

SALUTE BENE COMUNE: LE PROFESSIONI SOCIO SANITARIE ED EDUCATIVE PER LA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI, PER I DIRITTI DI CITTADINANZA

PREMESSA

Il settore socio sanitario, assistenziale ed educativo, nel sistema nazionale del welfare, è uno di quelli che vive le maggiori problematiche organizzative e lavorative.

I percorsi di integrazione individuati e introdotti dalla normativa sono ancora in parte disattesi, in ragione delle politiche sbagliate che i vari Governi hanno adottato nel corso degli ultimi anni, che hanno prodotto un impoverimento del settore con rilevanti ripercussioni sui servizi, sulla loro qualità e nelle politiche occupazionali.

Nelle aziende che operano in questi settori, le attività sono assicurate spesso da lavoratori appartenenti a una pluralità di figure professionali, a volte scarsamente legittimate dalla legislazione vigente anche in conseguenza delle azioni politiche che, in modo disordinato e contraddittorio, le Regioni e gli Enti Locali hanno messo in campo in ordine alla formazione, alle figure professionali e, in ultima istanza sui servizi.

In molti servizi sono presenti figure e profili professionali che sono costretti a vivere in una costante incertezza occupazionale, a causa di decisioni politiche territoriali, che al variare delle condizioni di bisogno della popolazione e di erogazione delle prestazioni e delle risorse necessarie per assicurare i servizi, producono modelli organizzativi che non tengono conto dei CCNL di riferimento.

Abbiamo scelto di aprire una discussione che affronti con serietà e coerenza questa particolare situazione, comune a tutto il settore socio sanitario, assistenziale ed educativo.

E questa è la ragione dell'assemblea pubblica che abbiamo deciso di tenere a Bologna, in ragione anche del lavoro svolto in questa realtà territoriale.

La discussione che siamo impegnati a fare e che vi proponiamo ha bisogno di dotarsi di due presupposti: il primo riguarda il migliore censimento della realtà, che appare frastagliata, disomogenea non solo fra le Regioni, ma addirittura all'interno delle stesse.

In questo quadro, non è più possibile permettersi il lusso di ignorare le disposizioni normative del D.Lgs. 502/1992, del D.Lgs. 229/1999 e della Legge 328/2000, che hanno

fornito gli strumenti per riconoscere e regolamentare le professioni socio sanitarie ed educative in un'ottica di servizi integrati che potessero rispondere sempre meglio ai bisogni dei cittadini.

Per ciò, abbiamo costituito il gruppo di lavoro nazionale FP CGIL sulle professioni che, in questa prima fase, ha scelto di analizzare e di proporre una serie di azioni in merito all'organizzazione dei servizi e alle problematiche inerenti l'attività professionale degli Assistenti sociali, degli Educatori professionali e degli Operatori socio sanitari.

Le tre professioni scelte rappresentano non solo un numero importante di operatori, con caratteristiche definite e complessità elevata, ma sono anche i punti di riferimento per l'accesso e la gestione dei servizi alla persona in senso più complessivo.

Siamo già impegnati in ulteriori approfondimenti, sui medesimi aspetti e con il metodo proposto in questo documento, per le altre professionalità necessarie alle attività dei servizi socio sanitari ed educativi.

1. IL CONTESTO

In tema di professioni, la Legge 4 del 2013, che interviene nel vastissimo campo di tutte le professioni non regolamentate, fa emergere la necessità di una riflessione su quelle professioni che pur non avendo, appunto, alcuna regolamentazione, operano di fatto e di diritto all'interno dei servizi e presidi sanitari e socio sanitari, nel pubblico e nel privato, anche se, sulla base dell'attuale normativa, non rientrano nei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione e l'accreditamento.

La legge, pur rappresentando un momento di particolare importanza nell'evoluzione del sistema professionale italiano, poiché attraverso la regolamentazione delle associazioni professionali, ha offerto, dopo oltre un decennio di discussioni, un primo significativo contributo alla tutela di tutti i cittadini, presenta un aspetto di criticità laddove prevede processi di attestazione e di certificazione esclusivamente volontaria delle effettive competenze professionali delle associazioni e dei professionisti.

E' necessario, insieme alle OO.SS Confederali e alle Associazioni dei consumatori, proseguire la sollecitazione alle associazioni degli imprenditori al fine di avviare il percorso di costituzione dei Comitati di indirizzo e sorveglianza, previsti dall'articolo 4 della legge stessa, e di definizione dei principali criteri di valutazione e rilascio dei sistemi di qualificazione e competenza, che coinvolgono le associazioni professionali non organizzate in ordini e collegi.

La nostra strategia contrattuale, per le professioni che necessitano nel campo socio sanitario assistenziale ed educativo, dovrà fondarsi su un'azione inclusiva per tutte le lavoratrici e lavoratori e, per questa via, da un lato operare per un allargamento delle tutele e, dall'altro, per dare diritti e rappresentanza nel lavoro professionale.

Le attuali disposizioni legislative, in particolare l'art. 3 septies del D.Lgs 502/92, sull'integrazione socio sanitaria, definisce quali prestazioni sociosanitarie definendo, quali prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Inoltre, l'art.3 octies del d.lgs. 502/1992, modificato e integrato dal D.Lgs. 229/1999, ha introdotto l'Area delle professioni sociosanitarie ed ha previsto di disciplinare l'istituzione, all'interno del Servizio sanitario nazionale, dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria e dei relativi profili professionali, disponendo l'istituzione dei relativi corsi universitari.

Questa impostazione è stata ribadita successivamente dall'art. 12 della Legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge Turco), tuttora inapplicato.

Di fatto, l'unica figura professionale istituita, che, sulla carta, avrebbe avuto i requisiti delle disposizioni normative citate, è l'Operatore Socio Sanitario, ma anche in questo caso con processi formativi variamente articolati.

L'art. 22 della L. n. 328/2000 identifica due gradi di livelli essenziali, e pur rappresentando una notevole innovazione, presenta un limite: una mera elencazione generale delle misure e degli interventi, che demanda alla pianificazione nazionale e regionale il compito di specificare le caratteristiche e i requisiti delle prestazioni essenziali, non soddisfacendo così l'esigenza di garantire un diritto all'assistenza sociale uniforme in tutto il territorio nazionale, in conformità al principio di uguaglianza.

