

anno 2018

Human Caring Sanità
Sindacato professionale di categoria
Operatori Socio Sanitari



Chi siamo - Analisi - Obiettivi - Proposte

RSU

Carta dei servizi

Indice

- Chi siamo SHC – MIGEP pag. 4**
- Statuto SHC pag. 7**
- Analisi di un profilo pag. 8**
- Oss terzo settore pag. 9**
- Il primo passo uscita dal ruolo tecnico - area socio sanitaria pag. 9**
- La differenza tra sanitario – sociale - area socio sanitaria pag. 10**
- Un progetto europeo pag. 10**
- Oss Complementare pag 11**
- Sviluppo delle risorse umane in sanità pag. 11**
- C'è la necessità di avere un sistema sanitario solido pag 11**

Obbiettivi

- Albo pag. 13**
- Formazione continua ECM pag. 13**
- Lavoro usurante pag. 13**
- Team assistenziale - assicurazione pag. 14**
- Precariato pag. 14**

Proposte

- Libera professione pag. 14**
- Oss tutor pag. 14**
- Disoccupazione - Turn - over pag. 15**
- C.S.S. figura intermedia pag. 15**
- La formazione pag. 17**
- Contratto pag. 17**
- Fascia C pag. 18**
- Indennità pag. 18**
- Competenze - Nuove competenze pag. 19**
- Nuove sfide pag. 20**
- Anagrafe nazionale pag. 20**

- RSU pag. 20**
- Sciopero pag 21**
- Codice Deontologico pag 26**

Chi siamo?



Human Caring, sindacato professionale di categoria dell'Operatore SocioSanitario: nasce come esigenza della categoria oss. In data 21 maggio 2017 si sono riuniti i fondatori del Migep Federazione delle Professioni Sanitarie e Socio Sanitarie con l'intento di creare una rappresentanza sindacale delle professioni socio sanitarie per un'attività politica istituzionale su temi d'interesse comune a livello nazionale, che operi sui tavoli tecnici operativi, obiettivi di massimo

interesse comune, costruendo un progetto con metodologie di lavoro, formazione e aggiornamento. Il 29 settembre 17 in una assemblea nazionale a Roma nelle sale del Ministero dei Beni Culturali, con la presenza di molti oss viene siglato lo statuto che viene registrato all'Agenzia delle Entrate in data 6 ottobre 17 n° 6270 serie 3 codice fiscale n° 97282541008. Vengono integrate le modifiche, allo statuto, registrandole all'Agenzia delle Entrate il 12 febbraio 18 con n°944. Shc pone degli obiettivi importanti per la categoria, in risposta alle nuove realtà e con uno sguardo al futuro e alle linee europee. L'Oss è una professione mai sbocciata, o forse mai nata davvero, relegata ad un profilo tecnico con un inquadramento obsoleto rispetto alla realtà operativa che la categoria di lavoratori affronta ogni giorno; una professione con un profilo che viene attuato come un mansionario, senza nessuna autonomia, che porta il lavoratore, al pari di altri colleghi (infermieri generici e puericultrici), ad una disparità di riconoscimenti contrattuali rischi e responsabilità senza dimenticare, che ad oggi ancora manca una presa di coscienza reale dell'applicabilità del profilo oss su ciò che può o non può compiere, generando ulteriore confusione e rischi per l'utenza e per i lavoratori. In questo panorama il sindacato shc si impegna a livello nazionale per il raggiungimento di un riconoscimento professionale concreto del profilo e della professione. Il tema della Formazione poi, è forse il più scottante, disomogenea, scarsa in termini di ore e spesso in termini di qualità, rispetto ai colleghi europei. Corsi la cui quasi totalità è a pagamento, affidata ad enti formativi privati, che negli anni produce un fenomeno che possiamo chiamare "diplomificio" che non denota un interesse conoscitivo sulla Domanda e Offerta e Qualità che produce falsi professionisti e disoccupati. Human Caring pone dunque sul piano nazionale, con gli strumenti idonei e nei meccanismi giusti la sua MISSION e il suo programma.

M.I.G.E.P Federazione delle Professioni sanitarie e sociosanitarie, è nato il 20-12-2000, e si è costituito statutariamente il 14-09-2001 a Verbania in una riunione di 50 rappresentanti di ogni regione d'Italia. Lo statuto viene registrato il 29-11-2001 con n° 003262 serie 3 E, con relativo codice fiscale n°97621800016; Il Migep nasce sotto l'impulso di alcuni infermieri generici e puericultrici, che con la legge 42/99 sono stati esclusi dall'area sanitaria, la più grande ingiustizia del sistema sanitario. Da queste prerogative prese corpo l'effettiva necessità di creare un organismo che si prendesse carico dei problemi che affliggono queste categorie, cercando di risolvere le situazioni più penalizzanti che gravitano sui lavoratori. Il 5 maggio 2001 in assemblea nazionale a Firenze, il movimento adotta con regolare votazione la costituzione del Coordinamento Collegiato MIGEP, aperto anche agli OTA, ASSS, OSA, Adest e alla nuova figura OSS. Nel 2002 viene approvato il codice deontologico. Nel 2004 presenta al Ministero della Salute il riconoscimento del migep **nell'anagrafe delle professioni sanitarie, fa Istanza di Riconoscimento Associazioni Scientifiche Tecnico Professionali** in conformità al D.M. 31/05/2004. Nel 2005 il migep riesce a sensibilizzare i sindacati su questa ingiustizia e a riportare nel contratto l'area sanitaria per gli inf. generici e puericultrici con il passaggio in fascia C con concorso interno. In tutti questi anni anche altre categorie avevano la necessità di essere tutelate nei loro diritti inascoltati, e chiesero di entrare a fare parte della Federazione Migep (OSS – Ota ecc). L'anima del Coordinamento è rappresentata dagli iscritti di varie categorie che pagano regolarmente la quota d'iscrizione (31 euro anno solare), sono muniti di tesserino che attesta l'appartenenza a tale organismo e, da tali quote d'iscrizione trae sostentamento per affrontare spese riguardanti assemblee, congressi, spese di viaggio, fotocopie e tutto il materiale cartaceo essenziale per l'informazione verso gli iscritti e non e il mantenimento del sito www.megep.it. In questi 17 anni il Migep è cresciuto esponenzialmente e maggiormente configurandosi sempre più come associazione di rappresentanza degli OSS e si è impegnato con strumenti di sensibilizzazione nei temi più importanti. Dal 2001 Migep si è presentato con convegni e manifestazioni in molte regioni, portando l'oss in convegni presso il Senato della Repubblica, da tre anni nel Forum di Risk Management Sanità a livello Scientifico, al Congresso Nazionale S.I.S 118 con uno spazio dedicato all'oss (2017), eventi di un certo spessore che ha permesso all'oss di essere visibile. Il Migep si è sempre avvalso del supporto democratico di sigle sindacali in coerenza, di professionisti, di personalità rappresentative delle istituzioni. Ed è il Migep con la categoria OSS che in questi anni ha portato avanti quella che ora è la chiave di svolta della figura, il riconoscimento **dell'area sociosanitaria** e la sua istituzione. Dal 2010 al 2012 Migep ha fatto **parte del tavolo istituzionale ministero-regioni su ruolo, funzioni, formazione e programmazione del fabbisogno dell'operatore socio sanitario**, in quanto associazione rappresentativa, assieme a Conferenza Stato-Regioni, Ipasvi, organizzazioni sindacali, collegio ostetriche e Ministero della Salute, **sottoscrivendo nel 2012** un documento di linee importante per

l'oss. Migep ha lavorato nel dialogo e nel confronto per lungo tempo, stimolando i meccanismi sani (regioni, politici, vari istituzioni, sindacati, sulla 502/92 art 3 octies “**area socio sanitaria**” e all’analisi del documento firmato **sull’oss nel 2012**. Il documento firmato nel 2012 non venne più preso in considerazione dal nuovo Coordinatore della Conferenza Stato Regioni, fino all’atto di indirizzo della Conferenza Stato Regioni nel 2016 che richiamava per l’oss la 502/92 art 3 octies “**area socio sanitaria** e al ddl Lorenzin nel 2017 con l’inserimento di un emendamento, **area socio sanitaria per l’oss**, per diventare nel 2018 legge di Stato firmato dal Capo dello Stato il 15 gennaio 2018, per uscire sulla gazzetta ufficiale il 31 gennaio 18) che oggi hanno portato questa voce **Area SocioSanitaria**. Migep è “**Albo**”, Il tema dell'albo come già detto nel paragrafo dedicato è utile e necessario per dare alla categoria professionale una svolta decisa, parte di un "asset" fondamentale. Come recita nella legge "Lorenzin", si danno indicazioni per le federazioni di categoria di richiedere la formazione tramite esse di albi professionali e quindi ipoteticamente un collegio, servono dunque i numeri, regolamentati nel documento della legge. Human Caring lavora anche su questo fronte per dare la possibilità di sostenere entrambe le istituzioni (Migep e SHC). Pensiamo e crediamo che con questo meccanismo si possa cominciare a formare quanto detto, questo è un altro, dei nostri obiettivi.....Ma alcuni si sono dimenticati della loro storia, della nostra storia, in tutti questi anni, ha, unito e insieme, fatto convegni, incontrato Istituzioni, fatto manifestazioni, visibilità a 360° e siamo arrivati ad "AREA SOCIO SANITARIA".



