazie alla riforma universitaria ([D.M. 509/1999](#) e [D.M. 270/2004](#), istitutivo delle Lauree Magistrali). Alle aree previste dai primi 4 articoli della L. 251/2000 con il successivo art. 7 si aggiungeva l'area del Servizio Sociale Professionale per la professione degli assistenti sociali, che peraltro aveva già avuto il suo riconoscimento normativo con la legge n. 84 del 1993 che, oltre a definirne il profilo e le funzioni, prevedeva anche l'istituzione del relativo ordine professionale, realizzato con il D.M. Grazia e Giustizia 11 ottobre 1994, n. 615, in parte modificato dal DPR 328/01.

Le leggi n. 42/99 e n. 251/00 hanno riconosciuto pari dignità alle professioni sanitarie rispetto alle altre professioni della salute.

In realtà i modelli organizzativi previsti dalla legge 251 sono stati realizzati in maniera non uniforme e omogenea, sia nelle differenti realtà territoriali che per le diverse categorie professionali, cosicché il sistema, per come è stato strutturato, presenta notevoli rischi connessi a:

- problemi di erogazione delle prestazioni;
- disincentivazione del personale;
- organizzazione del lavoro non funzionale alle esigenze di assistenza e di cura delle persone;
- rapporti conflittuali con diffusione degli stessi tra classe medica ed operatori del comparto e tra i singoli professionisti.

Per l'effettiva valorizzazione di tutte le professioni sanitarie e sociali bisogna far leva sulla specifica competenza, autonomia e responsabilità di ognuna di esse. Non basta evidentemente il diffondersi di strumenti quali la cartella infermieristica e riabilitativa o la cartella sociale, il piano individuale di assistenza o il programma riabilitativo ed i vari strumenti operativi multidisciplinari e multiprofessionali (linee guida, protocolli, procedure...), se non si decide di condividere e implementare un corretto modello organizzativo e del lavoro che consenta, da un lato lo sviluppo dell'autonomia e la piena assunzione di responsabilità delle singole professioni, dall'altro l'armonico interagire delle stesse nell'ottica della presa in carico multiprofessionale dei bisogni assistenziali del paziente.

Col passare del tempo si assiste invece al perpetuarsi di modelli organizzativi che vedono il professionista sanitario e/o sociale cristallizzato in un ruolo di subalternità – in genere rispetto alle professioni mediche – e deresponsabilizzazione.

Nel percorso accidentato della riforma delle professioni sanitarie manca, ad esempio, la trasformazione dei Collegi in Ordini e l'istituzione di Albi e Ordini per le professioni che ancora ne sono sprovviste, unitamente all'applicazione dell'art. 22 del Patto della Salute 2014-2016, approvato dal Governo con l'intesa del 10 luglio 2014, secondo cui si conviene sulla necessità di "valorizzare le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale e di favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e sociali e i processi di riorganizzazione dei servizi....".

## **2. Stato dell'applicazione sul territorio nazionale della L. 251/00.**

La mancata o parziale applicazione della legge n. 251/2000 – come aggiornata dall'art. 1-*octies* della legge n. 27/06 –, a distanza di oltre 16 anni dalla sua approvazione, comporta l'impossibilità per tutti gli oltre 600.000 professionisti della salute di operare secondo le dinamiche descritte in tale normativa, in diretta responsabilità con le amministrazioni e, soprattutto, con le persone che si rivolgono ai servizi aziendali.

Ciò pregiudica lo sviluppo delle attività dei professionisti della salute e dei servizi offerti all'utenza che, a causa del mancato riconoscimento delle competenze professionali di base e specialistiche (qualificate anche dai percorsi universitari e dalle tante forme di specializzazioni acquisite nel tempo), risultano spesso impossibili da impiegare per l'anacronistico assetto organizzativo stabilito dalle leggi, dai contratti nazionali, dal Piano Sanitario Nazionale – ora Patto per la Salute – e dai Piani Sanitari Regionali, così diversi tra loro, oltre che dagli Atti Aziendali delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere. Ciò anche in attuazione – si spera – di quanto stabilito dall'art.5 comma 15 di quello stesso Patto per la Salute approvato nel 2014, secondo cui "è

*importante la ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna ad ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni ed obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per seguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti, moderna e sicuramente più condivisibile, sostenibile ed efficace”.*

Per quanto riguarda i modelli organizzativi e di funzionamento dei servizi, di cui la Legge n. 251 rappresenta una norma di riferimento ineludibile per la direzione delle diverse aree professionali del comparto, riteniamo che la qualità dell'organizzazione, in una realtà complessa come quella del SSN, oltre che all'efficienza e all'efficacia nei confronti dei pazienti/utenti destinatari dei servizi, deve volgere il proprio sguardo verso la crescita dei professionisti che vi operano, garantendo loro di poter esercitare pienamente le proprie competenze, in un'ottica di lavoro multiprofessionale, dal momento che oggi molte sono le professioni ordinate e abilitate, e a tutte va riconosciuta uguale dignità, così come vanno riconosciuti, nel rispetto delle normative vigenti, ruolo, autonomia, titolarità e responsabilità, parimenti alle professioni liberali e intellettuali storicamente consolidate, come quelle dei medici o degli avvocati. Purtroppo su questo versante constatiamo persistenti difficoltà ad ottenere un riconoscimento pieno nella società e negli assetti organizzativi e contrattuali.

Al contrario di quanto previsto a livello formale, nella sostanza i modelli organizzativi sono ancora fondati su un approccio di tipo burocratico e verticistico, che limitano l'autonomia professionale e non promuovono il lavoro di équipe, non tenendo conto dei più innovativi orientamenti culturali e scientifici. La realizzazione di un adeguato sistema di *governance* richiede necessariamente la valorizzazione e il riconoscimento del ruolo e delle competenze di tutti i professionisti coinvolti e di tutti i lavoratori che operano nell'ambito del sistema salute, tutti elementi essenziali per lo sviluppo di un Servizio Sanitario Nazionale fondato sui principi di equità, universalità, solidarietà.

E' quindi di preliminare importanza dare applicazione alla legge n. 251 in tutte le aziende sanitarie attraverso la ridefinizione degli Atti aziendali, che debbono necessariamente prevedere l'istituzione delle aree professionali di tutte le professioni sanitarie e sociali.

All'interno del rapporto dialettico delle diverse professioni interessate riteniamo sia necessario superare ogni pregiudizio al fine di facilitare il processo di approvazione e attuazione di provvedimenti legislativi e regolamentari sui quali si è raggiunta una già sufficiente condivisione, da parte dei diversi interlocutori interessati, sull'iter da seguire per il riconoscimento giuridico e contrattuale di tutte le professioni operanti nel settore, con le loro competenze ormai acclamate. Ciò anche allo scopo di individuare, definire ed attribuire responsabilità e compiti sia alle professioni già riconosciute e che operano da lungo tempo sia a quelle emergenti ma ormai indispensabili per il corretto funzionamento dei nuovi modelli organizzativi, come ad esempio il *bed manager*. Di conseguenza è necessario dare il giusto riconoscimento ai tanti professionisti che di fatto già svolgono funzioni specialistiche e di responsabilità sia clinica che organizzativa e gestionale, condizionate ad una specifica formazione e ad opportune disposizioni normative, come gli infermieri, i fisioterapisti e le ostetriche, i tecnici di laboratorio biomedico, i tecnici di radiologia o gli assistenti sociali: ci riferiamo in particolare a coloro che ormai da anni possono vantare esperienza professionale e formazione universitaria più che adeguate (laurea magistrale e master).

Rispetto alla possibilità di esercitare la professione intramuraria, in analogia a ciò che fanno i medici, siamo disponibili ad appoggiare questo percorso purché si mettano in campo opportuni accorgimenti proprio per evitare la degenerazione di tale istituto, come avvenuto in ambito medico, ove questa attività risulta ormai lontana dalle ragioni e dai principi che l'hanno ispirata. Infatti, l'intramoenia è divenuta in molti casi

uno strumento per favorire alcuni ma soprattutto un percorso obbligato e penalizzante per i cittadini che vogliono accedere alle prestazioni essenziali dei servizi sanitari e sociosanitari, senza eliminare le liste d'attesa.

Per quanto ci risulta, la legge n. 251/00 è stata recepita da alcune Regioni, come la Sicilia, la Puglia, il Lazio e la Toscana ma, un conto è l'approvazione di una legge e altra cosa è la sua applicazione, che è – nelle poche Regioni o Province autonome che l'hanno recepita – molto diversificata e per lo più limitata solo ad alcune professioni.

Per cui le tante innovazioni culturali, economiche e scientifiche, a fronte dei tanti ritardi e anacronistici modelli operativi dell'Italia pesano notevolmente sull'attuale gestione del SSN, e spesso sui singoli professionisti, nell'esercizio quotidiano del loro lavoro. Il dettato normativo più coerente con le previsioni della L. 251 sembra essere quello della Regione Sicilia (L.R. 15/02/2000 n. 1 e L.R. 16/10/2014 n. 17) ove si prevede in ogni Azienda sanitaria e IRCCS pubblici l'istituzione di servizi delle professioni sanitarie ex L. 251/2000. In Toscana con la L.R. 28/12/2015 n. 84 si segue la strada dell'istituzione di due aree di dirigenza (infermieristica e di tutte le altre professioni) ove però vengono definiti incarichi differenziati ai livelli inferiori per le varie aree e distretti. Per la Puglia sono state emanate la LR n. 26/2006 e la LR n. 10/2007; per il Lazio la DGR n. 139/2007 e la DCA n. 259/2014 (Linee guida Atti aziendali)<sup>1</sup>.

### **3. Contesto di riferimento del SSN.**

#### **3.1 Analisi di contesto (dati sul personale dirigenziale e del comparto).**

Dal Conto economico della Ragioneria Generale dello Stato, pubblicato di recente, e dalle tabelle ad esso allegate risulta evidente la falcidia dei direttori medici nel quinquennio 2010-2014; la stessa sorte è toccata ai direttori biologi, farmacisti, psicologi, chimici e fisici.

Restando al personale dirigente, possiamo dire che in 5 anni si è verificata la riduzione di circa 7 mila dirigenti medici e sanitari, al netto di circa 8 mila assunti a tempo determinato. E' probabile che a consuntivo nel 2015, come nel 2016, questi numeri non potranno migliorare.