Per tale ragione serve un incisivo intervento dello Stato che, attraverso l'individuazione dei LIVEAS, funga da collante per la realizzazione di un welfare omogeneo a livello nazionale, a tutela di una uniforme garanzia dei diritti di tutti i cittadini.

La mancata determinazione dei LIVEAS è dunque legata al permanere di quell'orientamento che interpreta come finanziariamente condizionati i diritti dei destinatari delle prestazioni socio-assistenziali

La nostra azione complessiva sulle figure professionali, per dare la giusta risposta alle criticità delle professioni che ancora non sono riconosciute ma che, di fatto, sono presenti, utili ed efficaci nei presidi socio sanitari pubblici e privati, dunque, non può che inserirsi in questo contesto e il nostro incontro di oggi si pone anzitutto l'alto obiettivo di rilanciare con vigore la richiesta, al nuovo Governo, della piena attuazione della legge 328, ribadendo, ancora una volta, l'inderogabile necessità di rifinanziamento dei fondi previsti dalla legge stessa, a garanzia anche della tutela e della tenuta occupazionale del settore.

Quanto appena detto, ha indubbiamente contribuito ad alimentare una risposta disomogenea da parte delle regioni, delle autonomie locali e delle singole aziende ed enti, che hanno attuato politiche sociali locali in mancanza di un riferimento nazionale di standard comuni di servizi e di livello di assistenza.

I prossimi anni vedranno comunque un aumento considerevole della domanda sociale di cura, soprattutto nei territori dove si registra ancora una gravissima carenza dei servizi.

Lo segnalano in modo inequivocabile gli andamenti demografici e sociologici, i cambiamenti in corso nella costituzione della famiglia, le dinamiche di consumo di alcool e droghe e le nuove solitudini sociali.

L'integrazione, dei servizi e nei servizi, si attua con procedure, linee guida, istruzioni operative e regole chiare, focalizzando l'attenzione sull'obiettivo della corretta risposta al cittadino.

La complessità del sistema richiede la capacità di introdurre modelli concettuali ed organizzativi che siano capaci di leggere ed analizzare proattivamente le situazioni,

definendone linee di sviluppo che facciano della responsabilizzazione diffusa e della partecipazione dei diversi attori (professionisti, cittadini e amministratori) i cardini principali.

E' per tali ragioni che rivendichiamo l'attuazione di modelli organizzativi che riconoscano il ruolo di tutte le professioni coinvolte e favoriscano la descrizione, la definizione e l'attuazione di processi di lavoro interdisciplinari, mirati alla piena affermazione dei diritti di tutti i cittadini.

Altro nodo da sciogliere è quello relativo alle diverse figure professionali di cui devono dotarsi gli enti all'interno dei servizi sociali.

Ciò richiede innanzi tutto , dopo una accurata mappatura, l'apertura di una fase di discussione nazionale con l'obiettivo di determinare, insieme alle regioni e alle autonomie locali, modelli organizzativi condivisi per rispondere alla esigenza di erogazione dei servizi.

La prima delle conseguenze di questa modalità riguarda la programmazione delle professionalità necessarie, anche come mezzo per arrivare, finalmente, all'attuazione dell'art. 12 della legge 328/2000 relativo alle figure professionali.

A questo fine vi è la necessità di ricomprendere anche le scelte , che sono state compiute localmente, ma che rispondono all'obiettivo di quadro.

Stiamo infatti vivendo dei momenti che richiedono profondi cambiamenti del modo di intendere il welfare, anche sul versante organizzativo oltre che sociale e politico, e ciò richiede flessibilità, impegno, sinergia da parte degli enti, pubblici e privati.

Per ridurre le diseguaglianze e accrescere i diritti di cittadinanza, l'unica strada per risalire la china della depressione attuale, è quella d'invertire la tendenza di miope austerità di questi anni, che ha colpito fortemente il sistema di welfare globalmente inteso .

Della battaglia per restituire le risorse al sistema abbiamo lungamente parlato.

E' il piano del lavoro della CGIL il nostro punto di riferimento.

Dal punto di vista organizzativo è necessario dare finalmente attuazione alla normativa che prevede una stretta e fattiva integrazione tra i servizi sociali, sanitari ed educativi, uscendo dalla visione attuale, a comparti stagni, dettata solo da una logica meramente contabile di breve, se non brevissimo, periodo.

La programmazione, l'organizzazione e gli investimenti nei servizi integrati dovrà essere realizzata nel pieno rispetto del dettato Costituzionale.

2. ANALISI DEI DATI RACCOLTI

In questa prima fase del lavoro, è stato possibile raccogliere e valutare la documentazione relativa alla costituzione dei servizi socio sanitari e alle professionalità nelle dotazioni organiche di 14 delle 21 Regioni/Province Autonome italiane.

La documentazione proveniente dai territori, pur senza attribuirgli un carattere di scientificità, conferma quanto da tempo da noi evidenziato, cioè il proliferare di delibere ed atti che delineano ulteriori figure, promiscue, di confine e che gettano altra confusione nelle professioni che operano nel settore.

Sono documenti che parlano da soli e indicano quanto sia urgente un riordino del sistema, soprattutto in direzione della tutela professionale e delle inerenti qualifiche, che, solo in parte, hanno un riconoscimento compiuto

Ci siamo soffermati, a titolo puramente esemplificativo su due delle figure più diffuse: dell'assistenza ed educative.

Proprio i numeri, anche in questo caso senza alcuna presunzione di scientificità, comunicano la realtà ed i suoi risvolti.

Abbiamo comunque raccolto un campione significativo, comprendendo circa 33 mila operatori e una buona copertura dei servizi.

Questi dati offrono una sufficiente rappresentazione della realtà, nonostante siano relativi solo ad alcuni territori e ad alcune figure professionali, poiché fanno emergere tutte le contraddizioni e le problematiche che in questi anni sono state portate all'attenzione delle istituzioni.

Risulta evidente l'eterogeneità organizzativa dei servizi e delle relative dotazioni organiche influenzate, soprattutto queste ultime, dalle scelte formative (autoreferenziali) operate dagli atenei universitari e dal sistema della formazione professionale.

In alcuni territori, per far fronte a presunte carenze sul mercato di operatori e professionisti, si è provveduto a formarne, certificarne le competenze o adattarne autonomamente altri, non considerando in alcun modo le conseguenze a cui sono stati esposti questi "nuovi" lavoratori nelle fasi di accreditamento dei servizi.

