

# Federazione Nazionale Migep

## Coordinamento Collegiato

### **Associazione delle Professioni Infermieristiche e Tecniche**

operatore socio sanitario (oss) - infermieri generici – psichiatrici – puericultrici –  
infermieri extracomunitari – ota – asss – adest - osa

Sede sociale via Motta Santa 44 Fondotoce 28924 Verbania tel 0323 496081 – fax 0323 406882 cell.  
3387491756

E-mail [info@migep.it](mailto:info@migep.it) – [migep2001@libero.it](mailto:migep2001@libero.it)

1 Relazione 13 maggio 2010 tavolo di lavoro Ministero – Regioni - OSS

#### **Ruolo – funzioni – fabbisogno**

#### **C'è da chiedersi se l'oss sia una garanzia per l'occupazione o una professione sociale qualificata?**

Si ritiene, a nostro parere, che tutte le professioni che operano nell'ambito dell'assistenza dovrebbero essere regolamentate, definite e soprattutto riconosciute giuridicamente. L'evoluzione tecnologica e scientifica ha coinvolto non solo gli infermieri ma tutti gli operatori che lavorano nel settore sanitario, con il conseguente riordino del sistema sanitario. L'evidente carenza di infermieri ha determinato il ricorso a figure di supporto alle quali delegare gran parte del lavoro di cura " non prettamente infermieristico". Approccio condivisibile se pensato per figure omogenee in ambito nazionale e sufficiente preparate. Ogni regione però ha definito percorsi di riqualificazione differenziati precedendo a deleghe di funzioni sempre più ampie.

In questa partita ha giocato un ruolo importante l'attuale dirigenza infermieristica che in varie realtà assecondando le finalità aziendali si è fatta portavoce di un ridimensionamento della reale gravità della carenza di infermieri, adducendo motivazioni quali il frequente utilizzo di operatori socio sanitari per funzioni improprie. E' difficile infatti pensare che il nostro livello assistenziale sia sensibilmente più basso di altre realtà, il "gap" potrebbe derivare dalla presenza del personale di supporto (oss-oss) che, nonostante abbia un quotidiano contatto diretto con i pazienti, ci si ostina a non considerarlo facente parte pienamente dell'area "sanitaria". L'emergenza infermieristica è poi stata anche strumentalizzata al fine di rendere plausibile la riduzione di posti letto, senza peraltro ricondurli in un disegno complessivo e strategico di politiche sanitarie, utilizzandola di fatto per risolvere problemi di ordine economico.

I risultati ottenuti a livello nazionale in questi anni non sono stati positivi. Mentre chi ha impostato queste linee ritiene di aver raggiunto addirittura obiettivi inimmaginabili, portando l'oss ad essere non più spettatore ma parte di un'assistenza globale, coinvolgendolo in un mondo – ambiente – spazio più grande di lui. Portando l'oss in un'ampia assistenza la quale non riesce ad avere risposte ai bisogni, alle sofferenze, alla salvaguardia della dignità e della centralità delle persone di diverse età.

E' assolutamente necessario fare una riflessione sull'utilizzo di questa figura, **rivedendo le attività improprie per creare i presupposti di cambiamento, contribuendo in modo sostanziale ad identificare i bisogni primari del paziente, soddisfarne le necessità e il recupero attraverso interventi personalizzati.**

Questo fa trovare l'operatore socio sanitario in situazioni di difficoltà e di abbandono a se stessi con ricatti, abuso di esercizio, aumento di disoccupazione. Accorpate i saperi, collegandoli al tirocinio in modo più strutturato. Si evidenzia che le metodologie didattiche siano da confluire sui problemi e non sui contenuti, provando ad accompagnare il percorso dell'oss con modalità valutative più pertinenti.

Si vuole proporre una analisi sull'utilizzo di questa figura, allo scopo di fornire chiarimenti con linee guida, in quanto l'allegato A e B presentano alcuni punti critici. **Nel primo compagno dei verbi "collabora e coadiuva", nel secondo compagno dei verbi che indicano l'autonomia "assiste, realizza, cura, mette in atto". Tale autonomia deve essere intesa solo in merito alle modalità di esecuzione e non per la valutazione dell'assistenza.** In quanto l'autonomia è riferita a metodologie definite a precisi ambiti di intervento operativo, nonché all'attuazione di programmi di lavoro, nelle attività direttamente svolte e nell'attività di coordinamento.