Statuto Human Caring "Autonomo, Libero, Indipendente." E' un sindacato libero, indipendente ed apartitico, non corporativo, che fra i suoi scopi ha quello di mantenere la sua originaria e naturale caratteristica confederale e di autonomia, non ha fini di lucro, è indipendente da partiti politici, la durata del sindacato SHC Sanità Human Caring è illimitata. È costituita dai dipendenti delle strutture sanitarie pubbliche, private, terzo settore e sociale, OSS Scuola. La sua finalità è quella di costituire una federazione nazionale che operi sui tavoli tecnici operativi, obiettivi di massimo interesse comune costruendo un progetto con delle metodologie di lavoro, formazione, aggiornamento con una chiara collocazione giuridica delle categorie ivi rappresentate. [tratto da Statuto Human Caring] - Human Caring nasce come sindacato professionale di categoria. Non è un sindacato generale o generico e trova luogo nei posti di lavoro, le sedi sindacali sono le aziende stesse e i suoi rappresentanti. Non è un coordinamento o una strutturazione di altri sindacati, Human Caring si muove autonomamente e ha chiaro il suo obiettivo. La sua struttura è impostata prettamente sul contesto lavorativo dei suoi iscritti e delegati rappresentanti nelle aziende, sia del settore pubblico che privato e terziario. Come recita lo statuto di Human Caring, può, "Su mandato del consiglio nazionale SHC fare accordi di adesione con sigle sindacali autonome firmatari e non firmatari di contratto, accordi di adesione a Confederazioni autonome e rappresentative, estendere la competenza del SHC Sanità con comparti a livello nazionale ed europeo articolando la propria attività nel rispetto delle norme nazionali ed europee a condizione che i rispettivi statuti non siano incompatibili e perseguano fini comuni. Tale adesione comporta la sommatoria degli iscritti ai fini della rappresentatività, il costo e **di 8 euro** al mese. Possono essere previsti progetti d'intesa e percorsi associativi paralleli, sperimentali e transitori o dipartimenti il cui intento risulti essere di giovamento per le parti". Sindacato Human Caring (SHC) vuole fortemente unire tutti gli Oss creando una categoria forte e coesa in grado di imporsi a livello nazionale in modo autonomo e indipendente da legami di sorta. All'interno ha dei dipartimenti di categoria con i propri responsabili nazionali che fanno parte del direttivo nazionale SHC, l'obiettivo è di restituire alle categorie un servizio di tutela sindacale e di rappresentanza a livello nazionale. Come da statuto si definisce "apolitico", precisazione importante che vuole lasciare fuori interessi di parte, costituendo un sindacato professionale di categoria specifico.

Presente alle elezioni RSU con i propri delegati rappresentanti Human Caring, possiamo dire che è l'unico sindacato fatto da OSS.

Analisi di un profilo

PROFILO - OSS, quale figura tecnica di interesse sanitario, non essendo personale laureato (vedi legge n. 43/2006), ed avendo caratteristiche specifiche di ausiliarità assistenziale, non ha potere decisionale su funzioni che non gli competono e si attiene alle indicazioni e prescrizioni dell'infermiere o altre professioni sanitarie (es. ostetrica, fisioterapista, etc). In questi 15 anni molte cose hanno subito modifiche nel panorama del sistema professionale sociosanitario; Ovvero gli "infermieri professionali" sono scomparsi come categoria professionale lasciando luogo al solo titolo di Infermiere (laurea). Ma c'è bisogno di una lettura attenta, dovuta e approfondita per capire quale è la reale posizione giuridica dell'operatore sociosanitario. Bisogna partire dalla cassa integrati della fiat, da tante figure regionali con diversi nomi e dall'Infermiere generico figura ad esaurimento ha creato la necessità di unificare e costituire l'oss. L'oss ha "ereditato" gran parte delle mansioni della vecchie figure (asa- osa- Adest- ota – adb ecc), relegandolo ad una figura non sanitaria ma tecnica e, quindi, prettamente di "supporto"; Questa incongruenza ha trascinato 15 anni di polemiche e problematiche ai lavoratori Oss, oggi addirittura il divario si è fatto maggiore per via che l'infermiere "professionale" è anch'esso scomparso lasciando solo la figura, sempre più intellettuale, (DI INFERMIERE DIVENTANDO ORDINE). Appare chiara la necessità non solo di colmare, ma di riavvicinare le figure ponendole a profili paralleli evitando sovrapposizioni e parcellizzazioni riguardanti ruolo, competenze, mansioni e responsabilità. La formazione degli OSS (oltre 200 mila formati) è attualmente in una fase di disorientamento generale, si parla di una professione nascente, ma in realtà è evidentemente una professione trascurata, senza omogeneità, spinta ad adattarsi alle richieste dell'emergenza infermieristica che ha caratterizzato il Paese negli ultimi anni anche attraverso la libera professione.

Soluzione:

- a. ridefinire le competenze e le responsabilità degli oss
- b. Sospendere le delibere regionali sulle vecchie figure ota – osa – asa – adest ecc poiché non incentivano tale trasformazione è pertanto necessario completare in tutte le regioni il processo di riqualifica in oss facendo in modo da ottimizzare i profili presenti nel sistema sanitario
- c. Rilevare i numeri reali degli oss ad oggi formati e impegnati nei settori sanitario e socio sanitario (pubblico, privato e terzo settore)
- d. Uniformare e migliorare l'attività formativa con una formazione sanitaria di due anni (1500 ore) – attraverso (istituti sanitari regionali) monitorando il livello di competenza acquisita.
- e. Riconoscere la collocazione dell'Oss nel settore sociosanitario e non in quello tecnico in quanto operatore assistenziale a diretto contatto con il paziente, attraverso l'articolo 3 octies del dlgs 502/92.

OSS TERZO SETTORE migliaia di operatori soci sanitari che operano nel terzo settore spesso sono demansionati e costretti a non utilizzare le proprie competenze, mentre nella sanità privata l'oss in alcune circostanze, si trova a dover svolgere delle azioni che esulano completamente dalle sue competenze. Per chi lavora nei servizi domiciliari, richiede attenzione poiché sono completamente soli e a rischio maggiore, inoltre nel sociale abbiamo ambienti di lavoro in cui gli oss sono abbandonati a se stessi, soprattutto nei turni notturni dove l'infermiere è reperibile o del tutto assente. L'oss non è ancora coinvolto nelle politiche gestionali di pianificazione sugli interventi assistenziali, viene solo considerata una figura di supporto al quale affidare compiti e in certi casi anche alcune competenze infermieristiche, con il pretesto che tutto questo possa favorire l'integrazione armonica del gruppo. Nel decreto dell'oss come più volte ribadito, non esiste questo termine personale di supporto, si parla di collaborazione con l'infermiere nell'assistenza al malato. Come sindacato vogliamo dare una tutela a questa figura iniziando dal carico di lavoro, dai turni.