Pur in questo quadro, necessariamente parziale, poiché è l'inizio di un percorso organico, emergono in tutta la loro drammaticità i grandi numeri di lavoratori coinvolti (o, in alcuni casi, prossimi a esserlo) da problemi di riconoscimento giuridico e occupazionale.

Per alcune delle professioni esaminate in questa fase, i lavoratori interessati sono nell'ordine di alcune decine di migliaia; dato questo, destinato ad aumentare se non si mettono in campo azioni di contrasto.

2.1. Lettura della tabella allegata

Il rapporto pubblico e privato (specchietto rosso), nei servizi socio assistenziali sanitari, è più o meno al 50% con un leggero sbilanciamento verso il secondo.

Lo stesso vale nella scomposizione delle due figure, assistenziali ed educative per lo stesso rapporto (specchietti verdi e gialli con titolo pubblico e privato).

La riqualificazione e la qualificazione del personale addetto all'assistenza di base in o.s.s. (con percentuali critiche nel privato piemontese e valdostano e nel pubblico altoatesino), ha raggiunto livelli decisamente importanti, coprendo generalmente quasi l'80% del campione suddetto.

"Sconfortante" invece è il risultato delle figure educative: se nel pubblico l'educatore professionale come da D.M. 520/98 raggiunge il 45% la restante parte e tutte quelle presenti nel privato, ci indicano una permanente frammentazione delle figure educative, sulle 5 linee così come delineate in legenda.

I dati così dedotti possono dar adito a numerose riflessioni ed arricchire il dibattito

3. PRIME EVIDENZE E PROBLEMATICHE EMERGENTI

La nostra azione è volta ad uscire dalla logica per la quale i profili professionali sono individuati in base all'eccessiva e disarticolata offerta delle agenzie formative e dalla

convenienza dei datori di lavoro, troppe volte ispirata al contenimento del puro costo del lavoro, indipendentemente dai reali fabbisogni, in questo spesso assecondati dalle scelte politiche regionali.

E' necessario che le professioni siano, invece, individuate e riconosciute in ambito nazionale, uniformate ai criteri fissati dalla Comunità Europea, in modo da aumentare il loro valore e le stesse possibilità occupazionali, in un'ottica di largo respiro nazionale e continentale.

Parimenti, il sistema formativo attuale, universitario o regionale che sia, necessita di una completa e concreta revisione.

Non possiamo più permetterci titoli e profili professionali autoriferiti e ridondanti se messi in relazione agli effettivi fabbisogni del sistema.

Così come non è più possibile tollerare l'anarchia del sistema formativo, specialmente in questo delicato campo, che attiva corsi e distribuisce attestati e/o titoli, anche di dubbia o nulla validità, solo in base a criteri di business interni agli atenei ed alle agenzie.

Siamo da tempo convinti che la formazione necessaria, è quella che, facendo riferimento a fabbisogni riconosciuti, costruisce professionisti e operatori riconosciuti, omogenei su tutto il territorio nazionale e, soprattutto, in regola con gli standard Europei in corso di revisione e condivisione.

Per questo proponiamo un confronto aperto a tutti gli stakeholders per un'attenta definizione dei fabbisogni formativi reali del Sistema, che guardi al suo necessario sviluppo.

Veniamo ora ad una breve descrizione delle problematiche rilevate per ognuno dei 3 profili professionali presi in considerazione in questa prima fase del percorso.

3.1. Assistente sociale

La figura dell'assistente sociale è presente in tutti i servizi territoriali rivolti alle famiglie, ai minori, agli adolescenti e alle persone adulte che per ragioni socio economiche, culturali e sanitarie si trovano in situazione di difficoltà o a rischio di esclusione sociale e emarginazione, alle persone disabili e anziane.

In particolare, la professione opera per favorire il buon utilizzo delle risorse presenti sul territorio di riferimento per assicurare la continuità assistenziale della persona.

E' una professione regolamentata, ordinata e individuata da specifiche norme che, però, nei servizi, incontra spesso difficoltà di integrazione, di riconoscimento del ruolo, di autonomia e di responsabilità.

A riguardo, Fp Cgil ha contribuito fattivamente al lavoro dei tavoli ministeriali che hanno prodotto, alla fine del 2010, specifici documenti per l'istituzione dei Servizi sociali professionali in sanità e nel sociale, in parallelo con i servizi delle altre branche professionali e non per più singoli ambiti, prevedendo forti livelli di integrazione.

Ma ciò non appare più sufficiente.

Da un lato, è necessario continuare il percorso per arrivare alla concretizzazione del lavoro sin qui svolto per una maggiore valorizzazione dell'apporto professionale.

Dall'altro occorre avviare un percorso che guardi soprattutto al futuro della professione assegnandogli una nuova funzione strategica e di progettualità per una effettiva innovazione del sistema sociale e sanitario.

3.2. Educatore professionale

Questa professione da tempo vive il paradosso dei corsi universitari a “doppio binario” formativo: la laurea triennale in “Educazione professionale” era ed è conseguibile, con una sconcertante analogia di titoli che origina pericolose ambiguità, sia nella facoltà di Medicina e Chirurgia (titolo di dottore “Educatore professionale”, classe 2 – professioni sanitarie della riabilitazione) che nella facoltà di scienze dell’educazione e della formazione (titolo di dottore “Educatore professionale”, classe L 19 – Scienze dell’educazione e della formazione).

Le norme in tema di accreditamenti, però, prevedono che, nella sanità pubblica, nei servizi integrati e in quelli socio sanitari accreditati, sia possibile assumere solo Educatori professionali della classe 2 che si sono laureati dalla facoltà di Medicina e Chirurgia.

Tuttavia, nonostante le norme, in parecchi servizi gestiti dal privato sono stati assunti gli uni e gli altri, ma, con le procedure di accreditamento, sono sorti gravi problemi che coinvolgono diverse migliaia di professionisti per i quali è a rischio il riconoscimento, talvolta con possibili problemi a livello occupazionale.

Dobbiamo osservare che, in qualità di Educatori professionali, sono stati assunti ed utilizzati per anni lavoratori e lavoratrici di svariati altri profili (psicologi, pedagogisti, esperti di comunicazione, ecc.), tutto ciò rende ancora più complesso il panorama.