Sicuramente peggio è andata per il personale del comparto dove nello stesso periodo si è avuta una perdita di almeno 20mila unità dal 2009 al 2014, a fronte di un costante aumento dei carichi di lavoro, dovuti alla perdurante crisi economica e all'aumento delle condizioni di fragilità e di non autosufficienza della popolazione. Una sorte anche peggiore è toccata alle figure professionali inserite nel ruolo amministrativo o tecnico – tra cui anche gli assistenti sociali – le quali, non rientrando nell'area sanitaria, non hanno quasi mai goduto delle pur limitate deroghe legislative alle assunzioni. La contrazione degli organici, solo in parte compensata da assunzioni a tempo determinato, di conseguenza, ha comportato condizioni di disagio per tutti, con un considerevole aumento dello stress e dei carichi di lavoro.

Il blocco del turn over, unito ai vincoli al pensionamento, ha poi impedito il necessario ricambio generazionale. Ne è conseguito un aumento della precarietà del lavoro (soprattutto tra i giovani) e della disoccupazione fra i laureati, l'aumento dell'età media dei lavoratori e il blocco delle graduatorie che avrebbero dovuto godere degli scorrimenti previsti dalla L. n. 125/2013, cosiddetta Legge Dalia.

<sup>1</sup> Con Provvedimento del Capo dello Stato del 04/11/2016 è stato annullato il DCA n. 185/2014 con cui si autorizzavano le Aziende Sanitarie del Lazio a procedure di mobilità per la copertura di posti di Dirigenti delle Professioni Sanitarie solo infermieristiche.

Dal lato dell'andamento della spesa per il personale sul totale della spesa sanitaria, emerge che la riduzione dei costi per il personale in termini percentuali ha inciso in maniera ben più pesante rispetto alla riduzione complessiva della spesa per il SSN, con una riduzione complessiva del costo che ha portato ad una media delle retribuzioni rimasta sostanzialmente ferma ai valori del 2009, a dispetto degli oltre 2.424€ di aumento che gli stipendi medi avevano subito nel biennio precedente, a fronte di un tasso di inflazione dell'8,5% nei sei anni successivi. Un tempo non breve, anzi lunghissimo, in cui se si fosse seguito il trend degli anni precedenti, lo Stato avrebbe speso alcune decine di miliardi di euro, come ha calcolato la stessa Avvocatura dello Stato, mentre invece i pubblici dipendenti hanno contribuito, sia pure non per scelta, al (mancato) risanamento dei conti pubblici, subendo un danno economico valutato in diverse migliaia di euro. Dall'analisi dell'andamento della spesa per il personale sul totale della spesa sanitaria, emerge che la riduzione dei costi per il personale in termini percentuali ha inciso in maniera ben più pesante rispetto alla riduzione complessiva della spesa, con una contrazione del costo *pro capite* che ha portato ad una media delle retribuzioni rimasta sostanzialmente in linea con i valori del 2009.

### **3.2 Criticità nel contesto di volontà politica di ridimensionamento della PA e ruolo che possono svolgere le professioni sanitarie-sociali per una sanità di qualità al servizio del cittadino.**

La Confederazione CSE da tempo segnala la costante diminuzione delle risorse economiche, umane e professionali destinate al sistema di Welfare, giustificata dalla necessità di ridurre e razionalizzare la spesa pubblica, con conseguenti effetti negativi sull'erogazione di interventi atti a garantire adeguate forme di prevenzione e di assistenza, ma soprattutto servizi e diritti ai cittadini, in particolare a coloro che vivono in situazioni di grave difficoltà e di crescente disagio sociale ed economico.

In particolare, la Federazione CSE Sanità è stata impegnata in questi anni a sostenere il pieno diritto alla salute e all'assistenza sanitaria e sociosanitaria delle persone, come condizione per promuovere un adeguato livello di benessere sociale, che rischiano di essere messi sempre più in discussione dalle politiche di contenimento della spesa.

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale, fondato principalmente sul servizio pubblico, ha subito negli ultimi anni processi di riduzione e tentativi di smantellamento, come prova in maniera evidente la progressiva riduzione del livello di spesa sanitaria pro-capite rispetto a quello di molti altri Paesi europei, nonché la tendenza regressiva della stessa, anche in rapporto al PIL, cui si aggiunge la pesante disparità tra le Regioni. Anche il ricorso sempre più massiccio alle varie forme di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (ticket), allo scopo di colmare il gap tra le risorse finanziarie previste dalla Legge di stabilità e l'esigenza di attuare il Patto per la Salute, con il nuovo ISEE, ha inciso pesantemente sui reali costi totali del SSN, inducendo molti cittadini a rinunciare alle cure.

Questo perché l'applicazione dei ticket sulle prestazioni sanitarie, che dovrebbe svolgere la funzione non solo di coinvolgere il cittadino a contribuire alla spesa sanitaria, ma anche quella di disincentivare l'utilizzo eccessivo e improprio dei servizi, è divenuta sempre più pervasiva. Essa tende a creare condizioni di disegualianza degli assistiti, colpendo soprattutto i cittadini che vivono situazioni di maggiore difficoltà e bisogno sanitario, riducendo gli spazi di aderenza e di *compliance* terapeutica, contribuendo alla riduzione di varie attività diagnostiche (visite, accertamenti, ecc.) che hanno un significativo scopo di prevenzione, riducendo la spesa per le cure, avendo come conseguenza a lungo termine l'aggravamento delle condizioni di salute e quindi l'aumento dei costi per la collettività. Infatti, in Italia il



ticket è stato utilizzato finora più come strumento di finanziamento che come mezzo per controllare la domanda, determinando una serie di inefficienze ed iniquità principalmente dovute alla sua applicazione in modo tutt'altro che omogeneo tra le varie Regioni con l'effetto di determinare differenze nell'accesso ai livelli di assistenza che invece dovrebbero essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale.

Una sanità dunque non propriamente orientata al benessere collettivo o ai principi di solidarietà, di universalità e progressività stabiliti dalle leggi in attuazione dei principi costituzionali.

In nome del risanamento e della stabilizzazione dei conti pubblici si continua a perseguire, anche nel settore sanitario, il blocco delle assunzioni e delle retribuzioni, provocando una riduzione delle prestazioni sotto il profilo sia quantitativo che qualitativo, che colpiscono tutti, ma in particolare le fasce più fragili della popolazione, come anziani, disabili, minori.

Come Sindacato abbiamo da sempre sostenuto che il problema del reperimento delle risorse necessarie per garantire la sostenibilità del sistema può essere risolto attraverso politiche non di tagli - soprattutto non di tagli lineari - ma di riqualificazione e appropriatezza della spesa ed eliminazione degli sprechi.

Ciò vuol dire intervenire anche sugli aspetti organizzativi del sistema, sperimentare nuove modalità di erogazione dei servizi, adottare strumenti e modelli innovativi che possano continuare a garantire i diritti sociali, fondati sul concetto di universalità, coniugando il principio costituzionale del diritto alla salute con le esigenze di risanamento dei conti pubblici.

Certamente oggi è necessaria una riflessione tesa a ridefinire l'idea di stato sociale e quindi di servizio sanitario, pesantemente condizionati da processi di burocratizzazione, da mancanza di programmazione, dalla non piena attuazione dell'integrazione sociosanitaria, dall'insufficiente implementazione e dal mancato sviluppo dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari, avendo preferito una sanità ospedalocentrica e medicalizzante rispetto ai bisogni globali di salute della persona.

Ridefinire il sistema, a partire dalla capacità di saper cogliere i mutamenti che riguardano i bisogni di salute, soprattutto dal punto di vista qualitativo, saper individuare ed attuare risposte adeguate in grado di soddisfare i bisogni dei cittadini, vuol dire avere ben presente la necessità di dover incidere anche su aspetti organizzativi.

Oggi più che mai occorre puntare sulla promozione di una nuova cultura e di una più ampia *governance* della sanità, nella prospettiva di potenziare gli aspetti multidimensionali e multiprofessionali della gestione del sistema, puntando ad un approccio fondato su una significativa valorizzazione non solo della rete territoriale, anzitutto quella pubblica, ma anche delle diverse professionalità. A tal proposito, diventa fondamentale che i rapporti tra le varie figure professionali, sanitarie, socio-sanitarie e sociali, come con quelle amministrative e tecniche, siano basati su criteri di rispetto e di reciproca legittimazione, di collaborazione e complementarietà, di *governance* piuttosto che di concorrenza e di tendenza all'egemonia operativa ed organizzativa di una professione sulle altre, di gestione piramidale e gerarchica.

E' necessario mettere al centro del sistema la persona con i suoi diversi bisogni, secondo una visione olistica della salute e della medicina, tesa ad affermare l'unitarietà del soggetto e la necessità di attuare la globalità dell'intervento, favorendo l'integrazione dei servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali e la continuità assistenziale attraverso lo scambio di reciproche informazioni e comunicazioni.

Occorre, quindi, che vengano riconosciute le capacità operative di ciascuna professione sanitaria e sociale operanti nel SSN e che esse siano potenziate dalla definizione e attuazione di nuovi modelli organizzativi ma soprattutto dalla definizione

e dal riconoscimento delle competenze specifiche e riservate di ognuna di esse. Serve una ridefinizione degli assetti organizzativi e degli incarichi di responsabilità, sia a livello professionale e funzionale che gestionale, a tutti i livelli, che dovranno avere come obiettivo l'erogazione di servizi e prestazioni in grado di fornire risultati efficaci e risposte adeguate ai bisogni complessivi di salute.

È evidente che bisogna tener conto dell'evoluzione dei percorsi formativo-accademici di ogni professione, che anzi in molti casi vanno ulteriormente potenziati e finalizzati alle esigenze operative multidisciplinari e di lavoro sul campo.

Riteniamo che non sia più rinviabile l'approvazione di specifiche normative tese alla definizione di nuovi standard minimi obbligatori, professionali e organizzativi, omogenei e uniformi per tutto il territorio nazionale al fine di superare, in modo definitivo, pur nel rispetto delle prerogative delle Regioni e delle Province autonome in materia sanitaria e socio-sanitaria, le condizioni di diseguaglianza create da modalità diverse nel dare risposte ai bisogni di salute dei cittadini, a causa di scelte sbagliate, probabilmente basate su un'idea di autonomia e di federalismo deteriori.

E' in ogni caso fondamentale coinvolgere attivamente tutti i professionisti del settore, evitando di cadere nella logica del risparmio a discapito delle professionalità e della qualità dei servizi.

