M.I.G.E.P.
Federazione Nazionale
Associazione delle Professioni
Infermieristiche e Tecniche

# L'OPERATORE SOCIO SANITARIO NELLA ORGANIZZAZIONE SANITARIA PROBLEMI E PROSPETTIVE

# L’INTEGRAZIONE DELL’OSS NEI PROCESSI ASSISTENZIALI E CON LE ALTRE FIGURE PROFESSIONALI

**In molte strutture sanitarie l’OSS, da figura di supporto, diviene il soggetto al quale sono attribuite mansioni proprie di altri soggetti.**

- **Somministrazione del farmaco;**
- **iniezioni intramuscolari e sottocutanei;**
- **accoglimento del paziente dalla sala operatoria con rilevazione di tutti i parametri vitali;**
- **strumentista nelle sale operatorie;**
- **igiene;**
- **massaggio cardiaco;**
- **manovra heimlinck;**
- **posizionamento canula di mayo;**
- **prelievo capillare;**
- **ecg..**

**Se è vero che l'infermiere deve occuparsi dell'assistenza olistica, intesa come assistenza globale, allora è compito anche dell'infermiere prendersi cura del paziente anche nella fase post base assistenziale (igiene – accoglimento paziente ecc.)**

# Riteniamo importante

- **L’abilità comunicativa per scambiare informazioni;**
- **il lavoro di gruppo e la capacità di riconoscersi parte del gruppo;**
- **avere la consapevolezza di quanto sta accadendo;**
- **avere in mano la situazione;**
- **la capacità di leadership nel sostenere altri operatori;**
- **di essere in grado di discernere le azioni.**

**Dunque un’attività complessa che unisce sapere, tecnica e relazione ai fini di rendere la propria performance sicura.**

**Il pericolo è che sta cambiando l'assetto epistemologico dell'essere infermiere;**

**invece di sottolineare una visione globale della persona sostenuta da un modello infermieristico, si divide la persona in apparati e sistemi isolando i singoli atti rendendo l'infermiere meramente tecnico;**

**riteniamo che l'infermiere debba essere competente in tre aspetti fondamentali:**

1. **assistenziale;**
2. **tecnico;**
3. **relazionale.**

- **Assistenziale - perché deve accogliere il paziente mettendo in atto counselling e di aiuto in un periodo relativamente breve ma significativo per la persona;**
- **Tecnico – come espressione di una competenza basata sulla conoscenza della anatomia, della fisiologia durante l'assistenza anche alla luce dell'alta tecnologia che sta cambiando l'approccio chirurgico;**
- **Relazionale – con il paziente per tutto il percorso di degenza, con l'equipe dove la gran parte della relazione non è verbale.**

# TAVOLO MINISTERIALE

**RUOLO**

**FUNZIONI**

**FORMAZIONE**

**PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO OSS**

- Il ricco e approfondito confronto ha fatto emergere una forte disomogeneità nei vari territori sulla formazione oss, oltre allo scarso ricorso a modalità di aggiornamento e formazione continua.

- In alcune realtà la formazione è affidata ad apposite agenzie accreditate, senza tuttavia che gli Enti provvedano ad effettuare dei controlli continui e costanti.

- Di conseguenza, i percorsi formativi risultano spesso diversificati (talora onerosi per lo studente); non riflettono la necessità di formare un operatore di prossimità per le esigenze e i bisogni dei settori sanitario e sociale con percorsi formativi non ottimali e con utilizzo degli operatori, talora, ancora con compiti da ausiliario e da OTA.

- Esiste un problema di integrazione tra gli oss e il personale infermieristico ed ostetrico ad iniziare dalla non formalizzazione delle attività che possono essere delegate, tale da generare talora conflitti, incomprensioni e malintesi sulle attribuzioni delle responsabilità;
- in alcune realtà l'oss è utilizzato per funzioni improprie e per sostituire la carenza di personale infermieristico.

In questo quadro diviene necessario riflettere, partendo dalla conoscenza delle situazioni di ogni regione, su come si sia attuata la formazione dell'oss per proporre i necessari adeguamenti ai contenuti della stessa e alla sua modalità di attuazione, in questo quadro andrebbe valorizzata e resa centrale la funzione formativa gestita direttamente nelle sedi formative del SSN.

