

A CURA
DEL COORDINAMENTO COLLEGIATO MIGEP
Associazione delle Professioni Infermieristiche e Tecniche



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

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

Nonostante i dibattiti e le riflessioni nelle istituzioni, emergono ancora perplessità sul ruolo dell'oss, ritenendo che questa figura può rappresentare un ruolo **multidisciplinare**, completando un'assistenza di qualità con larga ampiezza di compiti sia di carattere alberghiero che di natura sanitaria mirata a colmare la carenza infermieristica.

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, soddisfacendone le necessità e il recupero attraverso interventi personalizzati.**

I cambiamenti che la sanità vive ogni giorno ha provocato radicali cambiamenti nella assistenza del paziente, richiamando l'attenzione sulle responsabilità nello svolgimento delle proprie funzioni e sull'impegno di queste figure di supporto per colmare la carenza infermieristica.

Il riferimento alla formazione di base e post base richiama l'oss ad una responsabilità superiore nella propria attività in base alle capacità e alle esperienze avute secondo il giudizio dell'infermiere e capo sala.

Tutti questi cambiamenti uniti alla carenza infermieristica e alla nascita dell'oss con competenze alberghiere hanno portato gli uffici infermieristici ad un ripensamento sul modo di concepire l'assistenza infermieristica, anche per utilizzare le risorse esistenti, mettendo in discussione concetti, definizioni e punti di vista sulla razionalizzazione dell'impiego dell'oss, con un modo diverso di concepire l'assistenza infermieristica.

È altrettanto necessario e indispensabile una riorganizzazione dell'assistenza, in primis con l'introduzione di nuovi modelli assistenziali, (l'infermiere diplomato D.L. 81) ma anche verso l'intero sistema sanitario, al fine di mantenere e garantire una qualità assistenziale adeguata ai tempi.

Oggi ci dobbiamo chiedere che cos'è l'assistenza infermieristica e i diversi contributi della letteratura.

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, ecc., 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.

In questa fase secondo il giudizio dell'infermiere e la capo sala, l'oss assume una responsabilità in cui mette in atto determinati interventi di assistenza infermieristica completa. Ed in questa fase è importante che l'istituzione prenda coscienza del contributo fondamentale che questa figura può dare nei vari contesti, favorendo la crescita e lo sviluppo di tutte le attività che ruotano attorno.

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 rende 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.

Pertanto, viene proposta un'analisi sulle attività previste, allo scopo di fornire chiarimenti e linee di indirizzo, strumenti utili per una omogeneità nei vari contesti operativi, in quanto in diverse occasioni è frainteso dall'interpretazione degli allegati A-B rispetto alle vere competenze del proprio profilo.

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.

PRIME RIFLESSIONI SULL'INSERIMENTO ED INTEGRAZIONE NELL'EQUIPE ASSISTENZIALE DELL'OPERATORE O.S.S.

L'oss non è propriamente un infermiere o un aiuto infermiere, ma un operatore che è parte integrante dell'equipe in un'ottica multidisciplinare, a sostegno dei bisogni primari dell'utente. **E su queste basi l'oss deve trovare il giusto equilibrio per rilanciare e acquisire maggior capacità nella gestione e programmazione dell'assistenza, con l'obbligo di formazione, da cui è attualmente esclusa, con inserimento nell'area sanitaria per via dell'ampiezza dei compiti.**

Crediamo che il modo più idoneo sia quello di sostenere la tesi della creazione di modelli di assistenza omogenei, individuando **tre figure nell'area sanitaria “ oss – infermiere diplomato – infermiere”**, con apertura di **istituti tecnici** a livello regionale, permettendo di raggiungere gli obiettivi di assistenza e promozione di una sanità che si evolve.

L'assistenza in questo momento è anche legata particolarmente alla buona volontà di tutte le forze sociali e politiche, in quanto hanno una grande responsabilità, cioè quella di sollecitare ed imporre con forza linee comuni che tutelino queste figure, affinché anche le strutture sanitarie e socio sanitarie sostengono questo percorso definendo chiaramente le loro competenze e, tenendo conto che le aziende non possono speculare sulla professionalità, ma devono rispondere esaurientemente alle aspettative del cittadino – utente.