Analizzando quanto sta accadendo e confrontandole con la realtà, risulta evidente l'evoluzione di questa figura, utilizzata nel concepire l'assistenza infermieristica globale, in modo che questo cambiamento di assistenza si realizzi. Cambiamento questo, che richiede l'utilizzo di tutte le componenti presenti contrattualmente, non lasciando l'infermiere come l'unica figura riconosciuta giuridicamente nell'area sanitaria. Si renderebbe quindi necessario un modello di assistenza che individui nei piani di lavoro, nei protocolli e nelle metodologie i punti di riferimento dell'organizzazione del lavoro, in modo tale da consentire un buon risultato rispetto agli obiettivi che la struttura e l'infermiere si sono posti.

Va quindi sottolineato che la definizione tra assistenza di base e avanzata è la stessa definizione, quindi non va intesa come separata o contrapposta all'assistenza in quanto ne è parte. Per comprendere appieno l'evoluzione della nuova figura è fondamentale mettere a confronto le due definizioni ed integrarla con una definizione più adeguata ai cambiamenti di assistenza.

La letteratura ha contribuito enormemente alla ridefinizione dell'assistenza, creando una suddivisione all'interno della stessa, distinguendo tra **l'assistenza di base** ritenuta meno complessa, e quella professionale definendola **assistenza avanzata**.

Analizzando i termini, si può notare che essi coincidono prevalentemente con quello che oggi definiamo assistenza di base, ovvero tutti quelli interventi inerenti all'accudimento della persona, che vanno dal rifacimento del letto, all'igiene, alla somministrazione dei pasti, alla mobilitazione, alle medicazioni semplici che diventano sempre più complesse. Interventi che richiedono conoscenze e capacità nel provvedere ai bisogni della persona ammalata, con una erogazione assistenziale che consente di migliorare professionalmente, facendo fronte ai problemi di salute del paziente migliorando la qualità di vita qualunque sia la malattia o la disabilità fino alla morte.

Lo strumento della delega di funzioni come strumento operativo tra infermiere e operatore socio sanitario, risulta inadeguato per una molteplice di motivi.

In primo luogo la formalità dello strumento, la giurisprudenza ha avuto modo di stabilire **"che per aver la effettiva trasferibilità di funzioni da un soggetto ad un altro, la delega deve essere per iscritto, effettiva, deve comportare il reale trasferimento di poteri decisionali al delegato con conseguente necessità del delegante di controllare, ma di non ingerirsi nell'attività del delegato"**. Perciò diventa impensabile che un infermiere attivi la sua delega con uno scritto

La soluzione deve essere trovata, nei piani di lavoro. **Bisogna individuare le attività attribuibili all'oss sulla base dei criteri della bassa discrezionalità e dell'alta riproducibilità della tecnica utilizzata. Attività attribuibili, e non delegabili.**

Parlare di attribuzioni di compiti serve a far maggior chiarezza anche in tema di responsabilità a seconda del grado di autonomia riconosciuto in quel contesto e per quella attività.

Quindi il **termine delega** di funzioni **assume un diverso valore** tra l'ambito **giuridico e quello gestionale - organizzativo - professionale**.

**Emerge il bisogno di una dettagliata analisi dei fabbisogni formativi su tutti le tipologie.**

L'oss ogni giorno, cerca di fare un bilancio delle cose fatte e di quelle ancora in sospeso, l'oss non finisce mai di apprendere e di migliorare; quando crede di aver raggiunto un obiettivo, ecco che allora ci si accorge che questo è solo l'inizio di un nuovo percorso, che condurrà in contesti e situazioni ancora del tutto sconosciuti. Da qui nasce la voglia di ricominciare, anche seppur in un'ottica diversa e con gran fatica rimane quella forza di volontà che distingue i due operatori socio sanitari che operano sia nel sanitario che sociale.

### **L'oss nel sociale**

chiede con forza di ascoltarla, di rispettarla nella sua scienza/dall'esperienza (quella che non troviamo sui libri), di coinvolgerla nella predisposizione non solo dei progetti individuali, ma anche nei progetti di territorio, di distretto; tutto ciò anche al fine di garantire all'OSS una visibilità sociale che ora non possiede. L'OSS deve partecipare a una formazione permanente che lo sostenga e mantenga le sue motivazioni per un lavoro "di base" di rapporto con situazioni di alta complessità, a volte davvero usurante. È un lavoro basilare e importante, di aiuto, di sostegno, di presenza per accompagnare, per esserci vicino a un malato o a una persona disabile, o a un anziano solo.