**In tal senso potrebbe essere previsto:**

1. un riferimento specifico nel ddl, sulla docenza delle professioni dipendenti delle aziende sanitarie che facciano attività didattica a tempo pieno;
2. attraverso un istituto professionale (come in altri stati europei);
3. in ambito aziendale utilizzando le sedi formative accreditate per la formazione.

**Dall'analisi espletata dal M.I.G.E.P., volta a quantificare gli Operatori Socio Sanitari formati, sulla base dei dati forniti dalle Regioni, è emerso che:**

**ciascuna Regione ribadisce di aver formato gli oss sulla base dell'effettivo fabbisogno rilevato dai servizi socio – sanitari;**

**la *formazione* è affidata a enti privati a pagamento o convenzionati, a strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche, alle province, o a dirittura alla direzione servizi sociali e alla direzione risorse umane e formazione servizio socio sanitario regionale, o all'assessorato al lavoro;**

***per il sociale*, il fabbisogno formativo e professionale è affidato alla direzione servizi sociali e alla direzione risorse umane e formazione servizio socio sanitario regionale;**

**in alcune regioni non è previsto un percorso formativo differente per l'oss che opera nel sanitario e oss che opera nel sociale; in altre regioni, invece, è prevista una differenziazione nella formazione;**

**la formazione è svolta anche da numerosi Istituti non accreditati presso i competenti Assessorati e presso il Ministero;**

**sono stati avviati corsi di prima formazione indirizzati a disoccupati e non occupati.**

**La Puglia ha provveduto a rilevare il fabbisogno formativo limitatamente alle strutture sanitarie e a selezionare i progetti di riqualificazione degli enti formativi accreditati.**