IL PRIMO PASSO, USCITA DAL RUOLO TECNICO, AREA SOCIOSANITARIA

Per ben 15 anni il migep ha portato avanti questo tema, oggi grazie anche al sindacato SHC siamo riusciti a portare a casa l'area socio sanitaria attraverso una legge di stato "DDL Lorenzin" firmata dal Capo di Stato il 15 gennaio "uscito sulla gazzetta ufficiale il 31 gennaio 18". L'area sociosanitaria per l'oss è il futuro, il trampolino di lancio per la professione, che rispecchia l'impronta che si vuole dare a quello che oggi chiamiamo "sistema sanitario" e che via via la comunità scientifica sta improntando come "sistema salute", in un'ottica di integrazione delle politiche sociali e sanitarie. Si è potuto vedere negli ultimi quindici anni come si sia verificata, dapprima la centralizzazione dei servizi, ospedali regionali, di area vasta, multi-specialistici e poi, quello che sta accadendo ora, ovvero una decentralizzazione degli stessi, in cui gli ospedali ed i poli regionali tendono sempre più ad avere un'ottica di trattamento della fase acuta. Mentre nelle cronicità e nella lungodegenza ci sia un'esportazione verso nuove strutture concepite: case della salute, ospedali di rete, cure intermedie ecc, ovvero strutture sociosanitarie, che integrano servizi di assistenza sanitaria e di base nella cronicità e nella lungodegenza o nel trattamento del post acuzie; un'area necessaria per il progresso del sistema salute a tutto tondo. Nell'ottica dell'adeguamento, vista la desueta articolazione dei ruoli definiti dall'ex DPR 761/79, ruolo sanitario, tecnico, amministrativo e professionale che non permettono di sviluppare un modello dinamico dei profili e dare risposte a sviluppi di carriera professionali; Per anni abbiamo creduto giusto pretendere che l'oss venisse inserito in area sanitaria quindi nel "ruolo sanitario", abbiamo trovato solo muri, fino a comprendere che la strada era un'altra la legge 502/92 più precisamente sull'articolo 3-octies, che già guardava al futuro ma mai attuata per una non comprensione e una non intesa tra le parti (sindacati).

La differenza tra sanitario - sociale e area socio sanitaria; Diciamo dunque che Collocare l'oss in ruolo sanitario accanto all'infermiere significa di nuovo confonderlo, schiacciarlo al di sotto delle altre figure sanitarie "più di rilievo"; Ciò relega l'Oss ad un ibrido tecnico, ostentando ancora che esso sia o debba essere, il prodotto di una risposta del superato infermiere generico e la fusione di figure tecniche, che portano l'oss a definirsi scorrettamente "operatore di supporto". Collocarlo nel sociale significa soffocare tutte le competenze di tipo sanitario-assistenziale - quindi l'oss deve discostarsi completamente dall'infermiere, costruendo un'identità propria con competenze e un profilo singolare che si adoperi, in collaborazione e pianificando, atti che vadano appunto a far da tramite tra il sociale e il sanitario. Appare quindi la risposta giusta riconoscerci come professionisti di punta della nuova Area Sociosanitaria; Area a cui si dà atto con la legge detta "Lorenzin", tema centrale del rinnovo contrattuale 2017, guidato già dall'atto di indirizzo dell'ARAN. In conclusione, sia legislativamente che contrattualmente, l'applicazione dell'Area delle professioni sociosanitarie o Area Sociosanitaria permetterebbe di cancellare e superare la desueta articolazione dei "ruoli" dando inizio ad una nuova "era" del comparto sanità in cui i profili e i professionisti dunque sono accomunati per il tipo di prestazione che offrono, sanitaria o nel nostro caso sociosanitaria... e non sentiremo più parlare di "ruoli."

Un progetto europeo: la determinazione dei fabbisogni formativi di professionisti Il progetto Europeo introduce un sistema di riconoscimento automatico, fondato su principi di formazione comune attraverso la previsione del "Quadro Comune di Formazione", l'obiettivo è quello di introdurre una maggiore automaticità nel riconoscimento delle qualifiche attualmente coperte dal Sistema generale. La formazione dell'oss va quindi rivista per superare i limiti attuali e regolamentare il profilo, in modo che si possa conformare a livello degli altri paesi europei con una formazione sanitaria di due anni (1500 ore) attraverso (istituti sanitari), che servono a migliorare la programmazione formativa e contribuire a dare maggiori e migliori servizi sanitari per adeguarsi alla formazione Europea.

A nostro avviso va proposto

1. formazione attraverso "- istituti sanitari" adeguandola a livello europeo.
2. la previsione dei fabbisogni delle figure assistenziali con linee guida sullo sviluppo delle metodologie,
3. la rilevazione del fabbisogno formativo suddiviso per regioni
4. programmare e uniformare la professione ai criteri fissati dalla Comunità Europea in relazione all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie croniche.

OSS Complementare Le modalità con cui nasce questa figura è ibrida e risente del precedente sistema di regolamentazione dell'esercizio professionale. l'Accordo della Conferenza Stato Regione nella seduta del 16 Gennaio 2003 chiarisce che l'O.S.S. con formazione complementare è sotto la supervisione dell'infermiere e mai si sostituisce allo stesso; poiché l'OSS C non è una figura a sé. C'è da chiedersi se tale figura è utile. A nostro giudizio: prima bisogna fare chiarezza sul ruolo effettivo dell'OSS, non è pensabile ad assecondare le spinte di alcune Regioni verso l'OSSS (OSS specializzato), per questioni speculative, anche perché i CCNL pubblici e privati non riconoscono questo profilo e le funzioni e quindi, del necessario inquadramento giuridico ed economico. Non è assolutamente sufficiente ed idoneo a motivare adeguatamente lo svolgimento delle stesso con la soppressione di alcune competenze infermieristiche che loro stessi andranno a sopperire, incidendo in materia parallela, ma su piani completamente diversi di assistenza di cui non si tiene conto delle complessità assistenziale, riducendole a semplici prestazioni con effetto di ridurre il livello qualitativo, inducendo confusione e disconoscenza dei ruoli. Il gioco al ribasso è solo per compensare la carenza infermieristica e a livello economico.

Sviluppo delle risorse umane in sanità Si deve parlare di sviluppo delle risorse umane in sanità poiché riteniamo che la pianificazione, gestione e sviluppo richiedano un approccio interdisciplinare e intersettoriale riconoscendo i ruoli e valorizzando le diverse discipline.

1. sviluppare le competenze del personale presente negli enti,
2. sviluppare le abilità professionali
3. fare evolvere le competenze, nuove e avanzate
4. definire le modalità per la formazione continua, rispetto ai cambiamenti di ruolo o di ambito di esercizio
5. stabilire l'impatto sulle responsabilità

I bisogni fondamentali del personale devono essere ben articolati in questo modo sarà possibile ridurre le duplicazioni e le sovrapposizioni tra il lavoro degli infermieri e quello di altri operatori sanitari. Il raggiungimento del livello di qualità degli oss deve essere imprescindibile, non di meno la loro presenza quantitativa, deve essere in numero sufficiente e deve essere adeguatamente formato, per fornire servizi di qualità in grado di garantire la risposta ai bisogni di salute di tutti i cittadini.

C'è la necessità di avere un sistema sanitario solido, con personale formato e competente

- garantire un'istruzione di qualità, omogenea su tutto il territorio Nazionale
- formazione attraverso scuole professionali specializzate come chiave per lo sviluppo della qualità e l'uniformità della formazione

- ridurre la cattiva distribuzione del personale sanitario nel sistema assistenziale
- affrontare la carenza del personale
- determinare gli standard ospedalieri e territoriale
- programmare di conseguenza gli eventuali nuovi fabbisogni
- Promuovere l'aggiornamento permanente per tutti
- introdurre una maggiore automaticità nel riconoscimento delle qualifiche attualmente coperte dal Sistema Generale.

Questo richiede un sistema sanitario che funzioni bene: un numero adeguato di operatori sanitari ben preparati e motivati.



