

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 – migep2001@libero.it

2 relazione 13 maggio 2010 tavolo di lavoro Ministero – Regioni - OSS

formazione

Purtroppo si è diffusa una formazione “fast- food”, costituita principalmente da abbuffate di modelli precotti, che debbono fornire tutte le risposte nel minor tempo possibile, con il minimo sforzo ed impegno personale da parte degli allievi e docenti, che devono così seguire linee precostituite con costi elevati.

Riteniamo che la formazione debba essere equa su tutto il territorio e, come tutte le cose, debba prevedere un percorso lungo e faticoso oltre che costante nel tempo.

Tutto questo implica maggior impegno personale, sia nel piano dello studio che professionale.

In secondo luogo se consideriamo il rapporto infermieri/cittadini in Italia notiamo che siamo uno dei paesi con la percentuale più bassa d'Europa, pertanto riteniamo che questa soluzione non è in linea con le aspettative della sanità che vogliamo.

Per questo è importante che l'OSS **entri nell'ambito del nursing di assistenza come figura professionale dell'area sanitaria, perchè il compito di questa figura è quello di aiutare la persona malata a raggiungere un modello di vita che gli renda possibile una relazione adeguata a questa società.**

Soprattutto questa categoria deve **poter partecipare alla formazione continua** in quanto fa parte integrante di una sanità sia pubblica che privata, che sociale.

Bisogna rideterminare la formazione che non deve essere più a libero mercato di chiunque, ma attuata attraverso istituti sanitari.

Bisogna trasmettere attraverso una progettazione di formazione e aggiornamento, un progetto di flessibilità individualizzata efficiente ed efficace, insieme alle altre figure professionali coinvolte nell'equipe.

Uno dei nodi critici che è necessario risolvere e su cui occorre che si concentri l'attenzione di chi si occupa di formazione è senz'altro la “**manutenzione formativa**” degli OSS, ossia costruire un percorso formativo che fornisca agli operatori tutte le competenze tecniche e relazionali richieste dalla rete locale di servizi, sulla base dei processi di sviluppo e di cambiamento in atto.

L'altro elemento emerso è la necessità che la formazione non trasmetta solo risposte e meri contenuti, ma metta l'allievo in condizione di porsi delle domande, di sviluppare la curiosità di apprendere e di adattare costantemente il proprio bagaglio di conoscenze alla realtà contingente.

E' su queste basi che riteniamo che per corrispondere a quelle che sono le nuove esigenze della sanità italiana è necessario riaprire le scuole regionali **in istituti tecnici sanitari** per la formazione dell'OSS con sviluppi di programmi, di insegnamento e di ricerca nell'ambito riabilitativo, tecnico – sanitario e sulle tecniche della prevenzione, uniformi su tutto il territorio nazionale, utilizzando i fondi europei.

Il problema non è solo nella formazione di base, manca anche la continuità dell'aggiornamento da parte delle aziende che rivolgono la formazione continua solo alla figura dell'Infermiere.

Le cooperative e le RSA ignorano del tutto la formazione, l'aggiornamento del proprio personale e le vere competenze dettate dagli allegati A e B, imponendo mansioni improprie che espongono l'utente a subire danni alla propria salute .

Riteniamo positivi tutti gli strumenti che possono promuovere cultura, sensibilizzazione, informazione, consolidamento o recupero degli operatori nel lavoro di cura, nella formazione permanente e nel continuo aggiornamento e che tutto debba essere finalizzato alla qualità dell'assistenza. Questa è solo la punta di un iceberg relativamente alla gestione del rischio, che può essere controllata con una buona formazione continua e che dovrebbe eliminare tutti quegli errori, anche minimi, che quotidianamente l'operatore compie.

Riformulare ed adottare il percorso formativo rispettando i contenuti generali imposti dalle normative, potrebbe aiutare a garantire maggiore efficacia ai bisogni del mercato del lavoro, nonché rispondere in maniera più puntuale alle caratteristiche delle persone che si iscrivono ai corsi.