**Il Molise ha affidato ad agenzie la determinazione del fabbisogno regionale.**

| Regioni | Oss riqualificati | Oss complementare | Formazione |
|---|---|---|---|
| **Sicilia**<br>Molti hanno conseguito l'attestato fuori dalla Regione Sicilia. La Regione Sicilia non riconoscere gli attestati acquisiti di circa 3000 oss dopo il 2007. | La Regione con decreto del 24 maggio 2010 provveduto a riordinare l'organizzazione della formazione oss.<br>Ad oggi la formazione oss non è stata avviata.<br>Formazione 1000 ore | Non ha provveduto alla definizione e alla disciplina della formazione complementare.<br>Alcuni enti privati propongono corsi da oss complementare | Attualmente in Sicilia vengono ancora formati gli osa con un costo di 2.500 per poi proporre altre 2.500 per diventare oss attraverso il sistema SRFC della Regione Emilia Romagna.<br>E' impossibile la quantificazione degli oss formati. La regione ha anche bloccato gli stage e i tirocini negli enti ospedalieri |
| **Basilicata** | Dal 2003 al 2009 riqualificati 1.388 oss | Ancora all'approvazione amministrativa | Affidata alle aziende sanitarie e locali |
| **Veneto**<br>In carenza del riconoscimento dell'oss complementare nell'ambito sanitario del contratto di lavoro e pertanto del necessario inquadramento giuridico ed economico, sospende nel 2009 ha sospeso la formazione dell'oss fc. | riqualificati dal 2003 al 2010 oltre 14 mila oss | Formati 4730 oss fc. – con 400 ore | Affidata ai servizi sociali, alla direzione risorse umane e formazione servizio socio sanitario regionale. |
| **Liguria**<br>Formazione 1200 ore | riqualificati 4.535 oss<br>Corsi di prima formazione indirizzati a disoccupati e non occupate | Non sono stati organizzati corsi di formazione complementare | Formazione presso strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private convenzionate |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Abruzzo**<br>Formazione 1000 ore<br>Chiedendo un versamento di 20 € per ogni candidato | Riqualificati<br>3.520 oss | Formati 360 oss fc<br>con 400 ore | Non vi è stata una formazione differenziata tra sanitario e sociale |
| **Provincia Bolzano**<br>Ha integrato moduli integrativi di specializzazione per chi entra nel settore psichiatria o in sala operatoria con una durata di 120 ore oltre alle 1.100 | Dal 2000 al 2009<br>Riqualificati 1.976 oss<br><br>Formazione di 1.100 ore più 120 ore di moduli integrativi | Non ha provveduto alla definizione e alla disciplina della formazione complementare | Ritiene che i tirocinanti devono essere affiancati da operatori dello stesso profilo professionale con valutazione degli obiettivi ai fini dell'assolvimento della formazione |
| **Umbria**<br>Riconosce gli attestati di altre regioni, ha quantificato il credito formativo da attribuire ai vecchi titoli stabilendo le percentuali per ogni formazione aumentando le ore fino al 60% in relazione al grado di attività sociale. Riconoscendo il tirocinio come attività lavorativa svolta nella propria U.O | Dal 2004 al 2010 riqualificati 1.781 oss<br><br>Formazione 1000 ore | Non ha provveduto alla definizione e alla disciplina della formazione complementare | Ha nominato una direzione didattica per la formazione composta da un collaboratore professionale sanitario, un esperto dell'ufficio infermieristico e da un esperto nell'ambito sociale |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Toscana**<br>Due anni di pausa per determinare un unico profilo senza riscontro positivo | dal 2001 al 2010 riqualificati 14.314 oss<br>Formazione 1000 ore | Riqualificati 3.642 oss fc<br>con 500 ore<br>Continua a fare formazione | Si è avallata delle competenze e della professionalità esistenti nelle aziende sanitarie che sociale anche in mancanza di linee guida mai emanate dai Ministeri competenti |
| **Valle D'Aosta**<br>La non facile convivenza fra l'oss e l'infermiere ha portato l'azienda ha porre rimedio ricorrendo a formazioni specifiche, con accordi e protocolli relative alle specifiche competenze e alla suddivisione del lavoro. Alcuni reparti hanno promosso al loro interno brevi e sintetici aggiornamenti per colmare eventuali lacune e implementare le competenze specifiche del settore.<br>screening audiologico neonatale – glicemia capillare | dal 2003 al 2010 riqualificati 600 oss<br>Formazione 1000 ore<br>Vuole portare a 1200 ore la formazione oss | Non l'attiva | Effettua costante monitoraggio qualitativo e quantitativo su tutti percorsi formativi |
| **Marche**<br>Definisce che entro 5 anni, con decorrenza 2006, le strutture ed i servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale devono disporre di figure oss | riqualificati 1.462 oss<br>Formazione 1000 ore, più 10 ore di esame finale<br>all'interno della sua articolazione possono trovare dei crediti formativi che ne riducano la durata. | | Formazione effettuata con aziende sanitarie, sociale, e enti formativi accreditate presso la regione. All'interno della formazione viene prevista la figura del tutor. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Friuli Venezia Giulia**<br>Dal 1998, adotta la predisposizione e l'attuazione di percorsi di qualificazione e riqualificazione e aggiornamenti con sperimentazione della doppia qualifica adest – ota, per la riqualificazione in oss attraverso anche misure compensative al conseguimento della qualifica oss o alla specializzazione in animazione sociale. | riqualificati oltre 3.600 oss<br><br>Formazione 1000 ore | Formati circa 700 oss fc<br><br>Corsi sospesi | La formazione viene fatta in collaborazione con la direzione sanità e politiche sociali |