 <p>Sindacato Professionale Human Caring shc.segretenazionale@pec.libero.it shc.nazionale@libero.it tel: 331-8672871 - 393-6313148</p>	 <p>Sindacato Professionale Human Caring shc.segretenazionale@pec.libero.it shc.nazionale@libero.it tel: 331-8672871 - 393-6313148</p>
<p>Alla Segreteria Nazionale Human Caring</p>	<p>All'Amministrazione</p>
<p>Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____ nato/a _____ il _____ residente a _____ Via _____ n. _____ CAP _____ in servizio presso l'Azienda/privati/coop. _____ Regione _____ Provincia _____ Qualifica _____ tel: _____ E-Mail _____</p>	<p>Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____ nato/a _____ il _____ residente a _____ Via _____ n. _____ CAP _____ in servizio presso l'Azienda/privati/coop. _____ Regione _____ Provincia _____ Qualifica _____</p>
<p>Dichiara con la presente di aderire al Sindacato Human Caring Sanità (SHC) e pertanto rilascia delega all'ufficio amministrante le proprie competenze, ai sensi dell'art. 170 della L.312/80 e dell'art.1 del CCNQ 08/02/96 in materia di contributi sindacali, ad effettuare la trattenuta del contributo sindacale a quota fissa mensile di euro 8 (esclusa la 13ma mensilità) con decorrenza _____ Tale delega annulla l'iscrizione ad altre iscrizioni sindacali Riconosce al Human Caring la facoltà di variare in futuro la misura suindicata del contributo sindacale ed in tal caso la presente delega si intende tacitamente confermata per la nuova misura. Il sottoscritto dichiara che la presente delega potrà essere revocata in qualsiasi momento con effetto dal primo giorno del mese successivo alla relativa richiesta. Gli importi mensili trattenuti vanno accreditati sul C.c.b. Banca Prossima Spa IT600835901600100001055544 intestato a (SHC) Sindacato professionale Human Caring Sanità C.F.97825410018 Il sottoscritto riceveva l'informativa attinente l'utilizzo dei dati personali ai sensi dell'art.13 del d.lgs 30/06/2003 n196; Acconsente, per il raggiungimento degli scopi istituzionali e sociali, il trattamento degli stessi sia al datore di lavoro sia all'organizzazione sindacale alla quale fa riferimento l'iscrizione.</p>	<p>Dichiara con la presente di aderire al Sindacato Human Caring Sanità (SHC) e pertanto rilascia delega all'ufficio amministrante le proprie competenze, ai sensi dell'art. 170 della L.312/80 e dell'art.1 del CCNQ 08/02/96 in materia di contributi sindacali, ad effettuare la trattenuta del contributo sindacale a quota fissa mensile di euro 8 (esclusa la 13ma mensilità) con decorrenza _____ Tale delega annulla l'iscrizione ad altre iscrizioni sindacali Riconosce al Human Caring la facoltà di variare in futuro la misura suindicata del contributo sindacale ed in tal caso la presente delega si intende tacitamente confermata per la nuova misura. Il sottoscritto dichiara che la presente delega potrà essere revocata in qualsiasi momento con effetto dal primo giorno del mese successivo alla relativa richiesta. Gli importi mensili trattenuti vanno accreditati sul C.c.b. Banca Prossima Spa IT600835901600100001055544 intestato a (SHC) Sindacato professionale Human Caring Sanità C.F.97825410018 Il sottoscritto riceveva l'informativa attinente l'utilizzo dei dati personali ai sensi dell'art.13 del d.lgs 30/06/2003 n196; Acconsente, per il raggiungimento degli scopi istituzionali e sociali, il trattamento degli stessi sia al datore di lavoro sia all'organizzazione sindacale alla quale fa riferimento l'iscrizione.</p>
<p>Data _____ Firma _____</p>	<p>Data _____ Firma _____</p>

OBBIETTIVI:

ALBO PROFESSIONALE Il Ddl "lorenzini" riordina il sistema di classificazione e di istituzione di Albi, Collegi, Federazioni; Al suo interno troviamo i requisiti e le modalità di creazione e accreditamento per l'istituzione di questi ed è proprio la creazione di un Albo Professionale che ci interessa come passo fondamentale per l'istituzione di una vera categoria di professionisti; Contenuto nell' Art 4, poi purtroppo cancellato, legittimava l'istituzione addirittura di un "Ordine" per le professioni socio-sanitarie e corrispondenti albi, compreso quello degli operatori socio-sanitari. Come già detto purtroppo ciò non è passato e la categoria perde l'opportunità di un' immediatezza del contesto. Fondamentale però, per il futuro degli Oss, la possibilità di raggiungere un albo, così troviamo altri spunti dal Ddl Lorenzini che ci fanno comprendere che andare avanti si può. L'albo, quindi, non è un blasone ma una vera e propria istituzione volta a dare un rilievo alla categoria, importante per l'esercizio professionale, e riconosciuto come tale. Il senso di categoria è proprio questo, risiede nel concetto di "attività professionale volta a.." e in contesti e con target specifici." Una moltitudine di professionisti che svolgono la stessa attività e si erigono a un solo insieme, per noi è la Categoria Oss. Il Sindacato Human Caring si pone questo obiettivo, con la collaborazione fondamentale della federazione MigeP, "federazione delle professioni sanitarie e socio-sanitarie" .

FORMAZIONE CONTINUA Alla luce dell'evidenza che nasce dal contesto che affrontiamo sulla formazione crediamo giusto e corretto dare al futuro "nuovo professionista" Operatore Socio-Sanitario, la possibilità di entrare nei meccanismi dei corsi di aggiornamento ECM; questo per far sì che la categoria sia una professione vera, al passo coi tempi e in costante aggiornamento e non un mero mestiere di nicchia. Ciò è possibile e attuabile attraverso la logica dei "passi" propedeutici l'uno per l'altro, con un riconoscimento professionale e una formazione corretta si può arrivare a questo.

LAVORO USURANTE Il lavoro usurante in ambito sanitario dovrà essere riconosciuto in egual modo per tutti, non è stata prevista nessuna tutela per gli Operatori Socio-Sanitari che svolgono comunque mansioni gravose all'interno del SSN. Dato che ancora mancano i decreti attuativi, bisogna capire dove e come una professione così gravosa sarà tutelata dall'Ape sociale con una forma di pensionamento anticipato senza oneri a carico del contribuente. Il sindacato porrà questo tema alle forze politiche affinché anche l'Oss possa essere riconosciuta come lavoro usurante.

TEAM ASSISTENZIALE - ASSICURAZIONE Lo svolgimento del proprio ruolo nel team assistenziale e nell'organizzazione, è spesso molto differenziato. Questo configura una costante sfida per queste figure al mutare dei modelli e dei percorsi di cura. Per questo riteniamo che, oggi, nella non chiarezza del ruolo, il termine organizzazione diventa difficile da descrivere. L'abilità di questi operatori è quello di affrontare ogni giorno sfide differenti in quanto implica spesso la capacità di andare oltre i propri confini di competenze "abuso di professione". E' evidente che, possono verificarsi errori e in tale contesto, per questo motivo bisogna avere dei meccanismi in grado di tutelare questi operatori attraverso la tutela dalla colpa grave, è una tutela estremamente importante "legge Gelli", come sindacato stiamo cercando una assicurazione che tuteli anche l'operatore socio sanitario.

PRECARIATO Una storia senza fine sebbene le buone intenzioni. Per quanto ci risulta poco o nulla è stato ancora fatto sulla risoluzione del precariato in sanità. Sarà fondamentale dare una stabilizzazione ai precari della sanità al fine di evitare di rendere il nostro SSN sempre più povero e depauperato delle fondamentali risorse umane necessarie al suo funzionamento attraverso procedure concorsuali in modo trasparente chiudendo quel percorso minato da troppe anomalie amministrative e di reclutamento di personale sanitario precario.

Proposte

Libera professione Ciò che non è possibile ignorare, anche se non si conosce, l'esercizio di libera professione degli oss è un tema da approfondire alla luce dei nuovi bisogni dei cittadini malati, viene intesa come una possibile nuova risposta alle necessità emergenti, viene delineata nelle rispettive forme di assunzione nel terzo settore a forma individuale o associata attraverso uno strumento dinamico che permetta di elevare un risparmio economico da parte delle strutture. Manca il concetto deontologico che rileva la valorizzazione professionale.

"Oss tutor" finalità di attività formativa Un progetto molto significativo È un'analisi che rientra a pieno titolo negli interventi previsti per potenziare la formazione dell'oss con l'esigenza di incentivare la congruità fra il percorso e la realtà occupazionale e sociale dell'oss. L'attività dell'oss si svolge in un contesto di profonda e costante evoluzione, quindi, il ruolo del tutor dovrebbe essere chiarito e perfino formalizzato a livello nazionale. Riteniamo che dovrebbe essere ricoperto da un oss già inserito piuttosto che da un infermiere per evitare il più possibile confusione tra posizioni operative differenti. L'OSS tutor, deve essere una guida consapevole formativa degli oss nell'apprendimento di altri suoi pari, si determinerebbe così anche una maggiore acquisizione di competenze specifiche con l'assunzione di responsabilità di merito.