La necessità di una figura di supporto sanitario e sociale all'interno delle organizzazioni assistenziali, è un tema da tempo discusso in relazione a molteplici motivi, legati, sia a situazioni tendenti ad un uso più ottimale delle risorse, e a una valorizzazione di professionisti che hanno cresciuto il loro bagaglio di conoscenze ed il loro patrimonio cognitivo attraverso l'avvento della formazione universitaria, sia alla mancanza di personale infermieristico, sia per motivi economici.

A questa carenza le regioni hanno creato una figura di supporto anche nel settore sociale (a volte impropriamente socio sanitario) assumendo nomi diversi a seconda della regione di formazione. (Adest – OAA – OSA – AAB – ADB – ASA – ADA).

Oggi viene individuata una nuova figura, l'oss " operatore socio sanitario ", che svolgerà sotto la diretta sorveglianza e responsabilità dell'infermiere, attività e compiti di assistenza sanitaria. Quindi svolge attività su "indicazione."

Le Regioni hanno apportato delle variazioni sostanziali sulle mansioni di questa figura, soprattutto ampliandone le competenze nel settore sanitario ". Molte aziende hanno stabilito dei criteri relativi alla somministrazione di farmaci per l'effettuazione di terapia iniettiva intramuscolare: in modo più strutturato per la regione Lombardia, stabilisce che l'oss nell'assolvimento delle sue mansioni "agisce come figura di supporto in base alle proprie competenze e in applicazione dei piani di lavoro e di protocolli operativi predisposti dal personale sanitario e sociale preposto", attribuendogli altri funzioni oltre a quelle già esplicitate dalla normativa statale (supposte, clisma fleet, farmaci trandermici, gocce oftalmiche e auricolari), sulla base dei criteri della bassa discrezionalità richiesta e dell'alta riproducibilità della tecnica utilizzata.

In modo più estrapolato dal contesto, la regione Veneto, ha varato una vera e propria legge regionale, con l'effettuazione di terapia iniettiva intramuscolare. La provincia di Bolzano rispetto al documento statale, individua una figura con aspetti infermieristici di dubbia legittimità, in quanto stabilisce che "l'osa e' responsabile per il benessere generale sul piano fisico - psichico e sociale della persona da assistere", con somministrazione di farmaci, medicazioni di ferite, alimentazione tramite sonda che interferiscono con le professioni della riabilitazione. Del tutto illegittimi sono i compiti che interferiscono con le professioni della riabilitazione, infatti l'osa completa l'attuazione di programmi terapeutici a livello motorio di ergoterapia e di logopedia.

Alcune regioni e province autonome sono andate oltre a quello che sono le normative, prevedendo direttamente la somministrazione di farmaci con diverse impostazioni.

E' utile sottolineare che si parla di **assunzione** e non di somministrazione, i due verbi non sono sinonimi. **Il primo indica un'attività rivolta verso il paziente; il secondo un fare attivo da parte dell'operatore.** In caso di errori la responsabilità ricade interamente sul professionista e resta all'operato la pura e semplice responsabilità dell'esecutore. La somministrazione di farmaci e' tradizionalmente riservata al personale infermieristico. Perciò le aziende non possono confrontare le funzionalità di assistenza ospedaliera con quello domiciliare, (familiare – badanti) in quanto questi non sono soggetti a tale legge. La somministrazione dei farmaci per via orale.... rientra tra gli atti quotidiani di vita.... che è tenuto a compiere colui al quale sia affidata permanentemente tutore, esercente la patria potestà (minore, interdetto, inabile ecc), l'onere di tali attività si trasferisce a colui al quale venga affidata, anche temporaneamente la custodia. Nell'esercizio di tale attività l'affidatario risponde nei limiti della propria responsabilità. Mentre le aziende sono soggette all'art 100 – 99 del R.D. del 27 luglio 1934 n 1265. Pertanto è illegittimo l'ordine con cui vengono incaricati gli operatori alla somministrazione dei farmaci agli assistiti, in quanto non compete a tali figure la somministrazione di farmaci.