In conclusione, per poter coniugare l'universalità delle cure e la garanzia del diritto alla salute con gli ineludibili vincoli di bilancio è necessario passare dal concetto di taglio delle spese a quello di investimento, riorganizzando il sistema sanitario nell'ottica della valorizzazione delle professioni e nel rispetto dei bisogni dei cittadini tramite un efficientamento dell'intero sistema, che passa per la riduzione degli sprechi, l'eliminazione dei privilegi e per il contrasto alla corruzione e non per la riduzione dei servizi e degli incentivi agli operatori.

Bisogna rendersi conto che è proprio grazie all'impegno giornaliero dei professionisti sanitari, socio-sanitari e sociali, oltre che dell'area tecnico-amministrativa, che si continuano a garantire ai cittadini i livelli essenziali di assistenza e cure di qualità, che fanno collocare l'Italia nelle prime posizioni a livello mondiale per speranza di vita ed indicatori di salute.

Allo stesso tempo però il sistema salute risulta estremamente vulnerabile a causa delle croniche carenze di organico, della mancanza di investimenti adeguati abbinata a continui tagli al FSN e all'aumento della precarietà, senza una politica di lotta agli sprechi e di prevenzione dei disservizi e degli errori clinici.

Per tali ragioni solo con un reale rinnovamento organizzativo, nell'ottica di valorizzazione di tutte le professioni della Salute, pensiamo che sia possibile arginare l'aumento delle fragilità, delle non autosufficienze e delle cronicità connesse all'aumento dell'aspettativa di vita.

Analizziamo di seguito i possibili contesti d'azione e d'intervento, da un lato l'ambito normativo-legislativo e dall'altra il percorso della contrattazione.

#### **4. Ambiti e contesti d'azione e d'intervento.**

##### **Le prospettive del settore legate alle disposizioni in itinere.**

La pur ampia evoluzione normativa, cui abbiamo assistito dagli anni '90 ad oggi sul tema delle professioni sanitarie e sociali, non si è tradotta in una piena valorizzazione delle funzioni e del ruolo professionale a tutti i livelli e in tutte le realtà aziendali/territoriali. Affinché si possa realizzare nel concreto un vero cambio di rotta si deve passare necessariamente per una verifica delle disposizioni a livello nazionale e della loro attuazione a livello locale, recependo le migliori pratiche a livello europeo.

Da una parte è necessario garantire l'effettiva applicazione di disposizioni già varate, dall'altra, su alcuni temi, occorre approvare, con dovuti correttivi, le riforme

volte a risolvere situazioni annose che riguardano il confine tra le diverse professioni della Salute (fonte di continue controversie tra gli operatori), la regolamentazione uniforme di chi opera nel settore con aumento di garanzie e tutele anche per il cittadino, i profili di responsabilità professionale e la realizzazione di modelli organizzativi aziendali coerenti con il dettato normativo, che vanno soprattutto a vantaggio dei cittadini.

A tal proposito, ci sono ad oggi provvedimenti in itinere che stentano a decollare, che riguardano le competenze professionali avanzate, gli ordini professionali e la responsabilità professionale.

Per quanto attiene la partita delle competenze, con il comma 566 della Legge di stabilità per il 2015 si è demandato ad un accordo Stato-Regioni l'aggiornamento delle competenze delle professioni sanitarie non mediche. Vi si stabilisce – e non vediamo l'ora che si attui – che *"Fermo restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica."*

In realtà, la ridefinizione delle competenze professionali dei sanitari era già stata oggetto, fin dal 2011, di tavoli tecnici Governo-Regioni, da cui sono scaturite diverse proposte di riassetto delle competenze. Con il comma 566, visto con diffidenza fin dall'inizio dai rappresentanti dei medici, si è voluto dare forza di legge ad un percorso già avviato. La posizione sostenuta dalle professioni mediche è che questi lavori siano dettati più dall'urgenza di contenimento dei costi che da effettive esigenze di ridisegnare le competenze in sanità.

La polemica sembrava risolta all'interno della "Cabina di Regia" di novembre del 2014, concepita da Governo e Regioni come luogo di confronto permanente di tutte le professioni sanitarie anche mediche. In tale ambito si affermava che:

- “- il ruolo e le competenze diagnostiche e terapeutiche sono in capo ai medici anche per favorire l'evoluzione professionale a livello organizzativo e ordinamentale;
- gli infermieri e le altre professioni sanitarie, negli ambiti delle specialità già delineate dagli specifici profili professionali di riferimento sono garantiti dal processo assistenziale ed è per questo che è necessaria e non più rinviabile l'evoluzione professionale verso le competenze avanzate e di tipo specialistico;
- i medici, i veterinari, i dirigenti sanitari e gli altri professionisti della salute riconoscono i relativi e specifici campi di intervento, autonomia e responsabilità anche alla luce della costante evoluzione scientifica e tecnologica e concorrono a garantire unitarietà del processo di cura e assistenza attraverso la definizione multi-professionale degli obiettivi, e attraverso criteri di verifica e valutazione degli esiti e di risultati."

In realtà, lo scontro tra i medici e le altre professioni si è riaperto dopo la Legge di Stabilità per il 2016, nella quale le professioni mediche attendevano di trovare aggiustamenti al c. 566 che invece non sono arrivati. Non è servito il tentativo del Ministero della Salute che con il Patto della Salute 2014-2016 auspicava *"una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali"* volta ad abbandonare *"una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile"* che ha invece alimentato ulteriori polemiche.

I tentativi successivi del Ministero della Salute per avvicinare le parti sono falliti e il risultato di questo percorso per ora è stato quello di irrigidire ancora di più le posizioni dei medici da una parte e degli altri professionisti dall'altra.

Si auspica la definitiva composizione delle tensioni sull'argomento anche sulla scorta delle Linee guida dei nuovi CCNL di settore, recentemente approvate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

E' poi in corso l'iter legislativo di un'altra importante riforma, quella degli Ordini delle professioni sanitarie, il cosiddetto disegno di legge Lorenzin, secondo cui *conditio sine qua non* per poter esercitare la professione è l'iscrizione all'Albo, per la quale è richiesto il possesso della laurea abilitante o dei titoli equipollenti che dovranno essere individuati con accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome entro 3 mesi dall'entrata in vigore della Legge.

Queste nuove disposizioni, di cui ci si augura la rapida approvazione, si sostituiscono in gran parte a quelle del D. Lgs. n. 233 del 1946 e le innovazioni in merito all'organizzazione concernono sia gli Ordini esistenti sia i nuovi Ordini da istituire. Si prevede di trasformare gli attuali Collegi delle professioni sanitarie e le rispettive Federazioni nazionali in Ordini delle medesime professioni accorpando in un medesimo Ordine, quello dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, professioni tra loro omogenee e compatibili, quali le professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione che, pur se regolamentate, non hanno ancora Albi professionali.

Circa la responsabilità professionale, il cosiddetto Ddl Gelli, già approvato alla Camera, si riferisce alla responsabilità professionale del personale sanitario di cui la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata si avvale, il quale è tenuto a svolgere l'attività di prevenzione e a garantire la gestione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie in quanto la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

Le questioni che ruotano intorno al progetto di legge sulle responsabilità professionali e al suo iter parlamentare rivestono una notevole complessità.

La finalità di fondo del provvedimento è quella di ridurre i costi assicurativi a carico del SSN. In realtà il Governo sembra perseguire questo obiettivo puntando sulla diminuzione delle denunce e dei contenziosi e non piuttosto sulla riduzione del rischio clinico. Nel Ddl non sono state invece introdotte norme per migliorare i sistemi di *risk management* nel settore sanitario e quindi ridurre i casi di errore degli operatori e con essi i risarcimenti e, di conseguenza, i premi assicurativi. Nel testo in discussione viene esclusa la responsabilità per colpa grave del professionista nel caso in cui si sia attenuto alle Linee guida, da elaborare, a nostro parere, con la regia di un ente pubblico. Al fine poi di risarcire i danneggiati, si prevede la costituzione di un fondo di garanzia da parte delle assicurazioni, a carico delle aziende e dei professionisti.

Poco o nulla invece si dice rispetto al rischio personale (minacce, aggressioni o lesioni) di cui il personale sanitario (e sociale, al quale la legge sulla responsabilità professionale non fa mai riferimento) che opera nelle strutture, nei servizi socio-sanitari o nei Pronto Soccorsi – a diretto contatto con le persone che presentano un improvviso problema di salute – sempre più spesso è vittima e per la cui tutela sarebbe necessario adottare qualche modifica al D. Lgs. n. 81/2008, *Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro*, senza aspettare il verificarsi di nuove tragedie.

Per quanto attiene, invece, il quadro normativo vigente l'assetto ordinamentale necessita di aggiornamenti rispetto alle moderne esigenze del Sistema Sanitario; occorre regolamentare ex novo l'attività professionale e libero-professionale per tutti i professionisti sanitari e sociali della sanità, riconoscendo loro la necessaria e giusta autonomia professionale, per poter garantire ai cittadini maggiori possibilità di accesso alle cure, alle prestazioni ed ai servizi di qualità, senza ulteriori penalizzazioni e costi.

Le attività e le prestazioni svolte in autonomia e fuori dall'orario di servizio potranno riguardare anche l'attivazione o l'implementazione dei servizi che prevedono l'effettuazione di prestazioni sanitarie, sociosanitarie o sociali rivolte direttamente ai cittadini, come l'assistenza infermieristica ed ostetrica domiciliare o le prestazioni di tipo educativo, curativo e riabilitativo o tutelare, in particolare quelli per le persone più fragili, gli anziani, i non autosufficienti.

Inoltre, non è più procrastinabile la realizzazione di un evoluto sistema di welfare sanitario e sociosanitario, in relazione ai mutati bisogni di salute della popolazione. In tale ambito, sia pubblico che privato, le attività sono assicurate – come è noto – da lavoratori appartenenti a molteplici figure professionali, alcune storicamente consolidate e legittimate dalla legislazione vigente – e contrattualmente riconosciute, come i medici –, altre, come le professioni sanitarie, che da oltre venti anni, lottano per vedersi riconosciuto lo status giuridico e contrattuale conseguente alla diversa e maggiore formazione acquisita; ve ne sono altre ancora, come gli assistenti sociali, che pur avendo già da molto tempo una formazione universitaria, e che la riforma del 1999 ha solo certificato e rafforzato, faticano molto a conquistare uno status giuridico e contrattuale adeguato alla formazione ed alla responsabilità operativa, essendo tuttora considerati come un corpo estraneo rispetto al sistema sanitario, al di là dei compiti e delle funzioni che le leggi affidano a tale categoria professionale; infine ci sono professioni, come gli OSS che, nonostante la loro riconosciuta importanza nel sistema, non riescono a conquistare lo status che gli spetterebbe, sia a causa dei modelli organizzativi delle aziende e dei servizi sia per la loro formazione molto differenziata, in quanto affidata alle Regioni. Riteniamo che sia giunto il momento di affrontare e risolvere le situazioni problematiche e di perenne incertezza di tutti questi lavoratori che sono presenti e necessari, sia nei presidi ospedalieri e territoriali di continuità assistenziale sociosanitari pubblici e privati, come in tutti i servizi ad alta integrazione sociosanitaria, e per questo chiediamo con forza al Governo ed alle Regioni di dar corso, al più presto e senza ulteriori rinvii, a specifici provvedimenti normativi e all'attuazione delle normative approvate ma tuttora inapplicate.