L'OSS non ha ancora una formazione adeguata... ma non è un operatore di basso livello, è un operatore di base, cioè del livello più vicino alle persone, nei servizi, è dunque un operatore di alto profilo. L'OSS, insieme ad altre professioni, alla famiglia, al volontariato, alla rete di relazioni, lavora con la persona e per la persona e con la famiglia, in un progetto individualizzato, flessibile, articolato, mirato per quella situazione e non per un'altra, per sostenere ad esempio anche la persona-bambino e la famiglia dove ciò ha senso nell'interesse del minore. (**con conflittualità con la figura della puericultrice**)

E in questo disegno/progetto culturale, sociale e politico l'OSS ha anche una parte importante sia quando lavora a domicilio, sia quando lavora in una comunità, in ospedale o nel centro diurno. L'OSS costituisce un'opportunità preziosa di "cura" nella rete di risorse. Allora si deve far sì come amministratori pubblici, dirigenti dei servizi e forze sociali che gli OSS possano lavorare bene per produrre qualità nella risposta come ponte tra la persona, la famiglia e le istituzioni; tutto ciò perché è un lavoro di cura che incontra la sofferenza a diversi livelli, è una sofferenza che fa male, che dà emozioni anche alla persona/operatore.

L'intervento dell'OSS nella casa della persona è un preziosissimo "strumento di domiciliarità". Si deve sostenere tali operatori non solo con la formazione di base, ma anche con l'aggiornamento e la formazione permanente, perché incontrano il disagio e la solitudine magari di un bambino e di un anziano, perché a casa alla sera si portano storie ed emozioni, perché constatano ogni giorno la carenza di servizi e di organizzazione, perché spesso entrano anche in case sporche, degradate, dove insieme a gatti, canarini e galline, vivono vecchi e, a volte, anche bambini.

Il suo inserimento nei servizi sanitari e sociale ha creato notevoli disagi agli stessi operatori, a causa di una preparazione inadeguata che non soddisfa le richieste dei piani operativi sanitari; pur

svolgendo compiti sociali, con un futuro grigio senza possibilità di miglioramento, la formazione è entrata in un clima di disorientamento generale, si parla di una professione nascente, ma è una professione trascurata, senza omogeneità, spinta fortemente ad adattarsi alle richieste di una emergenza infermieristica fortemente voluta nello stesso tempo.

I processi organizzativi e di lavoro all'interno delle strutture non hanno subito adeguamenti a fronte dell'introduzione della figura dell'OSS; è stata in alcuni casi semplicemente ricalibrata la divisione del lavoro interno, in relazione alle competenze sanitarie che l'OSS possiede e di cui la vecchia figura non disponeva

Nessun cambiamento significativo è stato rilevato neanche dal punto di vista della percezione del profilo, né all'interno delle strutture né all'esterno: poche le operazioni programmate di sensibilizzazione e di definizione del profilo, tanta la confusione tra ruoli e tanta disinformazione.

Mancano strumenti mezzi che diano indicazioni, una progettazione, una formazione reale, manca l'uso dei mezzi necessari e tecnici per le riprese sui territori delle varie situazioni da raccogliere ed evidenziare. Mancano azioni e tempi per riprogettare i rapporti con enti e gestori dei servizi per verificare la qualità e la formazione dell'operatore anche sul territorio.

Le strutture del territorio stanno cercando di adeguarsi a questa nuova tipologia di richiesta, sia nel supporto "leggero" dell'assistenza domiciliare, sia nella risposta para-ospedaliera delle strutture assistenziali, con un uso sempre più diffuso dei centri diurni come soluzioni intermedie tra la domiciliarità e l'ospedalizzazione.

Alla luce di ciò, occorre aggiungere che l'impiego di questa nuova figura, all'interno delle strutture sanitarie, non è ancora così rilevante come in altri ambiti, poche le assunzioni rispetto all'ingente formazione erogata. Nell'applicazione concreta, la creazione dell'OSS è stata per lo più percepita come un'evoluzione verso una figura di **mininfermieri** che non ha riscontro con l'effettiva necessità di utilizzo all'interno delle strutture. Bisogna mettere a disposizione strumenti d'informazione, conoscenza, visibilità, promuovendo con diffusione e conoscenza sulla professionalità che deve caratterizzare la figura dell'oss nel lavoro di supporto.