| **Sardegna**<br>La formazione oss è affidata all'assessorato del lavoro, non ci sono collegamenti con i due assessorati, gli stessi funzionari hanno difficoltà a recepire dati reali. | ha bandito corsi oss per 1800 posti … sono arrivate oltre<br>60 mila domande | La Giunta precedente aveva avviato la formazione oss complementare, a pagamento, senza alcun limite temporale o di numero.L'attuale Giunta non riesce a stabilizzare questa formazione, utilizzando anche diffide verso questi enti di formazione senza risultato positivo. | |
| **Calabria**<br>Attualmente la formazione oss di 1000 ore è sospesa<br>Stanno provvedendo a chiedere un accreditamento per riqualificare gli operatori dipendenti delle strutture private | Dal 2004 al 2009 riqualificati 3.689 oss<br><br>Formazione 1000 ore | Non sono stati autorizzati, ne previsti percorsi formativi per oss fc | Fatta da aziende sanitarie provinciali e ospedaliere, istituti pubbliche e private accreditate per la formazione |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Molise**<br>L'ammissione al corso è subordinata al superamento di un test psicoattudinale per gli esterni.<br>Mentre, a parità di punteggio, per gli ota e asss avviene in base al criterio dell'età dando precedenza al più giovane di età | Dal 2005 riqualificati<br>287 oss Formazione 1000 ore.<br>Manca il sociale circa 20 mila oss formati.<br>Con decreto regionale ha stabilito corsi oss di attività libera professionale per chi non è residente stabilendo anche la formazione ai cassa integrati. | Non sono previsti percorsi formativi per oss fc. | Parallelamente all'assessorato alla sanità si è occupato della formazione anche l'assessorato alle politiche sociali |
| **Lombardia**<br>Hanno difficoltà a recepire i dati esatti, anche qui mancano i collegamenti fra i due assessorati. | Riqualificati oltre 42 mila oss, pur avendo dichiarato un fabbisogno zero negli ultimi 5 anni, di cui 20 mila in servizio, mentre 22 mila in cerca di lavoro<br>Solo nel 2009 11.067 oss<br>Nel 2011 – 12 mila oss formati | Non sono previsti percorsi formativi per oss fc. | Continuano a formare ASA |
| **Emilia Romagna**<br>Non sono in grado di quantificare il fabbisogno.<br>Sono circa 24 mila oss formati. | Ha adottato un sistema regionale di formalizzazione e certificazioni delle competenze, deliberando con atti amministrativi progetti formativi tra enti della propria regione in collaborazione con enti di altre regioni. Tale certificazione non essendo un attestato non abilita all'esercizio dell'oss | | Oltre 15 istituti formativi, che formano oss, anche studenti provenienti da altre regioni a pagamento (Sicilia – Puglia – Campania ) totale 13 regioni.<br>Hanno mantenuto un parametro che varia dall'80% al 90% sulla formazione specialmente sul sociale |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Campania**<br>Ha delegato oltre 150 aziende private a provvedere alla formazione oss.<br>Formazione di 1000 ore con un costo anche di 3mila euro.<br>Hanno sospeso qualsiasi riqualifica interna per aver superato il fabbisogno, molti sono ancora osa e ota. | Oltre 26 mila oss riqualificati.<br>Continuano ancora a formare osa.<br>Dal gennaio 2006 è stata sospesa la formazione oss. | | Per ovviare alla disoccupazione degli oss la regione ha deliberato la realizzazione di Work Experience ( una programmazione anti crisi). Uno strumento che da la possibilità di sostenere il processo di accoglienza delle imprese verso i giovani che hanno difficoltà nel rispetto del mercato di lavoro per sei mesi nel mondo lavorativo. |
| **Puglia**<br>Per il 2010/2011 sono stati riqualificati altri 2.520 oss con un costo di 79.200,00 €.<br>Non ha più autorizzato la formazione considerando saturo il comparto. | Dal 2009 al 2010 riqualificati 3.488 oss.<br>Formazione 1000 ore. | Non sono previsti percorsi formativi per oss fc. | Nel 2010 il servizio regionale formazione professionale ha provveduto a rilevare il fabbisogno formativo limitatamente alle strutture sanitarie e a selezionare i progetti di riqualificazione degli enti formativi. |
| **Piemonte**<br>Ci sono molti operatori adest - osa ancora non riqualificati. | Riqualificati 6.671 oss fino al 2008 nel sanitario.<br>Dal 2003 al 2008 riqualificati 20.719 oss nel sociale.<br>Formazione 1000 ore. | La regione non ha adottato nessun atto formale per l'avvio del corso oss fc. | La formazione prima è stata affidata alle aziende sanitarie e locali e istituti accreditati per poi delegarle alle Province. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Trentino Alto Adige**<br>Formazione 1400 ore<br>Viene inserito nell'equipe assistenziale, rileva i bisogni assistenziali e le condizioni di rischio della persona da assistere attraverso griglie predisposte, esegue misure di primo soccorso e di pronto intervento, massaggio cardiaco, manovra heimlinch e posizionamento canula di Mayo, prelievo capillare e somministrazione terapia. | Dal 2002 al 2010<br>Riqualificati 3.893 oss. | La regione non ha adottato nessun atto formale per l'avvio del corso oss fc. | La formazione si sviluppa in moduli articolati in due o più unità formative secondo il principio degli obiettivi didattici<br>La commissione scientifica ha elaborato un progetto per l'oss a partire dalla definizione del ruolo e delle competenze procedendo ad una scomposizione di competenze. |
| Lazio | Dal 2006 formati 5.325 oss; ha previsto circa 8.934 oss da formare. | La regione non ha adottato nessun atto formale per l'avvio del corso oss fc. | Non ha più avviato nessun corso da 1000 ore ma solo riqualifica. |