In alcuni territori, gli educatori in queste condizioni, per poter mantenere rapporti di lavoro nelle proprie strutture, hanno dovuto accettare cambi di qualifica..

Con le procedure per il riconoscimento dell’equivalenza, che sono state temporaneamente e scelleratamente bloccate dall’intervento di un’associazione professionale, con la complicità di Ministero e Regioni, teso a rivedere, prima di tutto, il decreto sui titoli equipollenti, i lavoratori diplomati sino all’entrata in vigore della Legge 42/1999 potranno vedere riconosciuta la loro professionalità.

Per quelli diplomati dopo, il problema non ha, ad oggi, credibili soluzioni.

L’unica esperienza concreta, bocciata però dalla magistratura costituzionale, è quella del Piemonte, dove, la Regione, nel 2009, d’intesa con le Università, ha individuato percorsi che, anche con integrazioni formative, avrebbero potuto permettere a tutti gli Educatori dipendenti di poter conseguire il titolo di studio idoneo con la garanzia di mantenere, nel frattempo, il posto di lavoro

Questa situazione, è l’esempio concreto dei danni causati dalle distorsioni nei rapporti tra i diversi livelli decisionali, dall’incompleta attuazione delle norme specifiche come la Legge 328/2000 e dall’assenza di coordinamento fra le istituzioni formative universitarie, il Ministero della salute e le Istituzioni interessate.

Per quanto sopra, c’è la necessità urgente di intavolare una seria discussione di merito con tutti i livelli decisionali, al fine di completare il percorso dell’equivalenza.

Va inoltre segnalata la presenza nelle scuole della figura dell'educatore di sostegno, che chiamiamo così per definirne il ruolo, che può essere variamente denominato, a seconda del territorio in cui opera, e che lavora direttamente con i minori con disabilità.

Si tratta di una figura molto importante e di alto livello di integrazione per i bambini con disabilità nelle scuole di ogni ordine e grado, che si interfaccia con tutte le figure professionali, dall'Educatrice dell'Asilo Nido, alle insegnanti delle classi, fino ai dirigenti scolastici o i pedagogisti, ma che ad oggi è ancora fortemente penalizzata.

La figura professionale dell'educatore nelle scuole nasce per riempire vuoti di gestione della presa in carico degli alunni con disabilità, completando il sostegno offerto dallo Stato e cercando di garantire una copertura adeguata che possa permettere un percorso educativo efficiente ed integrato.

L'educatore opera su aree di intervento oggetto di una specifica azione didattica da parte dei docenti curricolari e di sostegno e si inserisce nell'itinerario già avviato o da avviare, privilegiando, quindi, gli aspetti più strettamente educativi, assistenziali e globali del progetto messo in campo.

Ancora oggi questa figura, che è parte fondamentale del gruppo di lavoro che prende in carico nella scuola gli alunni con disabilità, è ritenuta marginale.

La sua presenza è spesso legata alla presenza dell'alunno assegnato a scuola e soffre una grande precarietà anche in virtù del fatto che non gli è garantita continuità professionale, non solo tra anni scolastici, ma anche tra vari periodi dello stesso anno scolastico.

Riteniamo quindi che su questa precisa figura professionale sia necessario declinare un profilo chiaro e universalmente riconosciuto, che sia parte integrante, come merita, delle équipes pedagogiche e didattiche delle scuole di ogni ordine e grado, per valorizzarne il ruolo, i titoli e comunque la grande esperienza maturata in anni di lavoro di integrazione.

3.3. Operatore Socio Sanitario

La figura professionale dell'OSS è nata nel 2001 nell'intento di diventare l'unica figura assistenziale di supporto e di collaborazione con le professioni sanitarie, con lo scopo di elevare i livelli qualitativi delle prestazioni.

L'OSS rappresenta una naturale evoluzione delle figure preesistenti (OTA, ADEST, ecc.) e, a tutt'oggi, in parecchie regioni non è ancora stata completata la riqualificazione del personale con i titoli preesistenti.

Attorno a questa figura è sorto un business che ha prodotto una smodata proliferazione di corsi, con metodologie didattiche disparate che hanno generato, inevitabilmente, una moltitudine di certificazioni delle competenze pregresse, spesso improprie, con costi, salvo rare eccezioni, a totale carico degli studenti.

Questo sregolato boom formativo non è stato governato in alcun modo dallo Stato e dalle Regioni le quali non solo hanno riconosciuto le scuole di formazione e hanno certificato i titoli acquisiti, ma in alcuni casi hanno utilizzato risorse pubbliche per supportare le sedi formative.

In tal modo e in pochi anni, è fortemente lievitato il numero di questi operatori, probabilmente oltre i fabbisogni reali, ed è diffuso, soprattutto nel privato convenzionato o accreditato, un utilizzo improprio.

Ancora più grave è il fatto che il non governo dell'offerta formativa, ha contribuito ad incrementare il tasso di disoccupazione reale.

Dobbiamo anche ricordare che in alcune Regioni le norme di accreditamento, con il solo obiettivo di ridurre i costi, hanno puntato sull'OSS, soprattutto quello con formazione complementare, utilizzandolo per funzioni che non sono proprie del profilo e, talvolta, per ridurre il numero degli infermieri necessari.

La Fp Cgil ha collaborato alla stesura ed ha sottoscritto, il 4 luglio 2012, assieme alle altre sigle sindacali, alle rappresentanze sociali, al Ministero della Salute e alla Conferenza delle Regioni, un documento di impegno per fare chiarezza sul reale numero degli operatori, sui reali fabbisogni, sul riordino dei sistemi formativi, sulle possibilità di impiego coerenti con il profilo, anche mediante la revisione dei modelli organizzativi, e sulle specifiche attribuzioni.

Il documento è rimasto lettera morta.

Si tratta, in primo luogo, di monitorare la concreta attuazione degli indirizzi formalizzati nel suddetto documento.

Ma ciò non basta.

Dobbiamo mettere in campo una vera e propria azione rivendicativa territoriale volta all'attuazione dei contenuti del documento, anche utilizzando gli spazi che i CCNL prevedono in ordine al coinvolgimento delle RSU in tema di organizzazione del lavoro, dotazioni organiche, formazione.