Le gravissime carenze organiche nelle Aziende Sanitarie, derivanti dal blocco del turn over e delle assunzioni, ha determinato l'aumento dei carichi di lavoro, dello stress, del rischio di *burn out* e di errore degli operatori, nonché un utilizzo improprio delle diverse professionalità a discapito della qualità assistenziale. Ciò nonostante in molte Regioni, grazie alle capacità gestionali messe in campo, sono state organizzate strutture sanitarie di eccellenza, ma è chiaro che la scarsità delle risorse umane rende estremamente difficoltosa l'erogazione di servizi all'altezza dei nuovi bisogni di salute dei cittadini in particolare a livello territoriale.

Dopo anni di blocco nelle assunzioni, finalmente il precedente Governo si era deciso ad aprire anche su questo tema il confronto con le OO.SS., ma è necessario che tale confronto proceda in modo serio con il nuovo Governo e con le Regioni sul calcolo dei fabbisogni per tutte le professioni, per giungere al più presto alla definizione delle nuove dotazioni organiche che, insieme alla messa in campo di nuovi modelli organizzativi, materie di stretta competenza della contrattazione sindacale, possano dar vita alla realizzazione di un moderno, uniforme ed efficace SSN, in grado di farsi carico dei bisogni vecchi e nuovi delle persone. Viste le limitate assunzioni e stabilizzazioni parziali finora attuate, nonostante i passati annunci governativi, si auspica che si traducano in realtà le migliaia di nuove assunzioni nel settore sanitario prospettate con il varo della Legge di stabilità per il 2017.

A questo proposito, è necessario procedere all'applicazione della Legge Dalia dando seguito allo scorrimento delle graduatorie vigenti e all'assunzione di vincitori ed

idonei per colmare le carenze di organico e avviare le procedure di stabilizzazione, secondo il DPCM 06/03/2013 e le previsioni delle successive Leggi di stabilità.

## **4.2 Il ruolo del Sindacato e della contrattazione.**

La ripresa delle trattative per il rinnovo contrattuale dei dipendenti pubblici è stata resa possibile dalla sentenza della Corte Costituzionale che ha dichiarato l'illegittimità del blocco contrattuale nel pubblico impiego, a seguito del ricorso cui ha partecipato la Confederazione CSE, di cui la Federazione CSE Sanità fa parte.

Il rinnovo del CCNL è certamente l'occasione per adeguare le disposizioni ai processi di riorganizzazione in atto nel SSN e contribuire ad attuare il Patto per la Salute senza venir meno, ma anzi rafforzando, le tutele dei lavoratori che possono così avere un quadro aggiornato dei loro diritti e doveri.

Nel lungo periodo di blocco della contrattazione il panorama dei servizi sanitari e sociali è cambiato sensibilmente, determinando chiusure e accorpamenti di strutture sanitarie, riorganizzazioni delle reti emergenza-urgenza, l'introduzione dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali 24 ore al giorno per 7 gg a settimana e l'apertura di aree di alta intensità di cure. In tale contesto di continui assestamenti organizzativi, con inevitabili riflessi sulle condizioni lavorative, il ruolo del sindacato è stato svilito e non è più accettabile che esso si limiti alla sola informazione, risultando essenziale la riattivazione del sistema delle relazioni sindacali, con la partecipazione attiva delle OO.SS. alle varie fasi di riorganizzazione del SSN.

E' quindi necessario, in linea con quanto dispone l'Atto di Indirizzo, sviluppare modelli di relazioni sindacali in grado di incrementare il salario accessorio di tutti i dipendenti, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi di produttività ed efficienza delle Aziende Sanitarie; legare la produttività agli obiettivi contenuti nel Patto per la Salute 2014/2016; coinvolgere i lavoratori nei risultati economici aziendali; garantire la partecipazione sindacale nei processi di aziendalizzazione e concorrere a modelli aziendali più vicini alla persona.

E' scontato che alcuni istituti contrattuali e innovazioni debbano essere supportati dal varo di specifiche disposizioni normative nazionali, anche per la loro effettiva cogenza, ma è anche vero che alcuni assetti, che già si stanno delineando in merito alla futura configurazione del Sistema Sanitario e dei suoi professionisti, vanno contemplati nel prossimo CCNL. Ciò vale per le competenze avanzate e specialistiche così come per l'Area socio sanitaria.

Nell'ambito della contrattazione nazionale, regionale e aziendale occorre prevedere ed inserire elementi di cambiamento significativo rispetto all'organizzazione del lavoro, attraverso una sua revisione non solo a livello strutturale ma soprattutto funzionale di ruoli, procedure di selezione e criteri di valutazione, attivando reali processi di valorizzazione delle persone, intese sia come cittadini che si rivolgono ai servizi, sia come lavoratori, professionisti, operatori che, in base alle loro competenze, rappresentano il vero capitale umano del sistema sanitario.

La valorizzazione del personale passa anche attraverso sistemi di valutazione che, abbandonando il sistema delle performance, consentano, attraverso un processo di partecipazione e condivisione degli operatori, di produrre un miglioramento delle prestazioni e dei servizi con la realizzazione degli obiettivi di salute.

Per la parte economica l'Atto di indirizzo è stato presentato con solo lo 0,4% del monte salari, al netto della vacanza contrattuale, da spalmare sul triennio 2016-2018: si tratta di una previsione assolutamente inaccettabile, che va incrementata.

Con la pubblicazione del Nuovo Atto di indirizzo di Comparto e Dirigenza medica le osservazioni del MEF sono in gran parte superate, ma le risorse messe a

disposizione per i rinnovi contrattuali sono ancora scarse, a fronte del lungo blocco contrattuale che ha lasciato i valori delle retribuzioni ai livelli del 2009.

Lo stesso Atto di indirizzo conferma l'istituzione della nuova Area Sociosanitaria, che ora comprende gli *operatori di interesse sanitario*, l'OSS compreso, il personale appartenente ai profili di assistente sociale, di educatore professionale, di puericultrice e istituisce le posizioni di "professionista specialista" e di "professionista esperto" delle professioni sanitarie infermieristica-ostetrica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione, nel rispetto di quanto previsto dal profilo professionale, dal percorso formativo e dal codice deontologico, salvaguardando le specifiche competenze professionali degli altri professionisti, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della Legge n. 42 del 1999. La Legge n. 42/99, come è noto, si riferisce alle sole professioni sanitarie, mentre si auspica che lo stesso rispetto venga portato anche alle professioni sociali, in particolare agli assistenti sociali, la cui professione era già stata disciplinata dalla Legge n. 84/93. Tale precisazione si rende necessaria dal momento che l'Atto di indirizzo demanda alle Regioni l'istituzione di aree organizzative e di formazione complementare post diploma, sempre con riferimento alle professioni sanitarie, mentre si auspica una definizione con legge nazionale.

L'Atto di indirizzo dispone prevalentemente dell'accesso alla posizione di "professionista specialista" *in alternativa al possesso del relativo master*, ma nulla dice rispetto al preteso requisito del master per il coordinamento riferito agli assistenti sociali – e ormai diffuso e recepito praticamente in tutti i Regolamenti aziendali, sulla base di una errata interpretazione dell'art. 4 del CCNL 2006-2009 del Comparto Sanità – laddove già la legge n. 84/93 prevedeva che l'assistente sociale *può esercitare attività di coordinamento e di direzione dei servizi sociali*, non essendo normativamente previsto alcun obbligo di master, come chiarito anche da un qualificato parere del Ministero Salute.

L'Atto di indirizzo per il nuovo Contratto, con la condivisione del Comitato di Settore Regioni-Sanità, si pone dichiaratamente l'obiettivo della "*motivazione del personale*", con cui siamo in piena sintonia di visione; ma per concretizzare tale motivazione lo stesso Atto di indirizzo rimanda a scenari non proprio coerenti con questo presupposto. In tale ambito il sindacato, può svolgere un ruolo importante, anche se arduo, nel proporre strumenti che possano veicolare le limitate risorse a disposizione per valorizzare il merito, rilevato con modalità oggettive, e sfruttare fonti di finanziamento innovative consentite dalle norme vigenti, finora non impiegate, senza trascurare la possibilità di realizzare progetti premianti anche con l'utilizzo di fondi europei.

## B – PARTE RIVENDICATIVA

### 5. Le nostre richieste.

#### 5a. Ambito normativo nazionale.

##### 5a.1 Modelli organizzativi aziendali e territoriali per la valorizzazione delle professioni sanitarie e sociali, in applicazione della Legge 251/00 e successive integrazioni.