**Al 31/12/2010**
**formati oltre 180.000 OSS di base**
**formati circa 10.000 OSS FC**

- Dalla nostra ricerca, condotta su 630 aziende ospedaliere dislocate su tutto il territorio nazionale, è emerso che l'inserimento dell'operatore socio sanitario non sia compatibile con tutte la U.O.: vi sono numerose U.O. che richiedono esclusivamente la presenza di infermieri.

- Nelle U.O. di degenza specialistica, è emersa una richiesta media di operatori di supporto; nelle unità di degenza non specialistiche, o nelle RSA la richiesta di operatori aumenta.

**Dall'analisi condotta è emerso che le Aziende utilizzano per la determinazione degli operatori necessari i seguenti rapporti numerici:**

- 2:1 (2 infermieri e un O.S.S.) livello assistenziale di base e medio;
- 3:1 (3 infermieri e un O.S.S.) livello assistenziale elevato;
- 4:1 (4 infermieri e un O.S.S.) livello assistenziale intensivo;
- 6,5:1 (6 infermieri e mezzo e un oss) ospedale di Bergamo.

**Possiamo quindi affermare che il numero di O.S.S. effettivamente impiegato è inferiore al numero degli operatori formati**.

**Le RSA, invece, si basano sui seguenti rapporto numerici**:

- 1:1 (un infermiere e un O.S.S.) livello riabilitazione;
- 1:2 (un infermiere e due O.S.S.) livello residenza disabili;
- 1:4 (un infermiere e quattro O.S.S.) centro diurno continuo/centro diurno disabili;
- o un OSS ogni due pazienti (INRCA di Ancona);

**I risultati mostrano che in media gli O.S.S. impiegati sono superiori rispetto a quelli impiegati all'area sanitaria.**

# R S A

| Unità operativa | Infermieri | oss |
|---|---|---|
| Riabilitazione specialistica | 1 | 1 |
| Centro diurno continuo | 1 | 4 |
| Centro diurno disabili | 1 | 4 |
| Residenza sanitaria disabili | 1 | 2 |

# Presidi Ospedalieri

| **Unità operative** | **Minuti di assistenza in 24 h** | **Posti letto** | **OSS** | **Infermieri** | **% del personale oss in relazione all'infermiere** |
|---|---|---|---|---|---|
| Terapia intensiva | 700 | 16 | 3 | 43 | 26% |
| Terapia sub intensiva | 350 | 16 | 6 | 17 | 6% |
| Area medica | 180 | 44 | 12 | 21 | 52% |
| Area chirurgica | 180 | 48 | 12 | 18 | 13% |
| Degenza post acuta | 130 | 38 | 8 | 13 | 39% |

Si rileva come l’identificazione del fabbisogno non possa derivare solo da una proporzione matematica ma dovrebbe essere rapportata alle caratteristiche assistenziali ed alle relative branche, come prevedono le indicazioni bibliografiche e la normativa di riferimento.

Lo stesso Coordinamento delle Regioni ha preso atto di non aver alcuno spazio operativo in quanto le Asl stanno attuando un alta intensità di cura con metodologie lavorative completamente diverse (accorpamento delle unità operativa o una sola UO per tutte le patologie.

Analizzando i parametri forniti dalle regioni e dalle aziende, si rileva che la formazione non sia proporzionale al reale fabbisogno.

Si segnala inoltre che la formazione e le modalità di svolgimento della stessa sono estremamente differenziate da regione e regione.

Si è rilevato che nelle regioni, ove sono state adottate delibere relative alla istituzioni di corsi di formazione, di fatto la formazione viene avviata in violazione delle stesse delibere.

Inoltre nei casi in cui la formazione è stata delegata alle Province è emersa una programmazione inadeguata e sganciata dal reale fabbisogno determinato in ambito regionale.

In altre regioni la formazione è demandata all'assessorato al lavoro e formazione senza alcun coordinamento con l'assessore alla Sanità.

Altro aspetto della vicenda concerne la formazione promossa dalle numerose agenzie formative, le quali provvedono a formare numerosi operatori, previo pagamenti di somme spropositate, determinando una forte distorsione tra offerta e domanda di lavoro.

Si registra inoltre un cospicuo numero di O.S.S. formati da enti non accreditati. Ciò contribuisce ad incrementare la sproporzione esistente tra reale fabbisogno e operatori formati.