La proposta di avere un riferimento di identità in un OSS che li accompagna come tutor potrebbe essere vincente.

Nasce l'esigenza di definire un profilo di competenze comuni su cui fondare le funzioni del tutor: **competenze cognitive, comunicative e razionali, organizzative, etiche, deontologiche e di gestione dell'apprendimento. Il tutor** deve essere un buon professionista, deve conoscere le modalità di apprendimento degli adulti :

Knowles: modello che focalizza l'attenzione sull'apprendimento degli adulti,

Schos: modello che focalizza l'attenzione sull'apprendimento riflessivo.

Il ruolo del tutor dovrebbe essere chiarito, e perfino formalizzato a livello Ministeriale, all'interno delle strutture e, per quanto concerne la figura dell' OSS, **dovrebbe essere un OSS già inserito piuttosto che un infermiere, per evitare il più possibile una confusione tra posizioni operative differenti.**

Bisogna promuovere e riattivare verso questa figura coinvolta in un lavoro spesso usurante e fonte di emozione la conoscenza della propria professione, perché gli operatori possano continuare a fornire un rapporto di cura in un contesto di qualità, serenità, disponibilità.

L'operatore nell'ambito dell'assistenza di base deve essere in grado di apprendere dall'esperienza e di adattarsi alla realtà organizzativa in cui opera in maniera flessibile.

L'avvio della formazione con progetti di addestramento, richiede che lo stesso tutor svolga anche le stesse funzioni a favore di personale neo-assunto curando il momento dell'inserimento nelle unità operative, favorendo una rapida socializzazione alla cultura dell'azienda nonché l'apprendimento delle competenze essenziali che gli permettano di assumere le responsabilità richieste.

Il tutor deve essere considerato una figura cruciale per il modello professionale, per l'apprendimento in concomitanza con l'assistenza e al tempo stesso per la capacità di creare relazione con l'allievo/neoassunto.

Il tutor aziendale è un punto di riferimento per il **neo-assunto** come figura cardine cui è deputata l'accoglienza nell'organizzazione ed il graduale inserimento dei giovani nel sistema organizzativo.

Ha anche un ruolo di orientamento e guida del **neo-inserito** nell'organizzazione.

Passare dalla semplice informazione all'apprendimento non è facile, deve cambiare qualcosa: **“la motivazione”**. Perché l'OSS è lì guarda, ascolta, assorbe, apprende per imitazione, e proprio per questo è indispensabile che l'OSS tutor sia fortemente motivato a svolgere il suo mandato. Perché lui è il modello dell'OSS.

Quindi il tutor deve essere una guida, un sostegno, un modello competente, capace di far ragionare e riflettere sull'esperienza, di collegare la teoria con la pratica, di trasmettere il gusto di lavorare, e il comportamento preventivo relativo ai rischi. Questa è una delle prime raccomandazioni che deve essere fatta, l'allievo deve sapere che ogni gesto sbagliato può causare problemi al paziente e ne risponde anche il personale di servizio.

Sull' OSS con formazione complementare

La modalità con cui nasce questa figura è **ibrida** e risente del precedente sistema di regolamentazione dell'esercizio professionale.

Com'è noto, dalla riforma del titolo V della costituzione, il sistema si articola in un doppio passaggio che vede il coinvolgimento di Stato e Regioni nella formulazione delle definizioni di competenze.

Questa nuova figura potrà svolgere mansioni di maggior responsabilità, quali la **somministrazione dei farmaci per via naturale o intramuscolare acquisendo un mansionario vecchio di 36 anni dell'infermiere generico**.

Pur **non essendo una figura professionale** a pieno titolo, mancandone giuridicamente e sociologicamente numerosi aspetti, essa viene assimilata alle professioni, quanto meno nella genesi normativa.

È una sorta di **operatore dalla duplice indicazione** delle fonti che lo hanno istituito. Viene **stabilito un ulteriore passaggio** “ oltre a svolgere le competenze professionali del profilo....” **facendo capire che vi sono attribuzioni aggiuntive**.