Per rendere effettiva la valorizzazione delle professioni sanitarie e sociali, di cui da anni si parla e di cui anche l'Atto di indirizzo correttamente si fa interprete, occorre un impegno concreto per:

- ◆ L'applicazione in tutte le aziende sanitarie, territoriali ed ospedaliere (IRCCS compresi), della Legge n. 251/2000 e ss.mm.ii., con la conseguente istituzione dei servizi per ognuna delle cinque aree professionali sanitarie e sociale in essa previste, che devono essere dirette da un professionista appartenente a quelle stesse aree, come espressamente disposto dall'art. 7 della stessa legge. Siamo certi che questo assetto organizzativo contribuirebbe in maniera significativa alla valorizzazione delle professioni e alla reale attuazione dell'integrazione socio-sanitaria (che l'art. 6 del Patto della Salute prevede come scelta strategica), sia per ragioni di equità che di competenza, efficacia e sostenibilità economica.<sup>2</sup>
- ◆ L'accREDITAMENTO diretto dei professionisti e degli studi professionali. Il mancato accreditamento diretto dei professionisti e degli studi professionali di Laureati (ad esempio i laureati in Fisioterapia e delle altre Professioni dell'Area riabilitativa, come i Logopedisti) rende, per un verso, più problematico l'accesso al lavoro per i professionisti medesimi, anche a causa dei persistenti e non più tollerabili blocchi delle assunzioni, e per un altro verso sempre più problematico l'accesso alle cure agli anziani, ai minori e ai non abbienti, specie in questa fase di perdurante crisi economica, che ha provocato la crescita esponenziale della condizione di povertà. Negli altri Paesi Europei, ove la convenzione diretta dello Stato con i singoli professionisti e con i loro studi associati è in atto da decenni, si registrano rilevanti effetti positivi sia sulla riduzione dei costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale che per quanto riguarda la qualità del servizio erogato e la capillarità della copertura dei servizi sul territorio.
- ◆ L'istituzione del Servizio Sociale Professionale nelle Aziende Sanitarie, dal momento che, pur non essendoci un articolo dedicato nella legge n. 251, esso è stato successivamente disciplinato dalle disposizioni contenute nelle norme transitorie di cui all'art. 7 e meglio precisato con le integrazioni introdotte prima con la legge 26 maggio 2004 n. 138 e poi con la legge 3 febbraio 2006 n. 27.<sup>3</sup>
- ◆ La realizzazione di modelli organizzativi della sanità territoriale in risposta ai moderni bisogni dei cittadini (assistenza domiciliare e assistenza ambulatoriale

<sup>2</sup> A proposito dell'istituzione delle unità organizzative per tutti i servizi e per tutte le professioni di cui alla Legge n. 251/2000, si ricorda il Documento sulle "Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità", approvato il 29 ottobre 2010 dai componenti del Tavolo Tecnico – che ha visto la partecipazione attiva del SUNAS – istituito dal Ministro della Salute, Prof. Ferruccio Fazio, che lo ha sottoscritto e fatto proprio; la lettera della CSE Sanità al Ministero della Salute e alla Conferenza Stato Regioni; il Comunicato pubblicato dopo l'incontro con l'Assessore Garavaglia, Coordinatore del Comitato di Settore della stessa Conferenza, al quale abbiamo illustrato le ragioni per le quali riteniamo sia indispensabile istituire le unità organizzative per le professioni sanitarie ex L. 251/00 e il Servizio Sociale Professionale, integrato ma autonomo rispetto a quelli delle altre professioni e, soprattutto, con un responsabile che sia espressione della professione, come prevede la stessa Legge 251/00. Si ricorda inoltre il Progetto del servizio sociale di comunità concordato con la FIMMG – la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale – sulla sperimentazione della presenza dell'Assistente Sociale negli studi associati dei MMG, come previsto dal Decreto Balduzzi.



h24 e 7 giorni su 7, case della salute, ospedali di comunità, infermiere di famiglia, Assistente sociale di comunità, ...) sulla base di linee guida nazionali del Ministero della Salute, concordate con le Regioni, con le OO.SS. e con le rappresentanze professionali;

- ◆ Adottare provvedimenti attuativi dell'integrazione sociosanitaria, come previsti dall'articolo 3 *septies* del D. Lgs. 502/1992, e s.m.i., e dall'art. 1 del decreto Balduzzi (Legge 189/2012).

## **5a.2. Competenze e responsabilità delle diverse professioni sanitarie e sociali in ottica multidisciplinare e multi professionale.**

Affinché si realizzi la piena collaborazione tra le diverse professioni della sanità in un'ottica multidisciplinare, con l'obiettivo primario di offrire ai cittadini la migliore assistenza sanitaria e sociosanitaria possibile, è di fondamentale importanza definire e instaurare corretti e rispettosi rapporti di collaborazione tra le diverse professioni e stabilire i giusti confini delle funzioni di ognuno all'interno delle professioni sanitarie-sociali e tra le professioni e gli altri operatori della sanità.

La valorizzazione delle differenti competenze professionali può rappresentare un'arma vincente per una reale lotta agli sprechi.

A tal fine però è necessario seguire alcune tappe fondamentali:

- Portare avanti il progetto di legge sulle competenze professionali avanzate, la cui valorizzazione è prevista nel Patto della Salute, riprendendo il filo del dialogo tra tutte le professioni nell'interesse di un'assistenza sanitaria al passo con le nuove esigenze di prevenzione e di cura, a partire dalle premesse della cabina regia (con necessari eventuali aggiustamenti normativi) e in sede di Conferenza Stato-Regioni porre in essere la definitiva riorganizzazione dei profili professionali consentendo di sperimentare nuovi protocolli (*see and treat*, vedi e cura), come è avvenuto in Emilia e Toscana. Appare fondamentale in quest'ambito coinvolgere nella Conferenza Stato-Regioni tutte le professioni, incluse le professioni sociali del settore. La realizzazione delle competenze specialistiche per le professioni sanitarie, e non solo, andrebbe operata sia in ambito clinico che in quello gestionale, contemplando in entrambi i settori incarichi di responsabilità non solo professionali e specialistici ma anche funzionali;
- Uniformare e competenze dei diversi profili professionali, il percorso di studio, la

<sup>3</sup>La Legge 8 novembre 2012, n. 189 di conversione del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, cd Balduzzi, all'art. 1, che tratta del Riordino dell'assistenza territoriale, al 1° comma stabilisce che *Le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale... al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative... che erogano... prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, ... degli infermieri... e del sociale a rilevanza sanitaria*, dove tale ultima espressione non può che riferirsi alle attività e alle funzioni svolte dagli assistenti sociali nell'ambito del sistema sanitario. Giova ricordare che le prestazioni sociosanitarie erano già state definite nella loro essenza dall'art. 3-septies del D. Lvo 229/99; esse comprendono *tutte quelle attività poste in essere per soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale* e comprendono sia *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* sia *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*, ossia tutte le attività del sistema sociale utili a supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione sociale che possono condizionare il suo stato di salute, le prime di competenza dei comuni, le seconde di competenza delle aziende sanitarie. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, già individuate dall'art. 3 comma 3 del DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".

formazione post laurea ai parametri definiti dalla Comunità Europea per incrementare le possibilità di occupazione anche in ambito europeo;

- Rafforzare la tutela dal rischio personale (minacce, aggressioni o lesioni), di cui è spesso vittima il personale sanitario e sociale che opera nelle strutture, nei servizi socio-sanitari o nei Pronto Soccorsi;
- Adottare provvedimenti normativi volti al superamento del DPR 761/79 e dei ruoli professionali in esso previsti, ormai non più adeguati rispetto all'evoluzione tecnologica, normativa, scientifica e formativa delle professioni;
- Varare norme attuative dell'articolo 3-octies del D. Lgs. 502/1992, e s.m.i., in tema di professioni sociosanitarie con l'istituzione dell'area socio-sanitaria (vedi par. 5d2).

### **5b – Modifiche ed integrazioni al CCNL di comparto per la valorizzazione delle professioni sanitarie, sociali, tecniche ed amministrative in rapporto con gli altri operatori del settore.**

Il blocco di quasi 7 anni della contrattazione richiede una revisione globale del CCNL e un aggiornamento rispetto all'evoluzione normativa e delle organizzazioni sanitarie e sociosanitarie, occasione da non sprecare per valorizzare tutte le professioni del Comparto Sanità tramite la regolamentazione dei diversi istituti.

Per quanto riguarda l'istituzione dell'Area delle professioni socio-sanitarie non chiediamo il mero rispetto della previsione del D. Lgs. n. 502/92, art. 3-octies (con la formale costituzione di un semplice "contenitore" di alcune professioni) ma vogliamo che questa Area diventi l'architrave dell'integrazione socio-sanitaria, di cui troppe volte si è parlato senza mai realizzarla, per costruire un sistema socio-sanitario complesso ma evoluto, fatto di attività e di professionisti in grado di tutelare la salute dei cittadini in senso globale, secondo la definizione dell'OMS.

Per tutto questo siamo consapevoli che non è sufficiente un articolo di contratto, ma la cornice contrattuale è necessaria per essere pronti all'applicazione delle disposizioni nazionali che attendiamo da tempo.

E' chiaro che serve una legge nazionale che porti al superamento della desueta articolazione del personale nei quattro ruoli prevista dal DPR 761/79, come dichiara lo stesso Atto di indirizzo. Serve una legge che anzitutto definisca i contorni, i contenuti, l'organizzazione e le finalità di quest'area, che sia in grado di identificare i profili dei professionisti da inserire in questo ambito, non limitandosi ad elencarli, e tenendo conto di quanto previsto da altre leggi quali: il D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii., la legge 328/00, il DPCM 14 febbraio 2001, la legge 189/2012, meglio nota come legge Balduzzi. Per queste professioni andrà individuato e definito un inquadramento adeguato e coerente per tutti quei profili professionali che non sono riconosciuti appieno all'interno dell'attuale sistema professionale sanitario, come recita lo stesso Atto di indirizzo. Ma la costituzione di una tale Area senza prevedere una dirigenza coerente con le professioni in essa presenti e dunque attribuita ad un esponente di quelle stesse professioni, in relazione alla formazione richiesta ed alle funzioni da svolgere, non avrà molto senso, così come non ne avrà senza la previsione di una specifica indennità professionale, collegata alla responsabilità e al rischio professionale conseguenti.

Dal lato dell'incentivazione del personale si apprezza la previsione dell'Atto di indirizzo, secondo la quale si *"potranno destinare, esclusivamente al personale direttamente e proficuamente coinvolto nei processi di ristrutturazione, miglioramento organizzativo e razionalizzazione, parte delle economie aggiuntive conseguite con risparmi sui costi per le risorse umane"*. Questa è un'idea apprezzabile ma, non essendo concretamente quantificabile, chiediamo che vengano inserite clausole di salvaguardia contrattuale che consentano l'allargamento della platea dei beneficiari

degli eventuali risparmi conseguiti a tutto il personale, non solo quello dirigente. A tale scopo, oltre a non escludere la possibilità di aumentare i fondi per i rinnovi contrattuali, che anzi rivendichiamo, si potrebbe almeno attuare il principio fondante il Patto per la Salute (art. 1) secondo il quale tutti i risparmi generati dalla riduzione degli incarichi di struttura (riduzione UOC/UOS), ma anche del complessivo turn over (RIA), vanno finalizzati all'interno delle aziende per una riforma complessiva del sistema di conferimento e valutazione di tutti gli incarichi, secondo criteri di trasparenza, valorizzazione dell'esperienza e casistica trattata. Inoltre, riteniamo che non ci si possa limitare alle economie aggiuntive conseguite con improbabili risparmi sui costi per le risorse umane, mentre sarebbe più utile intervenire sulle spese dei beni e servizi e sulle troppe esternalizzazioni, con economie da riversare in parte sulla motivazione del personale, che andrebbe sempre coinvolto nelle scelte, in parte sullo sviluppo dei servizi ai cittadini.