Disoccupazione - Turn-Over La teoria sulla ricerca di lavoro costituisce un importante strumento dell'analisi economica e da numerosi sviluppi di una politica che attua le assunzioni al quanto restrittive. Il perdurare del blocco delle assunzioni ha elevato oltre il limite il livello di disoccupazione, il fenomeno della disoccupazione risulta perciò sottostimato e si continua formare oltre il reale fabbisogno. È quindi importante interrogarsi se alla base di tali flussi vi sia un mutamento nel grado di partecipazione al mercato del lavoro? L'analisi conferma alcune considerazioni emerse nel Nord, infatti, a parità di condizioni, in media un individuo disoccupato ha una probabilità d'impiego sostanzialmente superiore rispetto a uno stesso soggetto residente nel Mezzogiorno, pur essendoci la differenza nella partecipazione tra Centro-Nord e Sud, sebbene rimanga ampia, si aggrava il divario del tasso di disoccupazione. La ripresa ci vuole, ma non basta se manca un ambiente che favorisca la creazione di veri posti di lavoro, pertanto si chiede di interrompere il blocco delle assunzioni, favorendo anche il cambio generazionale e creare tutte le dimensioni del rapporto tra domanda e offerta di forza lavoro.

II C.S.S. FIGURA INTERMEDIA E' una proposta nata al tavolo ministeriale "ruolo formazione e competenze" del 2012 con Ipasvi e integrata dal Migep, un' analisi attenta del fabbisogno e la bozza di un profilo chiamato Collaboratore Socio-Sanitario. Tale proposta però non superò mai il tavolo e lì si concluse. Inutile ora, specificare cosa avrebbe fatto questa figura e come sarebbe dovuta essere nelle competenze e nella classificazione; Più utile è comprendere perché fu proposta e perché, noi come sindacato, la teniamo in considerazione. I mutamenti intervenuti nel Paese negli ultimi decenni, quali l'aumento della speranza di vita, il miglioramento delle condizioni sociali, l'invecchiamento della popolazione e l'espandersi di forme di disagio e di fragilità, inducono al ripensamento dell'organizzazione sanitaria, socio sanitaria e socio assistenziale al fine di promuovere la tutela della salute e il benessere dei cittadini. Le trasformazioni demografiche ed epidemiologiche hanno determinato un cambiamento nella domanda di cure e di assistenza (dalle cure intensive necessarie nelle fasi acute delle patologie, alle cure estensive e continuative nelle diverse condizioni di fragilità), e richiedono approcci diversi per l'organizzazione dei servizi, l'attuazione di modelli operativi e l'applicazione di buone pratiche nell'assistenza alla persona e alla collettività. In questo scenario, tra i diversi obiettivi da raggiungere vi sono anche quelli di realizzare sul territorio nuove modalità di presa in carico della persona con patologie a lungo decorso, di garantire la continuità assistenziale e di superare la centralità dell'ospedale. L'integrazione dei servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali passa attraverso l'interazione e la collaborazione multi professionale e interprofessionale di medici di medicina generale, medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, ostetriche, infermieri generici, infermieri psichiatrici, puericultrici, assistenti sociali, operatori socio sanitari e altre figure di assistenza alla persona (professionisti sanitari, AAB, OSA, assistenti

familiari, ecc.). La riorganizzazione non può prescindere dalla ricerca scientifica, dallo sviluppo tecnologico, dalla sostenibilità economica del sistema e dalla tensione costante ad alcuni principi:

1. la centralità della persona (famiglia / caregiver / comunità);
2. l'effettuazione di processi assistenziali basati sull'evidenza ed attuati con l'utilizzo di metodi e strumenti focalizzati sulla valutazione della complessità dell'assistito;
3. il mantenimento di un servizio a governo pubblico orientato all'innovazione, alla ricerca, alla flessibilità organizzativa e assistenziale e alla sostenibilità economica;
4. la valorizzazione delle risorse umane e l'efficiente utilizzo delle risorse tecnologiche ed economiche;
5. l'implementazione e attualizzazione di specifici percorsi formativi;
6. la modernizzazione dei meccanismi contrattuali per percorsi professionalizzanti e di carriera coerenti con il nuovo scenario socio sanitario.

Tale scenario richiede alle professioni sanitarie - socio sanitarie e sociali l'adeguamento delle competenze e la capacità di collaborare e cooperare su obiettivi e programmi assistenziali predefiniti e valutabili attraverso indicatori di processo e di risultato. Uno scenario che può contare su medici e professionisti sanitari e sociali di elevata preparazione e competenza e che richiede nuove capacità operative, tra gli altri, all'Operatore Socio Sanitario. L'Operatore Socio Sanitario è un'importante risorsa per la riqualificazione razionale del sistema sanitario e socio sanitario e per l'attuazione di un progetto assistenziale personalizzato e appropriato da parte dell'infermiere che oggi ne è responsabile in ambito sanitario ospedaliero, domiciliare e territoriale. La corposa evoluzione della formazione e dello status giuridico dell'infermiere (ordine) richiede una ridefinizione delle competenze, delle responsabilità nei confronti di tale figura, per cui necessita una modifica dell'attuale percorso formativo dell'Operatore Socio-sanitario che superi anche la frammentazione degli attuali contenuti formativi e campi della sua operatività (OSS e OSS con formazione complementare). Una maggiore coerenza formativa, oltre che una più flessibile manifestazione delle competenze richieste, può essere raggiunta superando i due attuali livelli formativi dell'OSS e definendo un univoco ed omogeneo percorso formativo sull'intero territorio nazionale per un innovato profilo professionale con responsabilità e autonomia nei propri ambiti formativi e nelle diverse equipe sanitarie, socio-sanitarie e potrebbe assumere la denominazione di Collaboratore Socio sanitario (CSS)/Aiuto infermiere. Tutto questo anche in uno sguardo al panorama europeo, che già nelle sue realtà dà luogo a questo tipo di figure intermedie. La ridefinizione delle competenze e responsabilità del Collaboratore Socio sanitario (CSS)/Aiuto infermiere, attraverso l'innovazione del percorso formativo può essere la soluzione per recuperare in primis gli OSS con Formazione Complementare e poi dare all'Oss stesso un possibile sviluppo di carriera. Il CSS, per ora, Non esiste! Sarà nostro impegno futuro, trovarne le prerogative per una riapertura del dibattito.

LA FORMAZIONE Un tema centrale da portare in ogni discussione, stimolando la riflessione e sensibilizzando l'interlocutore, perché già solo a parlarne è possibile comprendere quanto ci sia di non corretto e non coerente nella formazione dell'Oss, ciò che ne consegue è un pasticcio all'italiana, La maggior parte dei corsi è a pagamento con cifre non proprio esigue; La facilità delle modalità di accesso e la quasi totale assenza di sistemi coerenti in quest'ultime producono un effetto spesso negativo, in concomitanza con la problematica della disoccupazione dal mondo del lavoro. Un sistema formativo ben funzionante, attraverso una formazione sanitaria con una formazione di 1.500 ore (istituti tecnici sanitari regionali) garantirebbe sotto il controllo e vigilanza del SSN, la certificazione del percorso formativo e un flusso controllato e censito. Assicura un'alta qualità del personale, un processo volto ad assicurare migliori risultati del sistema sanitario e proteggere i cittadini. La formazione deve essere impartita da scuole regionali specializzate con riferimento specifico a docenti dipendenti delle aziende sanitarie che facciano attività didattica a tempo pieno, in modo che lo studente impari ad abbinare le proprie conoscenze e capacità, ad applicarle in funzione delle situazioni e ad ampliarle, adottando nel frattempo un comportamento consono all'etica professionale. Dato che le competenze professionali vanno oltre il contesto della formazione professionale di base, la formazione deve ampliarsi ed approfondirsi attraverso una formazione continua. La formazione attraverso istituti tecnici sanitari conferisce inoltre un ruolo centrale all'apprendimento orientato all'azione e finalizzato a rendere gli interessati capaci di agire in modo competente in diversi contesti professionali, le aziende si faranno carico dell'esercizio concreto nella pratica e dunque della formazione delle competenze. Non possiamo ambire a obiettivi ulteriori se non si passa necessariamente prima per il tema Formativo, che di pari passo sarà affiancato al tema delle competenze e del profilo; Fondamentale comprendere come ci debba essere propedeuticità nell'affrontare i punti programmatici nazionali.

Contratto Si vuole proporre dal punto di vista contrattuale un percorso che possa portare l'unificazione delle 4 tipologie contrattuali esistenti (sanità pubblica, sanità privata, autonomie locali e Privato Sociale), che sono diverse e in cui sono presenti queste figure professionali nell'ambito delle nuove linee del governo che ha individuato i comparti contrattuali (funzioni centrali - funzioni locali - istruzione e sanità) – il sindacato shc ritiene prioritario dare una risposta, anche, alla figura dell'Operatore Socio Sanitario, individuando la tipologia di una nuova fascia economica con il riconoscimento di specifiche indennità, poiché crescono le responsabilità.