Il Tar della Toscana ha sentenziato che non compete all'operatore tecnico addetto all'assistenza, agli ausiliari, agli operatori di provenienza sociale, la somministrazione dei farmaci agli assistiti in quanto si richiede una qualificazione, oltre a esperienza professionale. La somministrazione dei farmaci è del tutto estranea ai compiti di personale con qualifiche diverse da quella infermieristica, e non può ritenersi mansione complementare e strumentale rispetto agli obiettivi di lavoro di tali figure, e sono da considerarsi del tutto estranee alle mansioni affidate dalle normative vigenti. Sono state respinte le tesi tendenti a ricomprendere l'attività di somministrazione di farmaci come

“pienamente rientrante tra i compiti del personale operante nelle strutture senza distinzione di qualifica”. (TAR Toscana, II sez. sentenza 11 giugno 1998, n 552). La negazione rientra anche nelle competenze dell’oss, in quanto la somministrazione di farmaci per via orale rientra tra gli atti quotidiani di vita che è tenuto a compiere colui al quale sia affidata permanentemente (tutore, esercente la patria potestà, ecc) o alle figure professionali, Infermiere. Pertanto si parla di aiutare il paziente per una corretta assunzione dei farmaci e non somministrazione.

Altre voci sono di difficile interpretazione, come per esempio " **piccole medicazioni**" per piccole medicazioni si possono intendere medicazioni non estese, medicazioni non invasive ecc. La regione Emilia - Romagna ha specificato **che si tratta di "medicazioni piatte da eseguirsi secondo protocolli assegnati"**. Riteniamo che questi dubbi devono in realtà essere risolti, parlare di attribuzione di compiti, serve far maggiore chiarezza anche in tema di responsabilità.

L'attività della **delega**:

e' fortemente sentita, in ambito gestionale per delega si intende "**il processo di gestione operativa del lavoro che si attua attraverso l'attribuzione di autorità per la realizzazione di un compito o di un obiettivo**". Quindi il termine delega di funzione assume un diverso valore tra l'ambito giuridico e quello gestionale - organizzativo - professionale. Il problema che si pone, e' quello appunto di stabilire l'eventuale rilevanza penale della delega, sia sotto il profilo di una eventuale esenzione di responsabilità del titolare originario, sia sotto quello di una assunzione di responsabilità da parte del nuovo soggetto di fatto preposto all'adempimento.

Responsabilità

Rappresenta il carattere o la situazione di colui che è chiamato a rispondere in prima persona di una persona di un fatto o di un atto compiuto nell’esercizio delle proprie funzioni con piena autonomia decisionale. Da ciò discende l’obbligo di esercitare la propria attività professionale con prudenza – perizia – diligenza; con tutte le norme giuridiche di responsabilità e professionale.

Ruolo

È lo spazio ricoperto da una figura professionale nell’ambito dell’organizzazione, è definito formalmente in base al titolo ricoperto e alle responsabilità assegnate. I compiti e le conseguenti azioni e attività che una figura professionale svolge all’interno dell’organizzazione e a seguito delle proprie competenze, dettate dall’acquisizione di titoli abilitanti conseguiti secondo la legislazione corrente.

Formazione

Tutto quello che abbiamo finora illustrato e descritto deve essere preso in considerazione nella formazione del personale sanitario. La formazione è intesa come sistema di supporto volto a migliorare l’istituzione scolastica, l’addestramento, l’aggiornamento, e l’educazione permanente e ricorrente ECM (Educazione Continua in Medicina).

Le competenze

Sono quelle derivanti dall’acquisizione di titoli abilitanti conseguiti secondo la legislazione corrente, laddove richiesto, o dal possesso di adeguato titolo di studio o da partecipazione a processi formativi o dall’esperienza maturata in costanza di lavoro.