Se il profilo di appartenenza è quello del 2001 che natura ha realmente l'allegato A?

A questo punto bisogna capire cosa contenga esattamente l'allegato A in questo accordo. Se il profilo dell'Operatore Socio Sanitario è quello di base non si capisce bene cosa sia quello attuale. Viene rubricato come elenco delle principali attività stabilendo implicitamente che esso si innesta sul profilo di base.

Quindi l'operatore socio sanitario specializzato con formazione complementare conserva tutte le attribuzioni di base previste dall'accordo del 22 febbraio 2001 e l'elencazione contenuta nell'accordo del 16 gennaio 2003. Tale elenco diventa aggiuntivo e non di certo in sostitutivo rispetto all'accordo del 2001.

Il termine OSS fc determina una figura di formazione post base, una figura di supporto anziché una figura autonoma

L'operatore socio sanitario con formazione complementare, subisce il filtro dell'infermiere sotto tre diversi ambiti:

- **dell'organizzazione**
- **dell'emanazione di direttive**
- **della supervisione dell'operato**

Possono tra loro coesistere queste figure o possono gli atti essere esercitati in via esclusiva?

Tale figura potrebbe dare il via a provvedimenti analoghi per altre professioni con ricadute assai poco favorevoli in quanto non si tratta di un nuovo profilo ma di una specializzazione dell'operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria

Il vero problema dell'inserimento dell'operatore socio sanitario con formazione complementare o specializzato ed anche per quello di base (OSS) è la riorganizzazione del lavoro in équipe all'interno dei servizi.

È stato notato che l'operatore con formazione complementare, ed anche senza, devono avere una forte relazione con il paziente. Non avendo bene davanti il quadro della patologia, quale tipo e livello di relazione svilupperà con il paziente?

Si delinea un operatore molto tecnico e poco preparato su altri fronti.

Si notano due importanti carenze: **la inesistente formazione inerente la conoscenza delle patologie e la scarsa importanza data alla relazione con il paziente. Curiosamente questa figura avrà conoscenze sull'insulina - terapia ma non sulla malattia che sta all'origine del bisogno della terapia insulinica.**

Pertanto si sottintende che da parte del migep si esprime parere non favorevole alla creazione di ulteriori figure complementari ad altre in quanto ciò comporterebbe un'ulteriore duplicazione e parcellizzazione di mansioni con riflessi negativi sull'organizzazione del lavoro delle unità operative .

E' comunque ferma la priorità dell'inserimento della formazione.

Riteniamo che l'oss complementare, se l'istituzione di questa figura dovesse essere integrata in tutte le regioni, debba essere impiegato esclusivamente in ambito sanitario, in quanto la sua funzione è sanitaria, essendo tale figura nata per acquisire una professionalità sanitaria

Occorre, a nostro parere, investire negli enti formativi di formazione sanitaria con un massiccio pacchetto di ore, con controllo sulle responsabilità, sull'aspetto economico, quante domande, ed un numero di formazione.

Occorre valutare il fabbisogno del territorio per evitare lo strascico di figure professionali, valutare i carichi di lavoro. Occorre definire gli organici, valutare la carenza del personale, prevedere la stabilizzazione del personale precario per evitare straordinario spreco di risorse con distribuzione delle competenze. Ma soprattutto valutare un livello di negoziazione con scuole pubbliche (istituti sanitari) con copertura dei fondi europei.

In Norvegia la formazione degli OSS viene affidata ai **licei** ad indirizzo **socio sanitario**, questo percorso di studio ha una durata **triennale**.

Il compito principale dell'OSS norvegese è l'assistenza ai pazienti anche con patologie croniche, può lavorare anche in modo indipendente. Al termine del corso triennale può proseguire gli studi con un altro anno in uno dei settori che più lo interessano.

L'assistenza viene erogata da figure diverse nei limiti delle loro specifiche attribuzioni, chiare, anche se complesse, ma **soprattutto** hanno una preparazione elevata.