Inoltre, alcune regioni consentono di spendere il titolo di oss solo se il diploma sia stato acquisito all'interno della stessa regione

In alcune regioni la formazione è fatta dall'Assessorato alla formazione mentre la sanità è intervenuta al di fuori dettando delle regole per la qualità della formazione.

Dalla ricerca condotta, si rileva che i 100 mila O.S.S. formati non corrispondono al fabbisogno sanitario. Si evidenzia che il numero dei corsi assegnati e il numero degli operatori formati sulla base del piano annuale di formazione non tiene conto del **reale fabbisogno.**

**Si parla di oltre 60 mila oss disoccupati.**

Dalla ricerca condotta è emerso che l'inserimento dell'operatore socio sanitario non possa essere identico per tutte le la U.O. Su indicazione delle delibere regionali e del DM 13/9/88, le strutture determinano una dotazione organica minima di operatori socio sanitari che oscilla dallo 0,34 % al 52% rispetto all'infermiere, con un rapporto di 3:1. (3 infermieri e un O.S.S.) o 1:4 (un infermiere e quattro O.S.S).

Per poter determinare il numero di O.S.S. da formare a livello nazionale ogni anno è necessario comprendere quale sia il reale fabbisogno delle aziende sanitarie e delle strutture assistenziali atto a garantire e/o raggiungere il miglior livello qualitativo del servizio assistenziale. A tal fine, occorre valutare preventivamente il personale di cui è dotata la struttura sanitaria e le competenze degli operatori.

# il numero di O.S.S. da formare

**Ai fini della determinazione del parametro ottimale, e quindi della individuazione del numero di O.S.S. da formare, sulla base dell'effettivo bisogno, occorre preliminarmente ridurre gli istituti di formazione o istituire degli istituti tecnici sanitari. Inoltre è necessario effettuare un continuo monitoraggio in modo da poter garantire il rapporto tra O.S.S. formati e reale fabbisogno. Occorrerebbe inoltre che la dotazione organica corrisponda ai revisionati modelli organizzativi e che si superi il modello funzionale.**

# Su quale parametro ci si può basare?

**E difficile dire quanti O.S.S. servono, in mancanza di parametri certi su cui basarsi.**

**Si ritiene che il numero ottimale di O.S.S. da formare all'anno, a livello nazionale, sia di circa 2400;**

**Nel definire il numero ottimale abbiamo suddiviso i vari parametri forniti dalle aziende e dalle regioni. Si è cercato di calcolare una media tra la Valle d'Aosta (600 O.S.S. formati), la Lombardia (42 mila O.S.S. formati) e la Basilicata (1.388 O.S.S. formati) con una media di 200 O.S.S. da formare per ogni regione.**

# Quali sono le attività che vengono richieste e svolte effettivamente?

**In molte aziende – Rsa – Case di riposo - gli O.S.S. provvedono a somministrare farmaci. All'uopo nelle aziende vengono stabiliti i criteri relativi alla somministrazione di farmaci ad es. per l'effettuazione di terapia iniettiva, intramuscolare, insulinica ecc. È necessario soffermarsi sulla complessità dei bisogni di assistenza del paziente e le criticità relative all'applicazione degli allegati A - B dell'ASR del 22 Febbraio 2001.**

**Il cambiamento è possibile, ma occorre attivare un processo culturale importante che si fonda su un nuovo sistema di valori. Il funzionamento di un qualsiasi reparto ospedaliero non può essere analizzato solamente in termini di ruoli direttivi e ruoli subordinati o di contenuto delle singole mansioni, perché gli O.S.S. si stanno occupando sempre più dell'assistenza diretta ai pazienti, dalla cura alla riabilitazione, sopperendo alla carenza infermieristica, garantendo la continuità assistenziale anche nei servizi assistenziali sul territorio.**

**Uno degli aspetti vincolanti per l'infermiere nel decidere se l'operatore di supporto può agire da solo, è dato dall'assenza di spazi di discrezionalità nello svolgimento dei compiti attribuiti. Infatti, la responsabilità di queste figure sta nella corretta esecuzione del compito, ma non nel ragionamento clinico, in quanto sono formati per supportare l'infermiere, non per sostituirlo. Bisogna individuare i criteri delle attività attribuibili all'O.S.S. (giusto compito – giuste circostanze – giuste direttive e comunicazioni).**