Purtroppo si è diffuso una formazione “ fast- food”, costituito principalmente da abbuffate di modelli precotti, che devono fornire tutte le risposte nel minor tempo possibile, con il minimo sforzo ed impegno personale da parte degli allievi e docenti che devono seguire linee precostituite con costi elevati. (1000 ore Sicilia- 400 ore Calabria, Sardegna – 330 ore Toscana, Lazio, Bolzano – 300 ore Marche – 250, Campania – 200 ore Friuli V.G., Umbria – 180 ore Emilia Romagna – 130 ore Liguria, Lombardia, Trento – 120 ore Piemonte – 0 ore Veneto)

Riteniamo che la formazione deve essere equa su tutto il territorio, come tutte le cose, deve prevedere un percorso lungo e faticoso oltre che costante nel tempo, implica in questo modo impegno personale, sia nel piano dello studio che professionale.

Si deve sempre considerare tre momenti importanti nella formazione:

- ❖ Saper
- ❖ Saper fare
- ❖ Saper essere

La definizione del sapere è strettamente connessa con il reperimento di informazioni, arricchimento teorico, studio, letture, riferimenti bibliografici e anche sul piano personale, riconoscendo se stessi nelle proprie dinamiche quotidiane.

La definizione del saper fare è collegato all'apprendimento di tecniche e alla capacità di tradurre in operatività il bagaglio del sapere.

Il saper essere è strettamente collegato agli aspetti psicologici e alla risoluzione – gestione dei propri conflitti.

L'OSS è dunque la risultante di una fusione tra l'ambito sanitario e quello sociale.

L'oss nasce come figura di supporto all'assistenza e non come figura infermieristica vera e propria. La sua dipendenza gerarchica è rivolta verso il personale sanitario e sociale, mentre l'infermiere generico ha una dipendenza gerarchica dal medico. Questa dipendenza relazione con il medico non compare nelle norme istituite dell'oss.

La creazione di questa figura assistenziale e il suo inserimento nei servizi, non ha avviato la necessaria revisione dei modelli organizzativi delle nostre strutture sanitarie. In sintesi poco si discute e quasi nulla si modifica

Le regioni hanno istituiti sistemi formativi piuttosto dissimili, a volte affidando la formazione ad agenzie private con costi da 5.000,00 euro, a volte a istituzioni pubbliche altre ancora direttamente gestite dalle aziende sanitarie locali. Non sempre viene stabilita una uniformità nella gestione, nella direzione e nella docenza di detti corsi.

La funzione specifica di questa figura e' che sarà impegnata in supporto della figura mancante, (infermiere generico, puericultrice, psichiatrico), figura che si potrebbe riconoscere nell'area sanitaria in quanto la funzione dell'oss impegnata nel nursing riabilitativo, rafforza quei punti in modo che possa continuare in maniera soddisfacente e il più a lungo possibile la propria professione.

In sintesi la figura oss e oss specializzato non possono certo definirsi come la riedizione, ancorché corretta e aggiornata dell'infermiere generico della puericultrice e del psichiatrico per molti motivi:

- ❖ In primo luogo l'infermiere generico - psichiatrico - puericultrice e', nell'ordinamento italiano, fin dagli anni settanta, una vera e propria figura infermieristica, insieme al professionale "dpr 761/ 79 lettera H"(professionale , inf. Generico, inf. psichiatrico - puericultrice e vigilatrice d'infanzia), attualmente dopo che il governo ha emanato 22 decreti riconoscendo nuovi profili professionali, la figura infermieristica e' una sola l'infermiere (l'ex inf. Professionale), stabilito anche dalla legge 42/99 (che elimina l'arte ausiliaria) tralasciando fuori l'inf. generico - psichiatrico - e puericultrice. Il contratto collettivo 2002-

2005 con una declaratoria che esalta il ruolo di queste figure, ne individua una elevata autonomia, capacità professionale specifica integrandole nuovamente nell'area sanitaria.