Figure diverse, ma accomunate da una formazione con insegnamento pratico e teorico, orientata ad acquisire capacità nel rispondere ai bisogni di salute nella continuità di vita delle persone.

In alcuni stati tale figura è utilizzata nel soccorso avanzato (911) equivalente al nostro 118. Infatti nelle ambulanze non ci sono infermieri ma tecnici dell'emergenza adeguatamente addestrati.

Come si può vedere a livello europeo la presenza di diverse figure assistenziali, non viene considerata elemento di rischio per la qualità dell'assistenza erogata, nè causa di deresponsabilizzazione giuridica o confusione organizzativa, (cosa che qui in Italia è all'ordine del giorno).

È su queste basi che riteniamo che per corrispondere a quelle che sono le nuove esigenze della sanità italiana livello europeo è necessario istituire degli **istituti tecnici sanitari** ad indirizzo **socio sanitario** con una durata **biennale**, per la formazione dell'Operatore Socio Sanitario con sviluppo di programmi e di insegnamento e di ricerca nell'ambito riabilitativo, tecnico – sanitario e tecniche della prevenzione uniformi su tutto il territorio nazionale se si vuole parificare questa figura a livello europeo.

Ragionando su come può essere organizzata questa formazione, ci si chiede se la figura dell' l'oss complementare è necessaria così com'è, oppure se non sia possibile ragionare su una figura intermedia autonoma tra l'oss di base e l'infermiere.

La federazione migep ritiene che l'assenza di una figura intermedia di supporto ha rilevato il non aver tempo disponibile a soddisfare i bisogni primari dell'utenza e pianificare un'assistenza più personalizzata e meno routinaria.

Sarebbe a questo punto necessario una revisione degli attuali modelli organizzativi dei servizi, ma bisogna avere il coraggio di mettere in discussione alcuni preconcetti che inducono lo status quo:

- ✓ Preconcetti da parte dell'infermiere, sulla sua responsabilità giuridica
- ✓ Preconcetti sulla responsabilità dell'oss e oss fc
- ✓ Preconcetti sugli elementi che l'infermiere deve esaminare per valutare la prescrittibilità di interventi tecnici assistenziali ad altri operatori
- ✓ Preconcetti sulla reale funzionalità dell'organizzazione alle esigenze assistenziali degli utenti.

Per questo motivo è indispensabile che l'istituto tecnico sanitario si suddivida in due rami: il primo prettamente sanitario con formazione e competenze approfondite in ambito sanitario ed un'altra parte con competenze più specifiche dal punto di vista del sociale. In quanto occorre dare un corretto equilibrio con ruoli chiari collocando l'oss con trasparenza nei diversi ambiti lavorativi, in quanto la continua evoluzione tecnologica e professionale impone una formazione permanente per tutte le figure.

Sulla Figura intermedia

Come migep abbiamo presentato una proposta di legge per poter affrontare il tema della carenza infermieristica dentro e fuori dal sistema sanitario che sta portando un aumento del mansionismo per far fronte alle sofferenze del malato.

Ci si domanda se esiste una possibilità per uscire da questa situazione? Certo, sempre che ci sia una volontà politica adeguata.

Nonostante la resistenza nel non comprendere la necessità di rivedere il sistema sanitario, la proposta di legge 81 “riordino del ruolo infermieristico” si inserisce in un dibattito aperto relativo alla riprogettazione dei profili professionali, nell’apertura di istituti tecnici sanitari, all’unificazione su tutto il territorio nazionale dell’oss con competenze chiare, l’individuazione di una figura intermedia autonoma infermieristica con una formazione secondaria superiore, ed è sintomatico della necessità sempre più impellente ripensare al ruolo di assistenza nel contesto di un servizio sanitario nazionale sempre più centrato sulla persona.

Non dimentichiamoci che tutti sono utili, nessuno è indispensabile, ed ognuno nel proprio ambito contribuisce a rendere la sanità più efficiente a soddisfare le esigenze dei cittadini.

La federazione Migep