4. DOCUMENTI SPECIFICI IN ATTESA DI APPLICAZIONE

Fp Cgil, in materia di professioni ed organizzazione dei servizi, ha già elaborato e firmato, unitariamente a Cisl Fp, Uil Fpl, Ministero, Regioni e rappresentanze professionali, alcuni importanti documenti che, nonostante il valore dei contenuti e l'adeguatezza ai problemi affrontati, sono tuttora in attesa di applicazione.

Si elencano, di seguito, i documenti prodotti:

1. Servizio Sociale Professionale nel SSN e ruolo degli Assistenti sociali (29/10/2010)
2. Servizio Sociale Professionale negli Enti Locali e ruolo degli Assistenti sociali (ottobre 2010)
3. Ruolo, funzioni, formazione e programmazione del fabbisogno dell'Operatore Socio Sanitario (4/07/2012)

5. PER UNA NUOVA STAGIONE CONTRATTUALE, EQUA, SOLIDALE, INCLUSIVA E IN LINEA CON I BISOGNI DEI CITTADINI

Ogni azione e intervento nel campo delle professioni socio sanitarie ed educative non può essere disgiunto dai Contratti nazionali di lavoro, anzi è all'interno di questi che devono trovare compiuta definizione.

Sono i CCNL che devono farsi carico di individuare e disciplinare, in modo uniforme fra le diverse aree, pur salvaguardando le specificità e le diverse professionalità, in un rapporto sinergico con il percorso giuridico.

In altre parole, l'autorità contrattuale è primaria rispetto alla definizione e alla regolamentazione per via legislativa dei nuovi profili e di quelli esistenti che, seppur necessari per l'effettiva tutela della salute e per l'assistenza al cittadino, non sono ancora riconosciuti nel nostro ordinamento.

Oggi si contano ben 22 contratti riconosciuti dal Ministero del lavoro, molti dei quali sottoscritti da organizzazioni sindacali e datoriali non rappresentative.

Sulla base di questi contratti, caratterizzati da una scellerata rincorsa al ribasso, le Regioni definiscono le loro tariffe.

L'accordo sulla rappresentanza è un primo importantissimo passo che potrà impedire non solo un'ulteriore parcellizzazione dei CCNL, ma contiene in sé l'opportunità di recuperare e ridurre l'abnorme numero dei CCNL applicati nei settori privati.

Ne consegue che l'ipotesi di una semplice manutenzione dell'attuale sistema contrattuale rischia di non intercettare e governare i cambiamenti radicali che investono i nostri settori in questa particolare stagione politica ed economica, determinando il rischio di un'iniziativa fortemente non contestualizzata e priva d'incisività.

È necessario, invece, riaffermare la compiuta e stringente relazione tra la difesa e l'ampliamento del sistema del welfare, di cui ha necessità il paese, e la valorizzazione del CCNL quale strumento per la sua efficacia e come mezzo per la riunificazione del mondo del lavoro.

In questa direzione la riduzione dei contratti nazionali di lavoro e l'ampliamento delle aree d'applicazione rappresenta un obiettivo primario.

La frammentazione degli attori, degli interventi e delle responsabilità, unitamente all'assenza di un sistema di garanzie contrattuali, sono i punti di crisi dell'attuale situazione.

Ne deriva la necessità di affermazione di un percorso di omogeneizzazione contrattuale che tenga conto della prevalente attività, articolato in tre direttrici principali: area clinica, area socio-sanitaria riabilitativa e area sociale-educativa; per ognuno di questi è necessario determinare la linea mediana ed il contratto di riferimento merceologico.

Questo consentirebbe anche di mettere in questione finalmente e seriamente l'applicazione di contratti diversi nello stesso luogo di lavoro.

Solo in questo modo è possibile agire verso il progressivo superamento delle differenze di inquadramento contrattuale, sia dal punto di vista salariale che in una ridefinizione delle declaratorie dei profili professionali, per addivenire al riconoscimento della stessa retribuzione a parità di lavoro e di professionalità, nonché continuare nel processo di omogeneizzazione dei diritti.

E' all'interno di questo processo di omogeneizzazione che può e deve essere rinnovata una cultura della solidarietà, la sola che può contrastare spinte corporative promosse da un proliferare di associazioni di mestiere e di qualifica, le quali, avulse da una visione di confederalità, possono, magari involontariamente, contribuire ad un'ulteriore frammentazione del sistema di welfare.

Abbiamo più volte affermato che è dirimente un ripensamento e una riorganizzazione complessiva dei sistemi di formazione; per farlo sono indispensabili interventi normativi coordinati fra tutti i soggetti istituzionali interessati.

Tuttavia, a noi appare chiaro che lo strumento contrattuale non solo può e deve accompagnare questo percorso, ma può in qualche misura anticiparlo, attraverso una regolamentazione più stringente in termini di formazione, qualificazione, riqualificazione e aggiornamento professionale, ai fini di dare una congrua risposta ai bisogni del cittadino, di valorizzare le professionalità esistenti, di innalzare i livelli qualitativi del lavoro e il benessere organizzativo nelle strutture.

Allegato 1: tabelle e grafici

	emilia romagna pubblico	emilia romagna privato	piemonte pubblico	piemonte privato	valle d'aosta pubblico	valle d'aosta privato	bolzano pubblico	bolzano privato	marche pubblico	marche privato	calabria pubblico	calabria privato	veneto pubblico	veneto privato	Totale
educatore prof.sanità	51	192	271	114	8	0	190	0	140	0	260	0	726	913	2865
educatore prof.sci.form.	176	664	5	193	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	1055
educatore prof.altro	146	551	17	73	0	17	182	0	0	0	280	0	0	421	1687
educatore senza titoli	238	896	0	0	0	34	60	0	454	0	0	0	0	0	1682
ed.infanzia/sostegno	0	0	0	0	50	249	311	0	0	0	80	0	0	0	690
o.s.s.	7706	5691	73	486	232	183	978	0	0	0	1097	0	0	4013	20459
o.t.a. Adest o.s.a. Altro	0	1423	0	497	56	408	2508	0	0	0	113	0	0	315	5320
totali	8317	9417	366	1363	346	908	4229	0	594	0	1830	0	726	5662	33758

Note:

- 2 educatore professionale come da D.M. 520/98 ed equipollenti e tecnico della riabilitazione
- 3 educatore professionale con laurea in scienze dell'educazione/formazione
- 4 educatore professionale da attestato/diploma regionale anche con percorso specialistico
- 5 educatore senza percorso formativo
- 6 educatrice asili nido con percorso scolastico magistrale, formazione o laurea successive e operatori di sostegno scolastico alla disabilità
- 7 operatrici socio sanitarie
- 8 qualifiche dell'assistenza di base regionali con percorsi formativi < O.S.S., assistenti senza titolo

C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P

Fotografia 2011

Fotografia 2011

Piemonte pubblico: dato E7 desumibile

Piemonte privato: dato o.s.s.assistenti desunto come sopra (totale operatrici 1056)

Valle d'Aosta pubblico: copertura del campione pari al 50 % del totale delle addette sulle professioni dell'assistenza

Valle d'Aosta privato: copertura del campione pari al 90 % ca. del totale addetti, fotografia al 2013

Provincia di Bolzano pubblico: dati comprensivi di personale addetto pubblico privato, fotografia al 2011

70% di personale pubblico ca.