Vista la necessità di superare il sistema delle performance ex D. Lgs 150/09, rivelatosi di fatto inapplicabile, e tenuto conto del combinato disposto delle norme di cui all'art. 16 commi 4 e 5 della legge n. 111/2011, che prevede di usare il 50% delle eventuali economie di spesa derivanti da processi di ristrutturazione, riorganizzazione e innovazioni per la contrattazione integrativa, si ritiene indispensabile destinare le risorse così individuate e conseguite per i seguenti obiettivi:

- premiare il personale coinvolto nei progetti aziendali;
- incentivare la formazione per una maggiore qualificazione del lavoro che ognuno è chiamato a svolgere;
- promuovere le competenze specialistiche e avanzate;
- introdurre sistemi di incentivazione dei professionisti che si distinguono per il rispetto degli standard operativi, sulla base di parametri predeterminati.

In questo quadro è evidente che è possibile recuperare ingenti risorse per la contrattazione integrativa, coinvolgendo i lavoratori nella lotta agli sprechi e nella razionalizzazione della spesa, con l'obiettivo di offrire ai cittadini servizi efficienti ed efficaci.

E' importante anche la rivisitazione in aumento di tutte le indennità di turno, di disagio, di rischio e di assistenza domiciliare, oltre che l'indennità professionale e l'adeguamento del valore del buono pasto a quello degli altri settori pubblici.

Il CCNL dovrà prevedere l'inquadramento economico e normativo delle competenze avanzate e specialistiche delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecniche, della prevenzione e della riabilitazione, e di assistente sociale. E' chiaro poi che a figure professionali sempre più specializzate, autonome e responsabilizzate, con diversi livelli di competenze operative e gestionali, sia necessario un conseguente adeguamento delle retribuzioni sia su base contrattuale che professionale e differenziare i livelli di accesso dall'esterno, con l'accesso al livello D3 per i professionisti in possesso di Laurea Magistrale e il conseguente sviluppo di carriera a partire da quel livello.

Il sistema Sanità necessita, oltre che di personale, di dirigenza applicata ai processi clinici e di dirigenza applicata alla gestione delle risorse e dei contesti organizzativi, entro i quali le risorse professionali possono ridurre i costi complessivi delle prestazioni, al netto degli "stipendi". Se questo è vero, non dovrebbero esserci ostacoli nel disegnare un nuovo assetto alle carriere di tutti i professionisti, dirigenti e non, in parallelo a quelle dei dirigenti degli assetti gestionali.

In attesa che venga realizzata l'ipotesi di Accordo Stato Regioni sulle competenze avanzate e specialistiche degli infermieri e delle altre professioni sanitarie, con

l'attuazione integrale del comma 566 della Legge n. 190/14, resta la necessità di attuare quanto previsto dall'articolo 6 della Legge n. 43/06 che istituisce la posizione di "professionista specialista" nonché i decreti istitutivi dei 22 profili professionali ex terzo comma dell'art. 6 del D. Lgs. 502/92 che prevedevano l'istituzione di aree di formazione complementare post diploma.

In alcune Regioni ed in molte Aziende Sanitarie, per oculata e condivisa scelta programmatica, l'attribuzione di ulteriori competenze avanzate e specialistiche agli infermieri ed alle altre professioni sanitarie è stata realizzata da tempo e anche la magistratura ha ritenuto infondata l'accusa di esercizio abusivo della professione medica.

E' fondamentale, pertanto, normare all'interno del CCNL questo percorso così da sollecitare altre Regioni ad attuarlo con adeguate risorse economiche e realizzare di conseguenza percorsi formativi complementari e protocolli concordati con le rappresentanze mediche nonché delle altre professioni interessate.

### **5c – Formazione professionale ed universitaria**

In relazione ai percorsi formativi del personale tutto, che dovrebbe essere realizzato in funzione delle attività da svolgere e del ruolo ricoperto nelle strutture e dei servizi da erogare nell'ambito dei nuovi modelli organizzativi da attivare, è di tutta evidenza che la formazione universitaria attuale, sia curricolare che post base, non è al momento sempre funzionale alle esigenze effettive degli operatori del SSN e ai bisogni delle persone ma, troppo spesso, è legata alle esigenze e alle possibilità organizzative degli Atenei o delle altre strutture formative accreditate. I contenuti e la didattica, nelle facoltà di Medicina e Chirurgia, ma anche in altre Facoltà o Dipartimenti delle Università italiane, sono rimasti pressoché fermi rispetto alle nuove acquisizioni scientifiche e tecnologiche, ma soprattutto non tengono generalmente conto delle nuove professionalità e delle più moderne modalità di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale, per le quali non ha più senso la presenza di un singolo che comanda e di molti altri che eseguono, ma contano piuttosto i rapporti di reciproca collaborazione nel rispetto della professionalità di ognuno, nell'interesse della persona da assistere. Le Università sembrano non considerare la necessità di coinvolgere maggiormente le professioni sanitarie e sociali nella didattica e nella ridefinizione dei piani di studio, che invece devono essere basati sulle competenze necessarie al sistema di welfare sanitario e sociale, cui sono destinati.

I professionisti sanitari e sociali devono essere coinvolti sia come docenti che nell'organizzazione dei corsi, in particolare, ma non solo, nelle discipline che più li riguardano, prevedendo e riconoscendo percorsi formativi e di carriera diversificati, a seconda delle competenze e delle attitudini, nei diversi settori della didattica o della ricerca, nelle attività cliniche o specialistiche o manageriali, come può essere la gestione di servizi.

La *formazione continua* non può e non deve essere competenza e patrimonio di pochi ma un diritto esigibile da tutti i professionisti, inclusi gli assistenti sociali che non rientrano nel sistema ECM – come prevede il DPR 7 agosto 2012, n. 137, *Regolamento recante la riforma degli ordinamenti professionali* – e di tutti i lavoratori, il cui costo deve essere a carico dei datori di lavoro, quale che sia il ruolo, la qualifica rivestita e il contratto di lavoro applicato.

I percorsi di alta formazione per le professioni sanitarie e sociali vanno revisionati per eliminare il business di quei master universitari o dottorati o di altri percorsi formativi che non offrono sbocchi professionali a chi li frequenta.

La formazione continua per tutte le professioni (non solo, quindi, con riferimento all'ECM), oltre ad essere lo strumento dinamico più idoneo per la verifica e per l'aggiornamento delle competenze professionali di ognuno, dovrà sempre più essere

intesa come lo strumento più adatto per sperimentazioni innovative in campo clinico, assistenziale, gestionale e formativo, sempre nell'ottica dell'integrazione sia delle competenze all'interno di team multi professionali, sia dei servizi e delle prestazioni da rendere ai cittadini, nel rispetto dei contenuti, dei valori e dei principi etici di ogni professione. Per questo obiettivo si dovranno prevedere ed adottare modalità e strumenti validi per tutte le aziende sanitarie e per tutto il personale, idonei a verificarne pertinenza ed efficacia in ogni contesto operativo.

Al fine di promuovere e valorizzare le risorse umane, obiettivi su cui da anni tutti concordano, occorre stabilire criteri predefiniti e uniformi per il riconoscimento in ambito universitario dei percorsi di formazione continua a tutti i professionisti e agli operatori sanitari e sociali.

Per queste stesse ragioni occorre adottare norme legislative e contrattuali che estendano la formazione continua anche al personale precario che opera nel SSN (evidentemente perché ritenuto necessario), che consenta anche a questi lavoratori di poter beneficiare di tutte le opportunità riconosciute ai lavoratori dipendenti per la formazione universitaria (le 150 ore di diritto allo studio) e per la formazione continua (permessi ex art. 21 e permessi da istituire ex novo per consentire il raggiungimento dei CF prescritti, dalla legge e dai rispettivi ordini professionali), senza penalizzazioni e discriminazioni dei professionisti del comparto rispetto ai dirigenti, eliminando la discrezionalità di questi ultimi e rendendo accessibili a tutti i percorsi formativi, resi obbligatori dal DPR n. 137/2012.

In concomitanza con lo sviluppo tecnologico e l'informatizzazione dei processi, non solo amministrativi e tecnici ma anche di quelli diagnostici e terapeutici, non si è investito adeguatamente nella formazione "digitale". Troppo spesso il professionista è costretto a spendere di tasca propria per l'aggiornamento e ha sviluppato le specifiche capacità e competenze sul campo ma senza i dovuti riconoscimenti.

Ecco perché si ritiene necessario garantire a tutti gli operatori del settore sia la formazione informatica di base sia quella volta alla conoscenza di particolari programmi e macchinari (ad esempio, si pensi ai sistemi di monitoraggio delle funzioni vitali e alle pompe infusionali ormai di uso comune negli ospedali) attinenti o funzionali alla loro attività professionale.

Si ritiene poi importante definire linee guida nazionali di riorganizzazione dei Servizi Sanitari Regionali per la formazione delle professioni in linea con le direttive in materia del Dipartimento della Funzione Pubblica secondo cui tutte le organizzazioni devono fondarsi sulla conoscenza e sulle competenze attraverso la pianificazione e la programmazione delle attività formative per gestire il cambiamento e garantire un'elevata qualità dei servizi.

Si rende necessario impostare a tale scopo in ogni Regione (si veda l'esempio della Regione Toscana) la mappatura delle competenze delle figure professionali del settore socio sanitario. La creazione di banche dati delle competenze delle diverse figure professionali attraverso la definizione gli ambiti di responsabilità dei professionisti sanitari consente di:

- σ creare piani triennali della formazione sulle necessità reali a livello regionale
- σ costruire centri di eccellenza nelle specifiche aree professionali
- σ far adattare i Piani di Studio delle Università e tutta l'alta formazione alle competenze richieste dal mercato del lavoro
- σ migliorare la qualità del servizio delle singole aziende sanitarie, rispondendo meglio ai bisogni dei cittadini tramite piani di formazione continua basati sulla programmazione per competenze

- σ veder riconosciute l'esperienza e la formazione dei singoli operatori anche in caso di mobilità intra o interaziendale
- σ far disporre alle OO.SS. elementi oggettivi per applicare strategie formative e di investimento sui professionisti e quindi sistemi di incentivazione meritocratici.