La "Fascia C" - Indennità Non si può non affrontare il tema e apporre anche qua un altro dei nostri punti programmatici, come non si può invece parlarne ed affrontarlo senza aver prima compreso, affrontato ed esauriti i temi ed i punti precedenti per poter eccedere alla fascia C. Con l'Area sociosanitaria si colloca l'Oss, finalmente, nella sua area professionale; I "ruoli" (sanitario, professionale, tecnico, amministrativo) come già detto verranno aboliti; Si darà attuazione alla nuova classificazione del personale in "aree" (sanitaria, sociosanitaria, tecnico-ambientale, amministrativa dei fattori produttivi.). Tutto ciò si darà non solo con l'approvazione di legge del Ddl Lorenzin, ma l'applicazione deve avvenire sui Contratti Nazionali; Le leggi non basta farle, ma è necessario applicarle con strumenti istituzionali, come, appunto, Il contratto collettivo nazionale. Le categorie dette anche "Fasce" sono un istituto economico che si delinea nel contratto nazionale; Attenzione, facciamo sempre riferimento ai CCNL del pubblico impiego del comparto sanità e alla contrattazione ARAN. Ai colleghi che operano nel terziario e nel privato viene applicato un altro CCNL che è corrispettivo in base al luogo di lavoro e quindi al settore, appunto sanità privata, cooperative ecc.. in questo caso possiamo trovare OSS in cat. C o oss in categoria A, questo semplicemente perché la nomenclatura è diversa ma rispecchia sempre l'ex 4 livello. Il sindacato di categoria, Human Caring, si impegnerà a raggiungere questo obiettivo uguale per tutti gli operatori.

INDENNITA' Sappiamo come molti Oss, si trovino a lavorare "gomito a gomito" con gli infermieri nelle unità operative complesse, Pronto soccorso, Cure intensive, Blocco operatorio, ma non ricevono le medesime indennità particolari. E' nella contrattazione nazionale che si deve dar luogo a questi riconoscimenti e che si possono prevedere forme di compensazione per operatori che benché svolgano competenze di particolare rischio, disagio, danno, non sono percettori a livello contrattuale delle specifiche indennità sopra descritte. Alcune Regioni hanno previsto, ad esempio "per il personale turnista (tramite contratto integrativo regionale) su due o tre turni compresi gli Oss un ulteriore bonus economico legato alla presenza giornaliera". Fondamentalmente gli Oss sono discriminati a livello contrattuale e per le forme di compensazione ci si rifà a quelle regioni o aziende dove c'è una sensibilità maggiore al problema. Esistono poi ulteriori compensi legati alla presenza in turno, in determinati contesti es. pronto soccorso, sala operatoria (grazie ad accordi aziendali, o regionali), che si aggiungono a quelli eventuali previsti dal contratto. Poi da qui il discorso si fa' ulteriormente più complesso, indennità Professionale Specifica. Chiediamo perciò che economicamente all'Oss vengano riconosciute tali indennità successivamente all'attuazione dell'area sociosanitaria e sul piano nazionale, in uguale misura o direttamente proporzionale alle attività.

Competenze, Nuove competenze Questo punto tratta le competenze e le possibili nuove competenze. Come sindacato, dobbiamo essere concreti e di fatto ora parlare nello specifico di quali potranno essere le nuove competenze è prematuro; partiamo quindi con un'analisi esaustiva e concisa delle criticità e da queste rileviamo obiettivi e strumenti. In tutto il profilo non si legge mai, nemmeno una volta, il termine Mansioni, ma Competenze, come mai si legge il termine Attribuzione ma sempre su Indicazione e più volte è indicato il termine Collabora e Coadiuvata, probabilmente colpa di una "mal practice" o conseguentemente a cattiva interpretazione e attuazione di piani di lavoro non in linea, che oggi l'oss si trova in grandi difficoltà relazionali e di rapporto con le altre figure sanitarie, più nello specifico con l'infermiere, nella criticità ormai ben rilevata di una sovrapposizione di "mansioni" o competenze. Questo profilo aperto e troppo soggetto a libera interpretazione ha creato troppa confusione nel contesto lavorativo dando luogo a polemiche e problematiche non indifferenti. Il profilo dell'OSS evidenzia che "l'operatore socio-sanitario svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale". L'oss non ha mansioni definite, ma competenze poco chiare. Non è chiaro il rapporto di Collaborazione/attribuzione, veder accostati questi due termini si intuisce che qualcosa non va. L'obiettivo che Human Caring si pone in questo caso è quello di promuovere quei meccanismi istituzionali volti ad aprire una revisione del profilo Oss e, intervenire in questi meccanismi che potranno essere l'apertura di un "tavolo Tecnico su Ruolo Formazione e Competenze" come quello aperto dal MigeP nel 2010. Da qui, dunque, si può partire per una revisione del profilo, delle competenze e del grado di autonomia nonché della collaborazione con le altre figure, evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni.



Rispondere alle nuove sfide – una assistenza di elevata qualità Questo è il compito del sindacato e dell'operatore socio sanitario su come rispondere ai bisogni che cambiano:

- 1) promuovere il diritto alla salute
- 2) fornire servizi sanitari centrati sulla persona
- 3) favorire le assunzioni
- 4) sostenere i diritti di tutti gli operatori assistenziali
- 5) eliminare le discriminazioni
- 6) promuovere l'équipe assistenziale
- 7) sblocco del turn-over
- 8) risanare la questione del precariato con assunzioni a tempo indeterminato

Investire anche su questi operatori diventa una strategia sia nell'assistenza, sia creando posti di lavoro, quali membri di un team multidisciplinare. Tuttavia, il miglioramento della "resilienza" dei sistemi sanitari chiede sforzi intersettoriali da parte di tutti gli attori e in collaborazione con i colleghi che lavorano in ambito sanitario e non, ecco perché è importante che anche queste professioni vengano coinvolte nella riforma di politica organizzativa sanitaria per essere meglio attrezzati nel fornire assistenza di qualità a tutti, anche nei momenti di crisi.

Anagrafe Nazionale Tenendo conto della necessità di stabilizzare queste figure s'intende, nell'ambito della propria professione (oss), dare avvio alla predisposizione di un Anagrafe regionale e Nazionale con un censimento di tutti gli operatori socio sanitari (federazione migep)

RSU Un grandissimo momento di democrazia nella vita del Paese e del Sindacato. La normativa fondamentale di riferimento è l'accordo collettivo quadro per la costituzione delle Rappresentanze Sindacali Unitarie per il personale dei comparti delle Pubbliche Amministrazioni e per la definizione del accordo quadro del 7 agosto 1998. RSU significa "Rappresentanza Sindacale Unitaria". È un organismo sindacale che esiste in ogni luogo di lavoro, pubblico e privato. Le RSU vengono elette una volta ogni 3 anni tra i lavoratori che hanno il compito di rappresentarsi a livello di contrattazione decentrata. Le RSU sono elette in tutte le amministrazioni, enti o aziende con più di 15 dipendenti. Il numero dei componenti delle RSU è determinato in rapporto al numero dei dipendenti aventi diritto al voto. Il voto non è una delega in bianco il cui risultato finale è il diritto di critica. Sappiate che coloro che verranno eletti si assumono delle

responsabilità e che le RSU hanno un senso se sostenuti da tutti i lavoratori. Le procedure sono regolate principalmente dall'Accordo Quadro e prevedono la partecipazione al voto di almeno il 50% +1 degli elettori, in caso contrario la RSU non si costituisce e occorre indire nuove elezioni, è questo il primo passo della sua legittimazione. I componenti delle RSU sono eletti su liste del sindacato ma possono anche essere non iscritti a quel sindacato. In ogni caso gli eletti rappresentano tutti i lavoratori non il sindacato nella cui lista sono stati eletti. La RSU è formata da tre/sei persone elette dai colleghi (3 sino a 200 unità lavorative); i componenti sono eletti su liste di sindacato, ma nella loro funzione rappresentano tutti i lavoratori della struttura. Le RSU restano in carica per tre anni, tranne nel caso in cui se ne dimetta oltre il 50% dei componenti, in questo caso bisogna procedere al loro rinnovo. Tra questi compiti, riveste particolare importanza il potere di **stipulare il contratto collettivo aziendale** negli ambiti, modi e limiti stabiliti dal contratto nazionale (Ccnl) applicato all'unità produttiva. Nel contratto aziendale infatti, vengono generalmente previste le condizioni di svolgimento del lavoro: dal salario, ai percorsi di carriera, dai piani formativi, all'utilizzo di fondi. Alle RSU inoltre spettano diritti sindacali, come permessi, retribuiti e non; diritto di assemblea; uso di locali, diritto di affissione, funzionali alla loro attività. Possono presentare liste oltre alle associazioni sindacali rappresentative anche altre organizzazioni sindacali, purché costituite in associazione sindacali con proprio statuto e aderenti all'accordo quadro sulle RSU e alle norme sui servizi pubblici essenziali (legge 12 giugno 1990, n°146). I sindacati che non raggiungono la fatidica quota di sbarramento del 5 % (e pertanto considerate non rappresentative) rimane solo la possibilità di eleggere i componenti della RSU che dovranno fare i conti non solo con gli eletti di altre organizzazioni all'interno della stessa, ma anche con i sindacati rappresentativi che parteciperanno da "leoni" alla trattativa decentrata.