# Quali sono le lacune esistenti alla formazione oss?

**Si mette in rilievo l'importanza di alcuni concetti: la normativa dell'esercizio professionale, la formazione dell'O.S.S. e la responsabilità infermieristica.**

**Sulla base di quanto è emerso si chiede di rivedere il sistema di formazione degli O.S.S. Si propone di istituire un programma di formazione di due anni attraverso un istituto professionale specializzato per le professioni sanitarie e sociali.**

**Riteniamo quindi che la formazione O.S.S. debba essere svolta con maturità professionale, sanitaria e sociale, svolgendo stage presso le strutture sanitarie a contatto diretto con il paziente, costruendo quel rapporto di fiducia essenziale con verifiche semestrali.**

**Con la maturità professionale sanitaria e sociale potrebbe continuare la formazione per diventare infermiera o sbocchi professionali nel campo socio sanitario, dai bambini alla geriatria, agli anziani, ai disabili.**

# Sulla complessità assistenziale dobbiamo chiederci:

**Quali e quante risorse professionali debbano essere messe in campo affinché l'infermiere possa dedicarsi prioritariamente a quello che è il suo mandato istituzionale (rilevare bisogni, pianificare processi assistenziali, avvalersi del personale di supporto, garantire il risultato)?**

**Quali e quante risorse professionali devono essere messe in campo per un'assistenza di qualità?**

**Quali e quante risorse professionali devono essere mese in campo affinché i cittadini possano avere un'efficace risposta al loro bisogno d'assistenza infermieristica?**

**L’evoluzione dell’organizzazione del lavoro in sanità, è determinata dai progressi scientifici e tecnologici che si stanno realizzando tra le professioni:**

**1)modifiche legislative;**

**2)dalle profonde trasformazioni sull’assistenza ospedaliera;**

**3)dallo sviluppo dell’assistenza territoriale e domicilio;**

**A questo punto è necessario adeguare i comportamenti, le competenze e le responsabilità dell’equipe sanitarie, sia nel complesso che all’interno delle varie componenti, ricordando il concetto di salute come attuato dalla legge 833/78.**

**È evidente che l'OSS è un componente a tutti gli effetti dell'equipe sanitaria, per i contenuti propri del suo profilo professionale e della conseguente formazione.**

**Si evidenzia come la legislazione vigente lo definisce:**

**Legge 43/06, profilo ad interesse sanitario**

**Legge 1/2002 un operatore professionale dell'area sanitaria;**

**Il contratto di lavoro lo colloca nel tecnico.**

**Il Ministero della Salute in altre figure.**

**I nuovi contenuti dei vari profili professionali nei quattro ruoli (sanitario, tecnico, professionale ed amministrativo) non sono più rispondenti all'attuale organizzazione del lavoro in sanità e svolge solo una residuale funzione di riconoscimento di alcuni istituti contrattuali.**

**In quest'ottica ci si augura che l'oss sia collocato NEL RUOLO SANITARIO**

**In quanto è componente effettivo di un'equipe sanitaria, ospedaliera e distrettuale.**

# FORMAZIONE OSS – PROBLEMATICHE

**La Regione Emilia Romagna ha avviato un percorso formativo denominato “certificazione delle competenze” attraverso il quale, tuttavia, la formazione viene svolta in strutture formative dislocate in tutto il territorio nazionale. Il diploma rilasciato peraltro costituisce una certificato e non un attestato, come richiesto dall’Accordo Stato Regioni del 2001.**

**Falsi diplomi rilasciati da alcune associazioni, con attestazione del Ministero della Salute.**

## LA COMPLESSA VICENDA COINVOLGE BEN 13 REGIONI
## SONO OLTRE 10 MILA CIRCA MILLE PER OGNI REGIONE

**BASILICATA**
**CALABRIA**
**CAMPANIA**
**LAZIO**
**LIGURIA**
**SARDEGNA**
**UMBRIA**
**PUGLIA**
**SICILIA**
**TOSCANA**
**VENETO**
**PIEMONTE**
**LOMBARDIA**

**E' emerso che l'attività formativa è svolta prevalentemente a distanza, con strumenti multimediali..**

**Riteniamo che i titoli rilasciati da questi istituti non siano EQUIPARABILI ALLA QUALIFICA DI OSS**

**LA RER della Regione Emilia afferma che il Servizio di Formalizzazione e Certificazione delle Competenze non è di tipo CORSUALE, IN QUANTO TRATTASI DI UNA PROCEDURA DI VALUTAZIONE FINALIZZATA AD ACCERTARE ED EVENTUALMENTE CERTIFICARE LE COMPETENZE ACQUISITE DALLE PERSONE IN VARI CONTESTI, PRINCIPALMENTE DI LAVORO……**