In questo modo ogni professionista avrà maggiori garanzie del riconoscimento della propria professionalità e saprà valutare le proprie competenze per inserirsi in percorsi formativi individualizzati e professionalizzanti, mentre per i cittadini aumenterà la garanzia delle competenze delle figure professionali e quindi il rispetto dei valori dichiarati nella carta dei servizi.

L'obiettivo è quello di realizzare servizi sanitari e sociosanitari centrati sui bisogni della persona, cui corrisponde la giusta professionalità degli operatori, elemento fondamentale per avere garanzia di qualità.

Si deve quindi partire dalla mappatura delle competenze (ci sono diversi esempi e diversi modelli), con descrizione delle diverse funzioni e attività giornaliere, partendo dal profilo giuridico di ciascuna professione (definito dalle normative di riferimento, dai codici deontologici, dagli ordinamenti e dai piani di studio). Si può arrivare così alla definizione delle competenze necessarie per ciascun profilo professionale, distinguendo tra competenze di base (ad esempio, conoscenza di inglese e informatica), competenze trasversali, competenze tecnico professionali e competenze tecnico professionali trasversali. Si definiscono così le linee di indirizzo per la costituzione dei curricula e le linee di indirizzo per la formazione continua.

## **5d - Proposte specifiche per singole Professioni.**

### **5d.1 Professioni sanitarie Infermieristiche, Ostetriche Tecniche della riabilitazione e della prevenzione**

Oltre alle proposte di cui ai paragrafi precedenti si chiede di:

- Realizzare la riforma degli Ordini professionali, dando applicazione alla Legge n.43/2006 per una migliore garanzia della professionalità degli operatori, della sicurezza dei cittadini e quindi della qualità delle cure anche tramite la lotta all'abusivismo; la trasformazione dei Collegi in Ordini, per i quali sarà opportuno istituire Albi specifici per ogni singola professione sanitaria, specie nel caso di Ordini che prevedono più professioni;
- Rivedere e integrare il progetto di legge sulla responsabilità professionale, rendendola più specifica per tutte le professioni, contemplando il miglioramento dei sistemi di *risk management* nel settore sanitario e prevedendo che le Linee guida, cui riferirsi per la verifica della colpa grave del professionista, siano elaborate con la regia di un ente pubblico, da un team di esponenti delle società scientifiche delle professioni sanitarie, purché non legate a multinazionali del farmaco e di presidi, e delle rappresentanze professionali;
- Dare forma giuridica alle competenze avanzate, di fatto già attivate in molte Regioni italiane oltre che a livello internazionale, prevedendo adeguati percorsi formativi;
- Uniformare a livello nazionale le regole sul riconoscimento del repertorio delle qualifiche in base alle disposizioni comunitarie e quindi individuare e definire, in tutte le Regioni, uguali gruppi di attività proprie di ogni specifica professione a parità di livello di preparazione, capacità professionale e apprendimento;
- Attuare la libera professione intramuraria per le professioni sanitarie.

## **5d.2 Professioni sociali e socio-sanitarie (area socio sanitaria).**

La costituzione dell'Area delle professioni sociosanitarie potrebbe aprire nuove prospettive per dare legittimità ed operatività alle professioni che vi saranno inserite, quelle già individuate dall'Atto di indirizzo ed altre che se ne potranno aggiungere, in un'ottica di intervento tutto da scoprire, specie per alcuni profili, come per l'educatore professionale – di cui è ancora incerto sia il percorso di formazione universitaria sia il suo inquadramento contrattuale –; lo stesso vale per l'inquadramento dell'OSS, mentre ancora incerto appare il riconoscimento effettivo dell'assistente sociale, per il quale l'attribuzione della posizione dirigenziale, in piena attuazione della Legge n. 251/00 e come ben indicato dal Documento del tavolo tecnico del Ministero della Salute sul Servizio Sociale Professionale in Sanità, tuttora incontra difficoltà e troppo spesso viene negata.

L'istituzione nel CCNL dell'area sociosanitaria, in applicazione dell'art. 3 *octies* del D. Lgs. 502/1992 si ritiene funzionale alla moderna concezione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, in relazione ai bisogni dei cittadini, all'evoluzione demografica e all'invecchiamento della popolazione, con il conseguente aumento delle fragilità. In questa nuova area l'OSS avrà la giusta collocazione e ciò permetterà di risolvere le controversie legate al suo attuale inquadramento nel ruolo tecnico e al corretto rapporto di collaborazione con le professioni sanitarie, ad iniziare da quella infermieristica, e con gli assistenti sociali, dando attuazione al documento del "Tavolo Ministero Regioni su ruolo, funzioni, formazione e programmazione del fabbisogno dell'operatore sociosanitario".

Per gli assistenti sociali è necessario procedere alla revisione e aggiornamento della Legge n. 84/93 e alla definizione delle peculiarità della professione di Assistente Sociale, con elaborazione di una nuova proposta di legge che preveda:

- la ridefinizione e l'aggiornamento del profilo professionale;
- l'individuazione e la definizione di funzioni riservate ed esclusive;
  - dare piena attuazione dell'art. 12 della Legge n. 328/2000, in tema di figure professionali sociali, tuttora inapplicato;
- la revisione della formazione accademica sui 5 anni (o, in subordine, sul percorso 3 + 2, ma con il vincolo della formazione in sequenza), con la previsione del biennio finale orientato al lavoro suddiviso per specializzazioni in più settori: clinico, formazione, mediazione familiare e/o civile, *counseling* e/o al *management*, ecc.;
- riconoscimento/recepimento dei nuovi titoli di studio nei CCNL per l'accesso e il lavoro nel Pubblico Impiego, con la previsione dell'accesso alla cat. D3 per chi è in possesso di laurea magistrale;
- revisione/istituzione del modello organizzativo professionale in ogni azienda sanitaria territoriale, ospedaliera o IRCCS, con attribuzione di direzione/dirigenza omologa da proporre a Governo, ANCI e Conferenza Stato regioni per sanità come per enti locali;
- obbligo per tutti gli enti pubblici – a partire da enti locali, asl e AO, sulla base di accordi di programma con Anci e Federsanità – di riconoscere la formazione continua per tutti gli assistenti sociali, superando ogni forma di discrezionalità da parte di dirigenti o presunti tali;
- l'implementazione e lo sviluppo del Progetto SUNAS/FIMMG sull'inserimento e l'integrazione dell'assistente sociale, insieme ai professionisti sanitari, negli studi

associati dei medici di medicina generale, come primo step per sperimentare il servizio sociale di comunità;

- verificare la possibilità di portare avanti tutte le questioni sopra elencate lavorando alla costruzione di un Patto delle professioni.

In considerazione dell'evoluzione della popolazione e del suo invecchiamento e quindi della necessità di modifiche organizzative e assistenziali conseguenti del sistema di welfare, il funzionamento ottimale del sistema sanitario richiede, come già ricordato, grandi cambiamenti organizzativi e strutturali ma anche il riconoscimento effettivo di tutti i profili professionali e il loro corretto inquadramento contrattuale. Un esempio tipico sono gli OSS, per i quali riteniamo sia quindi necessario:

- ridefinire le competenze e le responsabilità con inquadramento nel livello C;
- uniformare sul territorio nazionale la formazione prevedendo un percorso di due anni (1500 ore) per il riconoscimento del titolo attraverso Istituti professionali specializzati pubblici regionali riconosciuti dal Ministero della Salute con accertamenti delle competenze acquisite sotto il controllo ministeriale;
- prevedere un periodo di tirocinio presso i servizi sanitari e sociosanitari delle aziende sanitarie ed ospedaliere, durante e al termine del corso, per il rilascio dell'attestato di qualifica;
- organizzare formazione continua, tramite gli stessi Istituti professionali, per lo sviluppo e l'evoluzione delle competenze del personale degli Enti;
- prevedere la figura dell'OSS tutor nelle attività formative;
- completare il processo di riqualifica degli OSS in tutte le Regioni, secondo indirizzi a carattere nazionale.

### **5d.3 – Professioni tecniche e amministrative**

Nel lungo periodo storico di *spending review* abbiamo assistito al taglio, oltre che sui servizi, anche sul costo del personale e ne hanno fatto le spese in particolare le professioni tecniche ed amministrative, non considerate essenziali nell'ambito del panorama sanitario e per questo escluse da provvedimenti di deroga alle assunzioni e per questo non sufficientemente coinvolte nei processi formativi e di aggiornamento. Queste figure professionali, invece, andrebbero valorizzate per le attività che possono svolgere, di supporto per le politiche di contenimento delle spese oltre che per realizzare nuovi modelli organizzativi efficienti.

A fronte della complessità dei processi determinata dalle recenti normative, anche per il contrasto del fenomeno della corruzione, si è assistito al progressivo smantellamento dell'apparato amministrativo, col solo obiettivo di fare cassa in tempi brevi, il blocco delle progressioni interne, la riduzione degli investimenti in formazione e in tecnologie avanzate e la riduzione delle dotazioni organiche, con il conseguente blocco delle mobilità tra Enti, consentito solo per compensazione.

Se da una parte c'è stata la contrazione degli organici, come in tutti i settori e per tutte le qualifiche del P.I., dall'altra le Aziende Sanitarie hanno fatto ricorso a forme flessibili di impiego, compreso il lavoro interinale e l'utilizzo di personale in somministrazione, a scapito delle assunzioni mediante concorsi pubblici. Allo stesso tempo, per le nomine dirigenziali, in luogo di procedure concorsuali, si rileva l'utilizzo indiscriminato di contratti fiduciari ex art. 15 *septies* della L. 229/99, senza alcun rispetto della legge e dei CCNL.

Pertanto si ritiene necessario:

- Definire organici coerenti con i nuovi modelli organizzativi e con le esigenze dettate dalle recenti disposizioni normative;



- Rafforzare l'istituto della formazione obbligatoria a carico delle Aziende, che deve coinvolgere tutti gli operatori, con la predisposizione di piani annuali e pluriennali per l'accrescimento delle competenze amministrativo-tecniche in relazione alle modifiche normative;
- Agevolare l'istituto dell'aggiornamento facoltativo con disposizioni che impediscono l'esercizio di discrezionalità nella fruizione da parte del superiore;
- Realizzare maggiori investimenti tecnologici per la maggiore produttività dei processi amministrativi e tecnici in tutti gli ambiti (uffici tecnici, contabili, provveditorato e gestione del personale) anche per la realizzazione della dematerializzazione e con ulteriori abbattimenti di costi;
- Attuare un corretto inquadramento contrattuale in base alla formazione di base e alle competenze acquisite e documentate;
- Attuare avanzamenti di carriera/progressioni verticali in base a procedure trasparenti e che valorizzino le professionalità acquisite;
- Previsione di accesso per i collaboratori dalla categoria D3 per chi è in possesso di laurea magistrale.