Sciopero: che cos'è

Lo sciopero viene riconosciuto come un diritto del lavoratore dall'**articolo 40** della Costituzione, non costituisce inadempimento contrattuale (ogni intimidazione al lavoratore che vi partecipa è illegittima) ed è regolamentato esclusivamente nei servizi essenziali. Essendo un'astensione dal lavoro finalizzata a modificare il comportamento di una delle controparti può venire esercitato esclusivamente dai titolari di lavoro subordinato. In Italia le motivazioni per le quali è legittimo proclamare lo sciopero sono di due tipi: 1) **vertenze di diritto**, riguardanti l'interpretazione di norme legali e contrattuali; 2) **vertenze di interessi**, aventi come oggetto il salario e le condizioni di lavoro.

Sciopero: come funziona Lo sciopero viene esercitato legittimamente quando non lede i diritti della legislazione della legislazione ordinaria: l'astensione dal lavoro per essere definita sciopero non è vincolata alla proclamazione da parte dei sindacati, la cui

iniziativa è utile per dare rilevanza sociale al fenomeno. Lo sciopero può essere indetto da qualsiasi comitato o assemblea di lavoratori e anche individualmente, oltre che dalle **forze sindacali**: per farlo è necessaria una dichiarazione formalizzata. Non è necessario uno scarto temporale fra la proclamazione e l'attuazione a meno che non si tratti di **servizi pubblici essenziali** che devono garantire **un preavviso di 10 giorni**, presenze minime garantite e intervalli fra uno sciopero e l'altro. I servizi pubblici essenziali sono regolamentati dalla legge 146/90 e dalle successive modificazioni e sono volti a garantire – costituzionalmente - i diritti alla vita, alla salute, alla libertà e alla sicurezza, alla libertà di circolazione, all'assistenza e alla previdenza sociale, all'istruzione ed alla libertà di comunicazione. In questi diritti rientrano, per esempio, i servizi sanitari, il trasporto aereo, ferroviario e marittimo, l'istruzione e la posta.

Il **preavviso** minimo di 10 giorni consente alle amministrazioni e alle imprese erogatrici di servizi pubblici essenziali di “dare comunicazione agli utenti nelle forme adeguate almeno cinque giorni prima dell'inizio dello sciopero, dei modi e dei tempi di erogazione dei servizi nel corso dello sciopero e delle misure per la riattivazione degli stessi”. Sono previste sanzioni amministrative individuali e collettive per i soggetti che violino la normativa vigente in materia di sciopero.

Sciopero: la retribuzione Il diritto allo sciopero sospende le due obbligazioni fondamentali in un rapporto di lavoro: da una parte la facoltà del lavoratore di non prestare lavoro, dall'altra quella del datore di corrispondere una **retribuzione**. Il lavoratore che aderisce allo sciopero, quindi, non ha diritto alla retribuzione per le ore di astensione dal lavoro. Nella sospensione della retribuzione sono compresi, in relazione alla durata dello sciopero, anche tutti gli elementi accessori, compresa la tredicesima.

La precettazione Il termine “precettazione” deriva da una forma tarda del verbo latino *praecipere*, che fra i suoi diversi significati ha anche “ordinare”: nel linguaggio giuridico italiano, “precettare” **definisce** l'attività di un'autorità che ordina a un dato soggetto di comportarsi in una certa maniera e che punisce la violazione di questa norma. Il termine è applicato all'ambito degli scioperi ed è una pratica prevista dalla legge italiana, anche se attuata piuttosto raramente. La possibilità di precettare uno sciopero attraverso un provvedimento amministrativo straordinario è prevista dalla **legge 146 del 1990** che disciplina i servizi minimi da garantire in caso di sciopero e in generale dà la possibilità alle autorità statali di intervenire in casi ritenuti particolarmente critici. Tale legge è stata poi parzialmente modificata con la **legge 83 del 2000**. All'articolo 8 si prevede che in caso di «fondato pericolo di un pregiudizio [cioè di un danno] grave e imminente ai diritti della persona costituzionalmente tutelati, che potrebbe essere cagionato dall'interruzione o dalla alterazione del funzionamento dei servizi pubblici, conseguente all'esercizio dello sciopero» il presidente del Consiglio o uno dei ministri del governo (oppure il prefetto, nel caso di uno sciopero locale) possano emettere un'ordinanza.

I diritti alla persona costituzionalmente tutelati sono nominati [all'articolo 1](#) della stessa legge e sono quelli «alla vita, alla salute, alla libertà ed alla sicurezza, alla libertà di circolazione, all'assistenza e previdenza sociale, all'istruzione ed alla libertà di comunicazione». La legge prevede anche che prima di emettere l'ordinanza venga fatto un «tentativo di conciliazione» tra le parti per cercare di trovare un accordo con il sindacato per risolvere il problema. Nel caso non si raggiunga un nuovo accordo, viene emessa l'ordinanza e lo sciopero – che non viene annullato, poiché il diritto a scioperare è previsto dall'**articolo 40 della Costituzione**

È necessario il preavviso al datore di lavoro? L'astensione dal lavoro è attuata all'istante, senza preventiva comunicazione al datore di lavoro. Secondo parte della giurisprudenza il preavviso non è un requisito generale di legittimità dello sciopero. Questo significa che lo **sciopero a sorpresa** è legittimo.

Altre sentenze, invece, ritengono illegittimi gli scioperi attuati senza un minimo di **preavviso**: la **comunicazione preventiva** al datore di lavoro serve a qualificare con certezza l'assenza dal lavoro e consente di valutare correttamente la giustificatezza o meno dell'assenza stessa.

Ogni lavoratore può, se lo ritiene opportuno, esercitare l'attività sindacale e parteciparvi sul luogo di lavoro. Può scioperare ed affiggere in locali aziendali qualsivoglia manifesto per lo svolgimento dell'attività sindacale.

Si sciopera anche dove non è passata la circolare Inoltre, anche se le circolari non sono passate in alcuni istituti, è bene ricordare che comunque lo sciopero è ufficiale in quanto conclamato dalle OO.SS. ragion per cui, anche chi lavorasse presso di questi, è libero di aderirvi. In questo caso potrebbe essere utile effettuare la comunicazione volontaria di adesione allo stato di agitazione proclamato dai sindacati

Chi riceve la comunicazione di essere nel contingente può chiedere entro il giorno successivo (**24 ore**) di essere sostituito perché intende scioperare, anche se non ha fatto alcuna dichiarazione al momento della circolare di cui sopra.

TRIB FIRENZE 28 OTTOBRE 2016 DECR. In relazione ad uno sciopero indetto, il comportamento antisindacale è configurabile allorché il contingente affidamento delle mansioni svolte dai lavoratori scioperanti al personale rimasto in servizio, nell'intento di limitare le conseguenze dannose, avvenga in violazione di una norma di legge e del contratto collettivo; sono, pertanto, possibili le sostituzioni di lavoratori in caso di sciopero, rispettando il limite suindicato.



Il sindacato shc ha presentato in data 12 febbraio 18 formale adesione all'ARAN riconoscendo l'Accordo Collettivo Quadro del 7 agosto 1998 per la costituzione delle RSU, e di essere in possesso dei requisiti richiesti dai commi 3 – 4 della emanazione della circolare emanata in data 9 gennaio 2018 per le elezioni delle RSU del pubblico impiego

Stiamo lavorando per dare i servizi.