Provincia di Bolzano privato: dati non scorporati dal precedente

Marche: dati comprensivi di personale addetto pubblico privato, fotografia al 2013

Marche: dati non scorporati dal precedente

Calabria pubblico: dati comprensivi di personale addetto pubblico privato, fotografia al 2013

Calabria privato: dati non scorporati dal precedente

Veneto pubblico: O2 non scomposto nelle due lauree principali

Veneto privato: fotografia al 2013

Convegno nazionale FP CGIL – Bologna, 18 aprile 2014

“Salute bene comune: le professioni socio sanitarie ed educative per la qualità delle prestazioni, per i diritti di cittadinanza”

tot.educatori prof.sanità	2865	35,91%
tot.educatori prof. sc.form.	1055	13,22%
tot.educatori prof. Altro	1687	21,14%
tot.educatori senza titolo	1682	21,08%
tot.educatori infanzia/sostegno	690	8,65%
	7979	100,00%

O.S.S.	20459	79,36%
OTA,ADEST,OSA,ALTRO	5320	20,64%
	25779	100,00%

tot.educatori prof.sanità	1646	tot.educatori prof.sanità	1219
tot.educatori prof. sc.form.	181	tot.educatori prof. sc.form.	874
tot.educatori prof. Altro	625	tot.educatori prof. Altro	1062
tot.educatori senza titolo	752	tot.educatori senza titolo	930
tot.educatori infanzia/sostegno	441	tot.educatori infanzia/sostegno	249
Pubblico	3645	Privato	4334

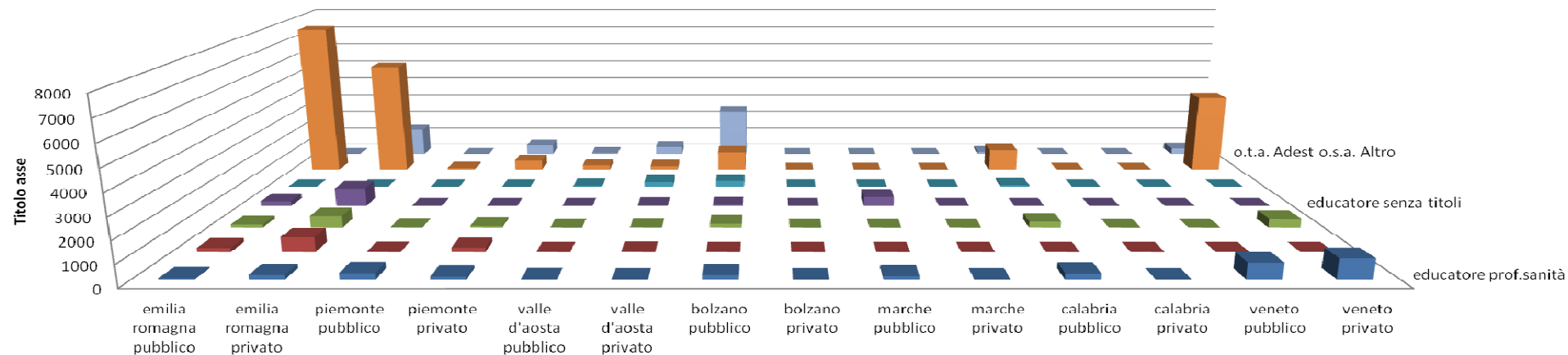
O.S.S.	10086	79,03%
OTA,ADEST,OSA,ALTRO	2677	20,97%
	12763	100,00%
Pubblico		

O.S.S.	10373	79,69%
OTA,ADEST,OSA,ALTRO	2643	20,31%
	13016	100,00%
Privato		

**RAPPORTO OPERATORI
PUBBLICI/PRIVATI**

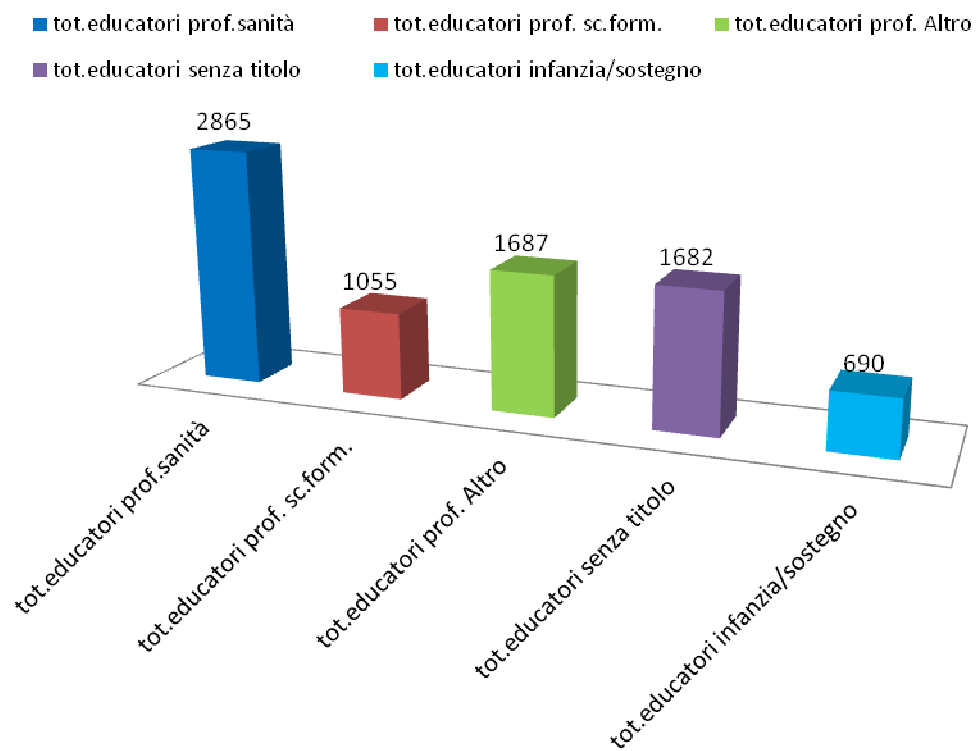
Pubblico	16408	48,60%
Privato	17350	51,40%
	33758	100,00%