## **5e- Riepilogo delle proposte.**

### **In sintesi, per la CSE Sanità è necessario:**

- **Investire nelle Professioni del Sistema Salute** per la qualità e sostenibilità dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari, il mantenimento dell'universalità del SSN e l'assicurazione del diritto alla salute ex art. 32 della Costituzione.
- **Bloccare l'attacco al FSN**, semmai da incrementare, per fermare l'arretramento del sistema di welfare sanitario pubblico che danneggia le famiglie e i cittadini più fragili o non autosufficienti e meno abbienti con una reale lotta agli sprechi.
- **Superare il blocco delle assunzioni**, aumentare le dotazioni organiche e definire criteri nazionali uniformi per la determinazione del fabbisogno organico per ogni professione, in ogni ente e servizio, superando le vecchie logiche e tenendo conto dei nuovi bisogni delle persone e delle famiglie nonché degli standard europei con il risultato di favorire il ricambio generazionale, far fronte al problema dell'invecchiamento dei lavoratori e garantire sicurezza di operatori e cittadini.
- **Procedere con gli scorrimenti di tutte le graduatorie vigenti (di cui prevedere la proroga della validità di almeno un anno)** in applicazione della Legge Dalia, con l'assunzione di vincitori ed idonei e attuare le procedure di stabilizzazione del personale precario.
- **Indire di nuove procedure concorsuali** per creare nuove opportunità di lavoro a neolaureati e disoccupati con l'effetto di migliorare la qualità dei servizi.
- **Completare rapidamente il percorso della contrattazione nazionale** per costruire un CCNL che abbia un duplice obiettivo: avviare un recupero, almeno parziale ma comunque significativo, del salario perso negli ultimi anni con il blocco della contrattazione (8,5% è il tasso ufficiale di inflazione dal 2010 al 2015) e incidere sull'organizzazione dei servizi e del lavoro per rendere più efficaci i servizi ai cittadini e premiare i lavoratori in base al loro impegno e alla loro professionalità, anche attraverso opportune modifiche normative e ordinamentali.
- **Avviare da subito il riassetto organizzativo** del Servizio Sanitario Nazionale in tutti i suoi contesti sanitari e sociosanitari e dare piena applicazione in tutte le

aziende sanitarie, territoriali ed ospedaliere, della Legge n.251/2000 e ss.mm.ii, con la conseguente istituzione dei servizi per ognuna delle cinque aree professionali sanitarie e sociale in essa previsti.

- **Realizzare concretamente il processo di superamento dalla visione ospedalocentrica** e medicalizzante della sanità, non solo per dare all'ospedale la sua funzione di assistenza specialistica, ma soprattutto per dare ai servizi territoriali il compito e gli strumenti per farsi carico dell'assistenza di base e della prevenzione, dell'assistenza al paziente cronico o non autosufficiente e per garantire la continuità assistenziale, mediante il pieno e giusto riconoscimento a tutte le professioni in esso impegnate.
- **Investire nei servizi sociosanitari territoriali**, inclusi quelli residenziali e semiresidenziali, nell'assistenza domiciliare e nei servizi consultoriali, nei sistemi di comunicazione e interscambio ospedale-territorio, nella creazione degli ospedali di comunità ma con adeguata programmazione e organizzazione che valorizzi tutte le professioni sanitarie e sociali.
- **Implementare modelli di gestione centrati sulla persona** (per es. organizzare gli ospedali per intensità di cure) con opportuni strumenti normativi e regolamentari: è la persona da assistere e da curare che deve essere posta al centro dell'attenzione, con i suoi bisogni di salute globalmente intesi, intorno ai quali individuare i percorsi assistenziali e le professionalità da coinvolgere.
- **Completare la revisione, il riconoscimento e l'implementazione delle diverse competenze avanzate e specialistiche** per tutte le professioni sanitarie e sociali, secondo due direttrici: quella clinico/professionale e quella gestionale, garantendo ad ognuna incarichi di direzione, coordinamento e responsabilità funzionali, professionali e specialistiche oltre che un adeguamento delle retribuzioni e la previsione dell'accesso al livello D3 per i professionisti in possesso di Laurea Magistrale;
- **Rivedere le competenze, le responsabilità** e la spendibilità del titolo dell'OSS con l'adozione di un unico percorso formativo sull'intero territorio nazionale.
- **Rendere la responsabilità professionale più specifica** per ogni professione, migliorare i sistemi di *risk management* nel settore sanitario e rafforzare la tutela dal rischio personale (minacce, aggressioni o lesioni) degli operatori a contatto con l'utenza.
- **Definire standard minimi obbligatori** ed uniformi sia strutturali che professionali ed organizzativi validi per tutto il territorio nazionale, e indicatori di prestazione e di risultato sia per l'ambito ospedaliero che per quello territoriale.
- **Abbandonare il sistema delle performance** ex D. Lgs 150/2009 realizzando un sistema di valutazione dei dipendenti volto a motivare verso il miglioramento delle prestazioni e dei servizi ai cittadini che preveda oggettività, trasparenza, condivisione, partecipazione, parametri specifici per le varie professioni e articolazioni aziendali.
- **Organizzare progetti incentivanti** anche con l'applicazione di quanto previsto dall'art. 16 commi 4 e 5 della legge 111/2011, con la destinazione del 50% delle economie di spesa derivanti da processi di ristrutturazione, riorganizzazione e innovazioni per la contrattazione integrativa.
- **Adottare ogni iniziativa utile a riconoscere tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali** in ambito nazionale e locale/aziendale, secondo i criteri fissati dall'Unione Europea, in modo da aumentare il loro valore e la loro efficacia, anche allo scopo di aumentarne le possibilità occupazionali.
- **Varare norme attuative dell'articolo 3-octies del D. Lgs. 502/1992, e s.m.i., in tema di professioni sociosanitarie con l'istituzione dell'area socio-sanitaria.**

- **Rivedere la progettazione ed i contenuti dei corsi universitari** di base e post-base delle professioni sanitarie e sociali presenti nel SSN, con il coinvolgimento di tutti gli Ordini professionali, dei singoli professionisti, cui va garantito maggiore e adeguato spazio anche nella docenza, delle Regioni e delle Aziende Sanitarie per far sì che tali contenuti siano adeguati all'evoluzione scientifica e alle effettive esigenze di salute dei cittadini.
- **Sviluppare in ogni Regione Programmi di Formazione basati sulle competenze** professionali per tutto il personale degli enti del SSR.
- **Riconoscere e consentire a tutti i lavoratori il diritto alla Formazione Continua**, che deve essere sempre a carico del datore di lavoro, senza discriminazioni per il ruolo ricoperto nell'ente e/o il tipo di contratto di lavoro applicato, incrementare i permessi ex art. 21 CCNL e consentire a tutti i professionisti di acquisire i crediti formativi, come prescrive il DPR 137/2012.
- **Riconoscere anche ai lavoratori precari il diritto di accedere ai permessi retribuiti per la formazione universitaria (150 ore di diritto allo studio) e alla Formazione Continua.**
- **Riconoscere i crediti formativi in ambito universitario (CFU).**
- **Sbloccare la riforma degli Ordini professionali** delle professioni sanitarie affinché, attraverso un più efficace controllo della formazione e delle competenze professionali dei propri iscritti, diventino soggetti di maggior garanzia per il benessere dei cittadini anche tramite la lotta all'abusivismo.
- **Attuare l'accREDITamento diretto** dei professionisti e degli studi professionali.
- **Attuare la libera professione intramuraria** per le professioni sanitarie.
- **Rafforzare la lotta alla corruzione** anche attraverso l'attivazione di processi decisionali partecipati con cittadini, lavoratori e loro rappresentanze e l'aumento della trasparenza amministrativa.
- **Revisionare la normativa sulle mobilità interaziendali**, eliminando ogni rigidità per la mobilità volontaria e comunque rendendola accessibile ai lavoratori con figli minori fino a 12 anni o per motivi di salute, di assistenza a portatori di handicap e ricongiungimento familiare.
- **Aumentare gli investimenti in tecnologie informatiche** e la formazione digitale.
- **Ampliare le politiche per le pari opportunità** e a sostegno della maternità e paternità responsabili (ad esempio prevedendo agevolazioni per la costituzione di asili nido aziendali e contributi per l'iscrizione ad asili esterni).
- **Defiscalizzare gli incentivi di produttività**, come nel settore privato.
- **Agevolare la partecipazione attiva di tutte le professioni** nelle diverse istituzioni ove si prendono decisioni sulla programmazione e l'organizzazione dei servizi sanitari.

## **Normative di riferimento:**

R.D. 27/07/1934 n. 1265 - Testo unico delle leggi sanitarie.

L. 23/12/1978 n. 833 - Istituzione del servizio sanitario nazionale.

L. 05/02/1992 n. 104 e ss.mm.ii. - Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

D. Lgs. 30/12/1992 n. 502 - Riordino della disciplina in materia sanitaria.

L. 23/03/1993 n. 84 - Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale.

DM Grazia e Giustizia 11/10/1994 n. 615, mod. da DPR 328/2001 - Regolamento recante norme relative all'istituzione delle sedi regionali o interregionali dell'Ordine e del Consiglio Nazionale degli assistenti sociali, ai procedimenti elettorali e alla iscrizione e cancellazione dall'albo professionale.

L. 26/02/1999 n. 42 - Disposizioni in Materia di Professioni Sanitarie.

DM 509/1999 - Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei.

L. 10/08/2000 n. 251 e ss.mm.ii. - Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.

D.M. Min. Salute 29/03/2001 - Definizione delle figure professionali L. 15/07/2011 n. 111 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 - Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria.

D.M. MIUR 02/04/2001 - Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie.

DM 22/10/2004 n. 270 - Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509.

DM 22/10/2004 n. 270 - Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509. Istituiva di lauree magistrali.

L. 01/02/2006 n. 43 - Disposizioni in materia di professioni sanitarie e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali.

L. 03/08/2007 n. 120 - Disposizioni in materia di attività libero-professionale Intramuraria e altre norme in materia sanitaria.

L. 15/07/2011 n. 111 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98- Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria.

DPR 137/2012 - Riforma degli ordinamenti professionali.

L. 30/10/2013 n. 125 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, recante disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni.

D. Lgs. 28 gennaio 2016, n. 15, Attuazione della direttiva 2013/55/UE recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n. 1024/2012.