A cura di Giacchetta Matteo Operatore Socio Sanitario componente del direttivo nazionale del dipartimento SHC OSS - Con la collaborazione della Segreteria Nazionale Human Caring Sanità e con la collaborazione del MIGEP Federazione Nazionale delle Professioni Sanitarie e Socio –Sanitarie.

Non esitare a contattarci

tel 3318672871
shc.nazionale@libero.it

tel 3936313148
shc.mazionale@gmail.com

M.I.G.E.P

FEDERAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE

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



Il tuo collegio

Una Associazione che fa la differenza dalle altre, non agisce con leggerezza, non si volta dall'altra parte, è attiva non solo nel nome, è affermata come Istituzione Nazionale; che guarda al futuro e alla formazione continua, e a migliorare il Sistema Sanitario. E' valida nelle proposte nei confronti con le istituzioni, cercando di ottenere risultati concreti. Ci siamo e ci saremo per salvaguardare l'assistenza dei cittadini, e la professionalità di oltre 250 mila operatori.

**Non esitare a contattarci cell. 331 8672871
e mail migep2001@libero.it**

Codice Deontologico

PREMESSA

Nessun uomo è un'isola, in se completa: ognuno è un pezzo di un continente, una parte di un tutto.
Thomas Merton

Questa frase riassume eloquentemente lo spirito e i principi contenuti nel Codice Deontologico, ispirati alla vita, alla dignità, ai diritti dell'uomo, all'universalità dell'assistenza e ai doveri che regolano la professione sanitaria e i suoi comportamenti. Il Codice costituisce un punto di riferimento nell'esercizio quotidiano dell'attività professionale, favorendo la collaborazione e l'impegno di tutti gli operatori all'educazione, al mantenimento e al recupero della salute dell'individuo.

PRINCIPI

- ❖ **Promuovere la salute**
- ❖ **Prevenire la malattia**
- ❖ **Ristabilire la salute**
- ❖ **Alleviare la sofferenza**

- 1.1** I bisogni assistenziali sono universali, fanno parte integrante del rispetto della vita, della dignità, e dei diritti dell'uomo.
- 1.2** Il singolo non può in nessun modo rinunciare alla sua libertà e indipendenza professionale.
- 1.3** La deontologia professionale è un insieme di principi etici, che impegnano tutti al rispetto delle norme generali e specifiche di comportamenti professionali.
- 1.4** L'inosservanza del predetto codice, nuoce non solo al prestigio professionale, ma soprattutto alla buona immagine di tutti gli esercenti.
- 1.5** Le categorie devono esercitare la propria professione con finalità legate al rispetto della persona umana, indipendentemente dalla nazionalità, razza, idee politiche, sesso, condizione sociale, cultura e religione.
- 1.6** Nell'esercizio delle sue funzioni, il singolo deve mantenere dei rapporti improntati al regolare adempimento dei propri doveri e alla dignitosa tutela dei propri diritti.

2 AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

- 2.1** Il singolo/a deve mantenere in ogni momento il sapere, saper fare e saper essere, impegnandosi nell'ambito della formazione, per adeguare il proprio sapere al progresso, alla ricerca scientifica e professionale.

3 RAPPORTO CON LA PERSONA AMMALATA

- 3.1** Il singolo/a deve condurre con competenza e capacità, ogni trattamento finalizzato a migliorare

la salute del paziente.

3.2 Il singolo/a assume tutte le misure necessarie per proteggere l'individuo ammalato.

4 NORME GENERALI

4.1 Ogni singolo/a deve osservare e far rispettare le leggi ed i regolamenti, respingendo qualsiasi influenza estranea alla dignità della sua funzione.

4.2 Il singolo/a è tenuto ad osservare il segreto professionale, sempre che ciò non pregiudichi la sua moralità, non rechi danni a terzi e non intralci il corso della giustizia.

4.3 Il singolo/a non deve esprimersi sull'operato di altri colleghi, in presenza di utenti estranei e al di fuori degli organismi associativi, ma assicura il servizio d'assistenza all'individuo e alla comunità, coordinando la sua attività con le persone che operano nel campo della salute.

4.4 Il singolo/a che operi in qualunque settore deve sentirsi fiero/a della sua iscrizione all'albo professionale del M.I.G.E.P., nel convincimento di potenziare così la propria categoria, affinché le figure siano maggiormente apprezzate e stimate.

4.5 Il singolo/a non deve esercitare un'attività incompatibile con la propria professione, per non ledere la propria dignità personale e della categoria a cui appartiene, ma adempie al suo dovere professionale con scienza e coscienza, persuaso e conscio di essere un operatore della salute, sia che esso presti servizio nel settore pubblico o privato.

5 RAPPORTI CON I COLLEGHI

5.1 I rapporti con i colleghi di lavoro devono essere basati sul rispetto reciproco, ogni contrasto deve essere affrontato secondo le regole di civiltà e correttezza.

5.2 Ogni singolo operatore deve collaborare con l'equipe infermieristica e medica per creare le migliori condizioni lavorative ed assistenziali, garantendo all'ammalato di vivere la sua degenza e precarietà di salute con serenità e dignità.

6 RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI

6.1 Il Coordinamento Collegiato deve intervenire presso le istituzioni per concorrere a dirimere le controversie, nonché ad appoggiare l'iscritto che venga ingiustamente accusato.

7 DISPOSIZIONI FINALI

7.1 Il Coordinamento Collegiato M.I.G.E.P., si rende garante nei confronti della persona o della collettività, nella qualificazione e competenza acquisita e mantenuta.

7.2 Le disposizioni del presente codice deontologico sono applicate non solo agli iscritti, ma a tutti, sia essi liberi professionisti o dipendenti di enti pubblici o privati, nel rispetto dei principi contenuti nel codice.

7.3 Chi violasse le norme deontologiche, sarà sottoposto a procedimenti disciplinari previsti dal vigente statuto.

DELEGATI

AREZZO	Bollini Lucia	<u>lu.bollini@gmail.com</u>	
SIENA	Battaglini Mario Anna Del vespa	<u>mariobattaglini4@libero.it</u> <u>annadelvespa@gmail.com</u>	
ASCOLI PICENO	Durastanti Giuseppina	<u>durastanti@email.it</u>	
PESCARA	Pennese Rolando	<u>rolando.pennese@alice.it</u>	
ROMA	Pierantognetti Anna	<u>anna.pierantognetti@alice.it</u>	
LATINA	Giovanna Baldini	<u>gnpddl@hotmail.it</u>	
MANTOVA	Matteo Facchetti	<u>matteo.facchetti@asst-mantova.it</u>	
BERGAMO	Pezzoli Ruggero	<u>ruggero.pezzoli@alice.it</u>	
BRESCIA	Luci Antonella	<u>antonella-luci@virgilio.it</u>	3402421245
TORINO	Di Leo Anna Elena Cortesi Ferrero Ombretta Ali Ivana	<u>annaleodi@gmail.com</u> <u>ecortesi79@virgilio.it</u> <u>ombry.ferrero@libero.it</u> <u>ivana.62@libero.it</u>	3343606777 3936664038 3478253662
ASTI	Stangoni Silvana Migliarina Daniela Dacasto Ornella	<u>silvystanghi@gmail.com</u> <u>dmigliarina@asl.at.it</u> <u>odacasto@asl.at.it</u>	
VERCELLI	Marinosci Maria Leonarda	<u>marialeonarda.marinosci@gmail.com</u>	
TREVISO	Suppa Eva	<u>eva.suppa@gmail.com</u>	
CONEGLIANO	Pizzaia Rita	<u>fedema60@yahoo.it</u>	
VERONA	Restuccia marianna	<u>restucciamarianna@libero.it</u>	
SARDEGNA	Cristiana Pisano	<u>CristianaPisano72@gmail.com</u>	
MOLISE	Petescia Giovanni	<u>giapetescia@virgilio.it</u>	
MARCHE	Vitulano Pio Alessandro Giacchetta Matteo Denny	<u>vitulanopioalessandro@yahoo.it</u> <u>shc.nazionale@gmail.com</u>	
Strutture private - Cooperative - RSA			
TORINO	Dragoi Claudia	<u>tudorita59@libero.it</u>	
	Costa Roberto	<u>costa_sail@hotmail.com</u>	
	Sanna Mariangela	<u>mariangela_sanna@libero.it</u>	
	Pupillo laura	<u>marco.fappiano@alice.it</u>	
VERCELLI	Perez Eduardo Alberto	<u>fefetatasofi@gmail.com</u>	
PUGLIA	San Giovanni Rotondo Antonio Squarcella	<u>tonisquarcella@gmail.com</u>	