Il rischio fortemente percepito è che la creazione dell'OSS sia da intendersi semplicemente come una risposta temporanea alla carenza infermieristica, a cui non è corrisposto un adeguamento organizzativo in grado di recepirlo. Probabilmente qualificare ulteriormente il profilo dell'operatore di base in un'ottica di integrazione socio-sanitaria, ha permesso alle aziende di rispondere in parte alla carenza di infermieri, ma non ha soddisfatto le richieste di maggiore professionalizzazione degli operatori e non ha portato né ad una adeguata ricezione organizzativa delle strutture né ad una maggiore riconoscimento sociale della figura.

Inoltre occorre fare i conti con la nuova formazione dell'infermiere, a cui è richiesta la laurea, il che implica necessarie trasformazioni organizzative e una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle funzioni di tutto il personale, sia di supporto che infermieristico. In linea di massima si può dire che l'impiego e la responsabilità dell'OSS varia a seconda del livello di intensità di cura del servizio: nei reparti in cui il servizio è a rilevanza sanitaria, la figura dell'infermiere prevale.

Nelle lungodegenze, RSA e case protette, dove prevalgono le funzioni di base, l'OSS diventa centrale. Non si può determinare la funzionalità dell'assistenza solo demandando o sotto la supervisione dell'infermiere, il quale molte volte demanda solo perché ritiene non più di sua pertinenza alcune funzioni senza poi visionare l'azione. Ed ecco le conseguenze: la mala-sanità. La ripresa di una mala sanità costante è dovuta anche alle leggi che non danno indicazioni chiare ma lasciano a

ognuno l'interpretazione delle norme. Bisogna anche saper fare una scelta dei contenuti per dare ripresa ad una sanità disastrosa voluta da un sistema gerarchico che ha puntato tutto sui master lasciando il resto del personale senza strumenti formativi e di aggiornamento reali di operabilità in un contesto sanitario.

Anche su quanto ha determinato il **Decreto Legge 1 Luglio 2009, n. 78, art. 24, comma 68 dove codesta federazione ha formulato un quesito interpretativo sulla natura giuridica delle volontarie Croce rossa italiana** - Chiedendo se nell'ambito civile le volontarie debbano essere considerate a tutti gli effetti come operatore socio sanitario specializzato o se l'abilitazione di detto personale, nell'assolvimento dei compiti propri per le Forze armate, allo svolgimento di servizio di assistenza e di emergenza con funzioni ed attività proprie della professione infermieristica. E se è abilitato alla partecipazione a concorsi pubblici richiedenti quale titolo di ammissione il conseguimento dell'attestato di operatore socio sanitario specializzato. Se dovesse essere così dobbiamo aggiungere al numero presunto di oltre 170 mila oss anche le oltre 20 mila crocerossine. A questo punto sarebbe opportuno bloccare la formazione selvaggia per rivedere il fabbisogno effettivo delle strutture sanitarie.

Come già espresso in una nota inviata al ministro il 15 febbraio, si chiede a codesta commissione di lavoro di poter analizzare un elenco anagrafico nazionale degli operatori socio sanitario al fine di effettuare un censimento, in quanto ritiene che la mancanza di una specifica normativa sulla formazione ha determinato un numero imprecisato di operatori socio sanitari sul territorio nazionale. Attraverso tale elenco sarà possibile monitorare lo sviluppo della formazione degli operatori socio sanitari da parte del Ministero e nel contempo il numero dei professionisti formati. Sarebbe opportuno, qualora la commissione lo ritenessero utile, che l'elenco di cui sopra venga redatto con uno spirito di collaborazione reciproca vista l'importanza della materia del progetto che s'intende perseguire. E nel contempo chiede di essere abilitata alla conservazione dell'atto stesso come richiamato dal codice civile 2229 – 2061. Inoltre ha inviato a tutti gli assessorati la richiesta dati sulla quantificazione di oss formati e di conoscere quali siano i criteri adottati relativi alla formazione.

Ciò premesso come componente all'insediamento di codesto tavolo di lavoro tecnico politico sulla tematica generale dell'oss proponiamo fin da oggi di programmare una serie di incontri per meglio approfondire tecnicamente la materia in questione al fine di elaborare una proposta definitiva.

La federazione migep