Il punto di forza dell'oss è senza dubbio la sua flessibilità il suo essere socio - sanitario, il suo essere.

Il punto debole invece è determinato dal fatto che ricopre con particolare riferimento alle figure ex ota ed ex ausiliario specializzato, di cui gli vengono retribuiti anche compiti di maggior spessore sanitario senza alcuna altra formazione sanitaria.

- ❖ In secondo luogo se consideriamo il rapporto infermieri/cittadini in Italia notiamo che siamo uno dei paesi più bassi d'Europa, pertanto riteniamo che questa soluzione non è in linea alle aspettative della sanità che vogliamo.

È per questo che è importante che l'oss **possa entrare nell'ambito del nursing di assistenza come figura professionale nell'area sanitaria, perché il loro compito è quello di aiutare il paziente a raggiungere un modello di vita che gli renda possibile una relazione adeguata in questa società.**

Ma soprattutto che questa categoria **possa partecipare alla formazione continua** in quanto fa parte integrante di una sanità sia pubblica che privata o sociale.

- ❖ In terzo luogo si vuole rimarcare in questo paragrafo il fatto che l'oss oltre ad avere una competenza non solo sanitaria ma anche sociale, **nasce come operatore di supporto all'assistenza sanitaria più che come operatore dell'assistenza infermieristica.**

Attribuzioni e non delega

L'attività della delega è fortemente sentita nelle organizzazioni ospedaliere. In campo giuridico e specificamente nel diritto penale il termine delega di funzioni assume una valenza tutta propria rispetto a quella generalmente usata in ambito gestionale.

- ❖ In ambito gestionale si intende il processo di gestione operativo del lavoro che si attua attraverso l'attribuzione di autorità per la realizzazione di un compito o di un obiettivo.
- ❖ In ambito penale, la delega assume un valore diverso e viene prevalentemente usata per obblighi di imprese (antinfortunistica), che non per l'esercizio professionale. Il problema che si pone è quello di stabilire l'eventuale rilevanza penale della delega sia sotto il profilo di una eventuale esenzione di responsabilità del titolare, sia sotto quello di assunzione di responsabilità da parte del soggetto preposto all'adempimento.

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.**

Inquadramento contrattuale

L'inquadramento dell'oss a livello contrattuale è stato inserito nel profilo economico BS, la stessa degli inf. Generici ex V livello, rimanendo come profilo nell'area tecnica.

Il progressivo sviluppo di questa figura nell'assistenza sanitaria assume una forte centralità nella cura della persona ammalata, il contratto nazionale può offrire uno strumento omogeneo, assumendo iniziative formative, e di riqualificazione, sostenendo un livello qualitativo, in quanto la capacità e la responsabilità che assumono in ambito socio sanitario assistenziale educativo e di notevole rilevanza.

Con questo indirizzo si intende aprire un confronto con tutte le controparti, per valorizzare queste figure disponibili all'integrazione e all'intercambiabilità delle mansioni, all'acquisizione di nuove conoscenze e competenze, anche nell'ambito di diverse posizioni lavorative.

L'inquadramento e la classificazione di suddetto personale tenderà al miglioramento della funzionalità dei servizi, all'accrescimento personale, favorendo il suddetto personale al riconoscimento della loro professione nell'area sanitaria, e all'indennità professionale (rischi biologici)

Le realtà in altri Stati Europei

Tale figura è esistente anche in altre Nazioni Europee e Nord America, vedasi Francia, Belgio, Svizzera la chiamano l'Aide soignant e l'Auxiliere de puériculture, mentre in USA e in Canada il Paramedical. Come si può vedere in questi paesi la presenza di diverse figure assistenziali, non viene considerata elemento di rischio per la qualità dell'assistenza erogata ne causa deresponsabilizzazione giuridica o confusione organizzativa, (cosa che qui in Italia e all'ordine del giorno). L'assistenza viene erogata da figure diverse nei limiti delle loro specifiche attribuzioni chiare, anche complesse, ma soprattutto hanno una preparazione elevata.