dato nazionale

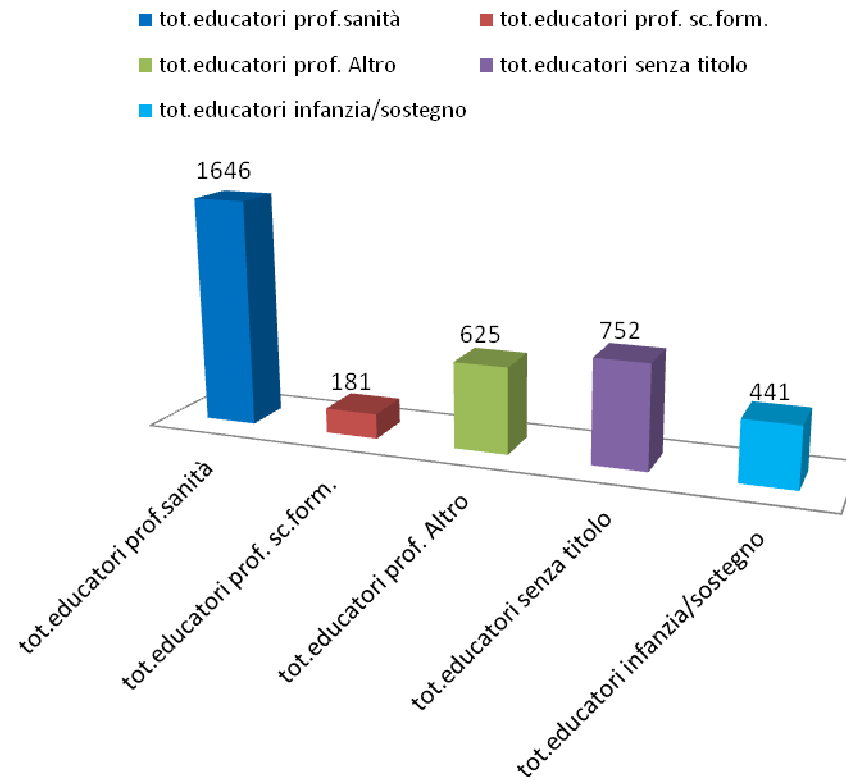


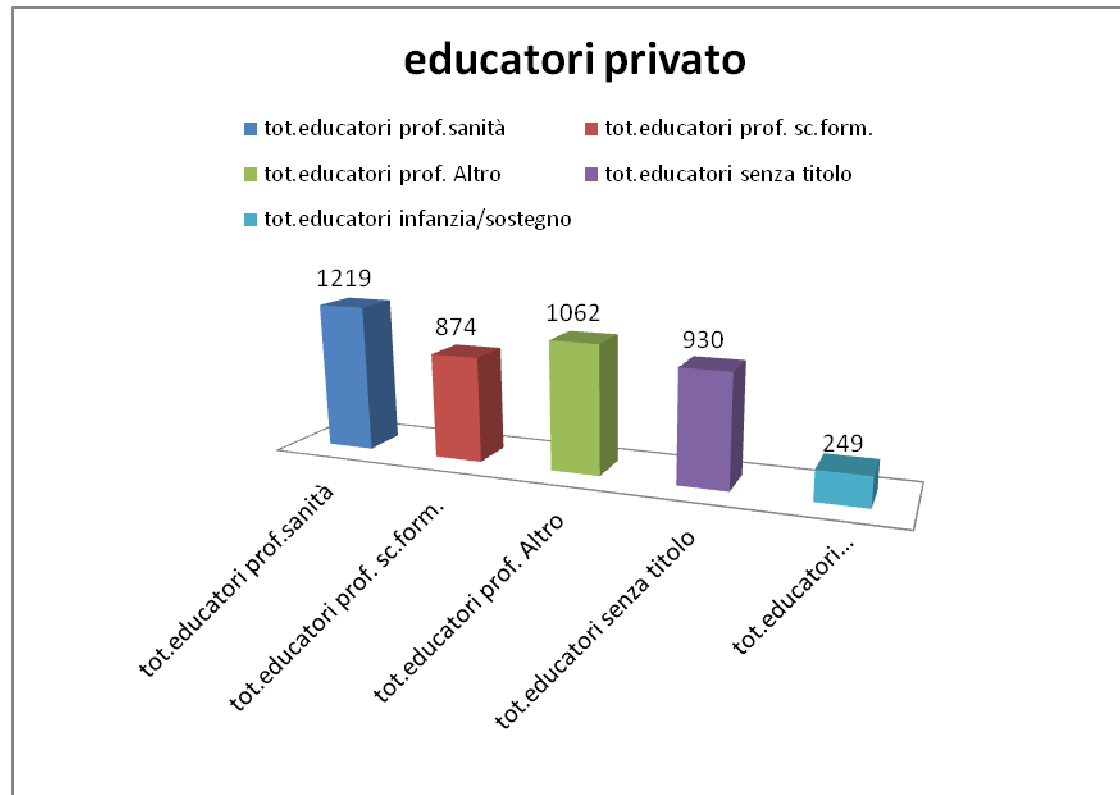
	emilia romagna pubblico	emilia romagna privato	piemonte pubblico	piemonte privato	valle d'aosta pubblico	valle d'aosta privato	bolzano pubblico	bolzano privato	marche pubblico	marche privato	calabria pubblico	calabria privato	veneto pubblico	veneto privato
■ educatore prof.sanità	51	192	271	114	8	0	190	0	140	0	260	0	726	913
■ educatore prof.sci.form.	176	664	5	193	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0
■ educatore prof.altro	146	551	17	73	0	17	182	0	0	0	280	0	0	421
■ educatore senza titoli	238	896	0	0	0	34	60	0	454	0	0	0	0	0
■ ed.infanzia/sostegno	0	0	0	0	50	249	311	0	0	0	80	0	0	0
■ o.s.s.	7706	5691	73	486	232	183	978	0	0	0	1097	0	0	4013
■ o.t.a. Adest o.s.a. Altro	0	1423	0	497	56	408	2508	0	0	0	113	0	0	315