**Il certificato rilasciato al termine dell'accertamento può consistere in un certificato di qualifica OSS o in un certificato di competenze, che attesta solo alcune competenze specifiche della qualifica e non di tutta la figura dell'OSS.**

# L'OPERATORE SOCIO SANITARIO SPECIALIZZATO

**ALCUNE REGIONI HANNO APPORTATO ALLA FIGURA DI BASE E SPECIALISTICO ALCUNE MODIFICHE DI DUBBIA LEGITTIMITÀ, ARRIVANDO A PROPORRE FIGURE PARZIALMENTE DIVERSE DA QUELLE STATALE (ASR del 22 febbraio 2001 e ASR 16 gennaio 2003).**

**(Regione Veneto propone dei moduli aggiuntivi di 200 ore, nella formazione dell' oss di base il quale verrà inserito nell'organizzazione del lavoro in considerazione del modulo aggiuntivo tematico espletato).**

- **RAGIONANDO SU COME PUO' ESSERE ORGANIZZATA QUESTA FIGURA, CI SI CHIEDE SE LA FIGURA DELL'OSS COMPLEMENTARE E' NECESSARIA ….?**

# Oss formazione complementare formati

**VENETO 4.730 OSFC CON 400 ORE**

**ABRUZZO 360 OSFC CON 400 ORE**

**TOSCANA 3.642 OSFC CON 500 ORE**

**FRIULI V.G. 700 OSFC**

**SARDEGNA (LA FORMAZIONE E' TUTTA PRIVATA )**

**_____**

**DAL 2003 AL 2009 FORMATI 9.432 OSFC**

**<u>POST 2009</u>**

**VENETO (CON DELIBERA REGIONALE DEL 2009 SOSPENDE LA FORMAZIONE).**

**FRIULI (HA SOSPESO LA FORMAZIONE) per poi riprendere nel 2011 in via sperimentale.**

**PIEMONTE, su richiesta di alcuni sindacati, vorrebbe formare, in via sperimentale, la 100 OSS FC DA FORMARE .**

**LA CISL IN MOLTE REGIONI HA AVVIATO LA FORMAZIONE DEL COMPLEMENTARE PRESSO I PROPRI ISTITUTI FORMATIVI PER CREARE UN CONTENZIOSO A LIVELLO NAZIONALE.**

**Molti enti accreditati e non accreditati effettuano corsi OSS- OSSS a pagamento sostituendosi alle delibere regionali come autorizzati dalle stesse regioni. (Ial Cisl – Cortivo – Fiore Rosalba – Colvit…)**

**PIEMONTE**
**MOLISE**
**PUGLIA**
**LOMBARDIA**
**CAMPANIA**
**VALLE D'AOSTA**
**SICILIA**
**LIGURIA**
**BASILICATA**
**TRENTINO ALTO ADIGE**
**PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO**
**UMBRIA**
**MARCHE**
**CALABRIA**
**EMILIA ROMAGNA**
**LAZIO**

**PUR AVENDO ADOTTATO ATTI FORMALI NON HANNO AVVIATO NESSUN CORSO**

# Si notano due importanti carenze

- **scarsa formazione per quel che riguarda la conoscenza delle patologie e per quel che concerne l'insegnamento della farmacologia e dell'anatomia;**

- **perdita di importanza della relazione con il paziente.**

**La formazione si caratterizza per essere una formazione essenzialmente tecnica, tesa a sviluppare mere conoscenze tecniche.**

- **Alla luce di quanto evidenziato, considerato anche che la figura del l'operatore socio – sanitario con formazione complementare non è prevista dalla contrattazione collettiva e che mancano delle linee guida ministeriali, molte Regioni hanno prudenzialmente sospeso la formazione di detto profilo professionale**

- **La Regione Veneto, ad esempio, ritenendo che in mancanza del riconoscimento dell'O.S.S. complementare nell'ambito del CCNL del comparto sanità e del necessario inquadramento giuridico ed economico nel 2009 con delibera regionale, ha deciso di sospendere l'organizzazione dei moduli di formazione "*complementare in assistenza sanitaria*".**