dato nazionale educatori



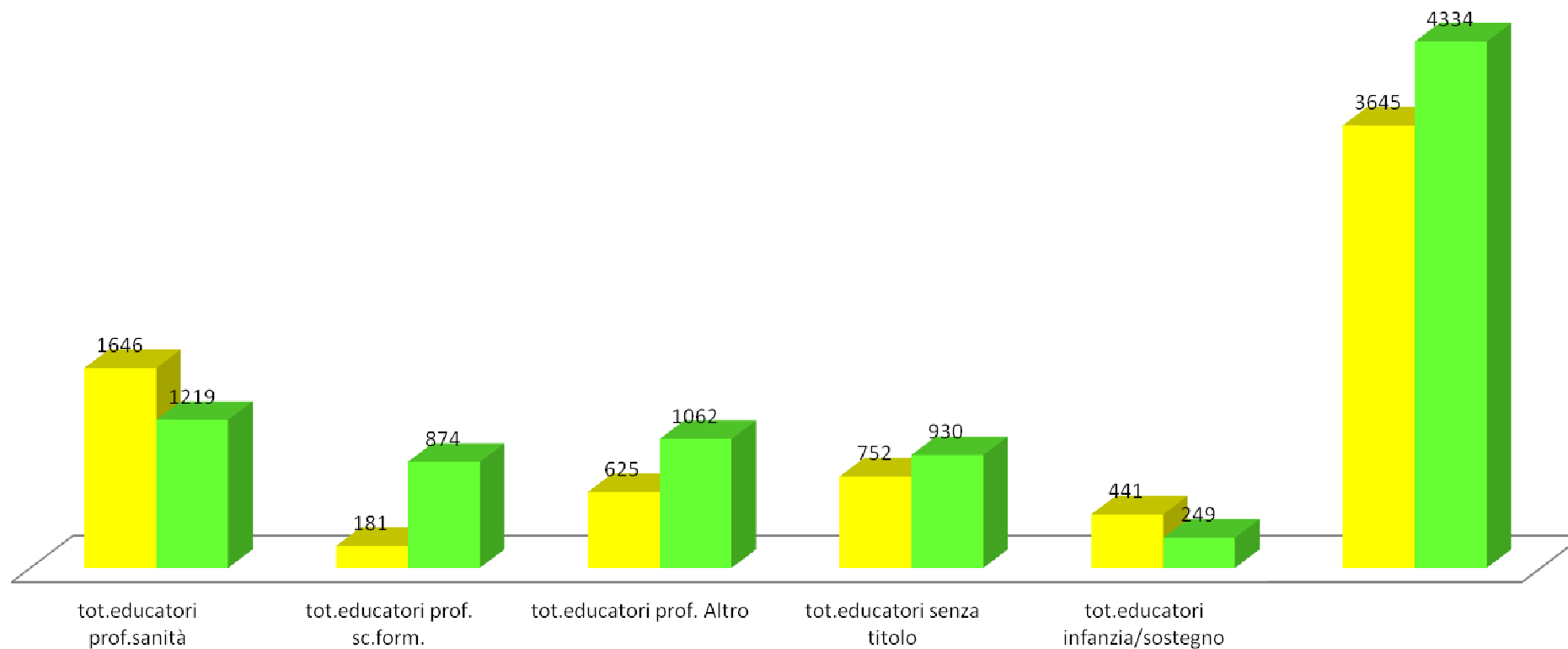
educatori pubblico





Educatori dati nazionali Pubblico-Privato

■ Pubblico ■ Privato

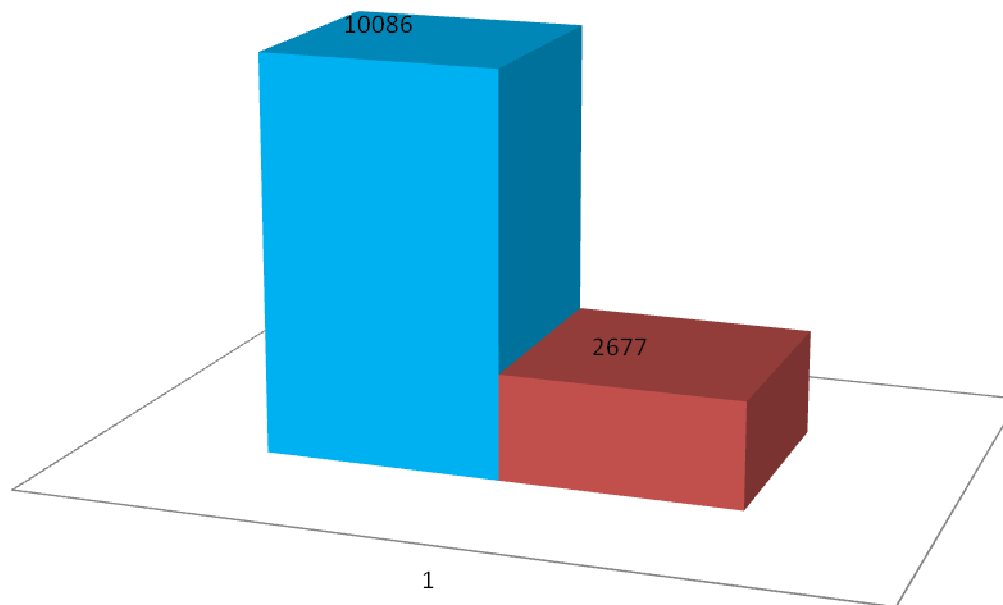


Convegno nazionale FP CGIL – Bologna, 18 aprile 2014

“Salute bene comune: le professioni socio sanitarie ed educative per la qualità delle prestazioni, per i diritti di cittadinanza”

dato nazionale oss-ota ecc...

■ O.S.S. ■ OTA,ADEST,OSA,ALTRO



dati nazionali OSS,OTA,ADEST,OSA,ALTRO Pubblico - Privato