Il problema che la figura dell'infermiere in Italia si sente defraudato dalla condivisione con nuove figure, ma soprattutto si spreca denaro pubblico nel formare personale non in grado di valutare un'assistenza, come ribadito dagli stessi operatori è stato solo una presa in giro.

L'assenza della figura intermedia e 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

- ❖ 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.

La continua compensazione di carenze di competenza professionale o deficit organizzativi, oltre che costituire una violazione deontologica, non porta, nel tempo, giustizia né agli utenti, né agli operatori.

La collaborazione con l'infermiere, il lavoro di equipe, il dialogo, la condivisione, esistono solo nella teoria, nelle parole dei docenti dei corsi.

In realtà

- ❖ L'infermiere non risponde più ai campanelli.....l'oss deve correre
- ❖ L'infermiere comanda.....l'oss deve eseguire
- ❖ L'infermiere non passa le informazioni .. l'oss se le deve inventare
- ❖ L'infermiere fa crediti formativi.....l'oss no
- ❖ L'infermiere contesta le mansioni improprie...l'oss li deve applicare
- ❖ L'infermiere in compenso si lamenta del suo lavoro, del suo salario, della fatica,l'oss cosa dovrebbe dire?

Un mestiere quello dell'operatore socio sanitario

Difficile Ingrato Poco riconosciuto Mal pagato Non difeso

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 e dell'infermiere diplomato con sviluppi di programmi e di insegnamento e di ricerca nell'ambito riabilitative, tecnico – sanitario e tecniche della prevenzione uniformi su tutto il territorio nazionale.

Come possiamo pensare di entrare in relazione con il malato con competenza e professionalità se non partiamo da un processo permanente di sviluppo del personale (istituti tecnici), da una riorganizzazione dei servizi, da una revisione dei profili con formazione e professionalità in una sanità evolutiva, con un riordino del ruolo infermieristico con istituzione di un profilo professionale dell'infermiere diplomato (ddl 81), in quanto responsabilità e ruolo sono le basi dell'operato di una professione al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, soprattutto ci vuole un programma Ministeriale standard riconosciuto, per le tecniche da insegnamento con specifiche mansioni dell'oss.

La sanità sta cambiando, evolvendo verso un tipo di organizzazione sanitaria che porta queste figure a sostituire gli infermieri mancanti (un infermiere e 5 oss), imponendogli carichi di lavoro sempre maggiori con plurimansioni. È importante che la formazione avvenga con omogeneità su tutto il territorio nazionale.

I problemi che condizionano pesantemente questa figura sono molteplici e si identificano nelle dure condizioni di lavoro, dovuto alla cronica mancanza d'organico professionale, che comporta situazioni preoccupanti quali l'essere costretti a svolgere mansioni improprie.

Chi è presente nei reparti si fa carico di mansioni superiori senza vedere riconosciuta la propria professionalità, l'attuale mancanza di personale professionale fa ricorrere gli uffici infermieristici ad

utilizzare questa figura come infermieri generici e in sostituzione anche dell'infermiere mancante senza che lo siano, disattendendo quanto prevede l'art 100 – l'art 99 del R.D. del 1934 n 1265, e il codice civile 2229 Mettendo tali operatori in abuso di esercizio art 348 e art 359 del codice penale (cassazione penale sez VI, sent. 1632 del 21-2-1997), in lesioni personale art 582- 583 e all' art 443 somministrazione di un farmaco anche in autonomia. Punibili anche per il compimento di un'isolata prestazione professionale cassazione penale Sez. VI, sent.n4349 del 7-5-85, cassazione penale VI, sen. n 5190 del 30-4-88.

E anomalo comprendere, in una legge dedicata alle professioni infermieristiche, l'inserimento di un emendamento che esula completamente questa categoria. Tale fenomeno si concretizza con una violenza psicologica, provocando l'annientamento morale e professionale.

Tali normative mettono questa categoria in fase d'emarginazione sociale discriminandone la carriera professionale con azioni che producono disuguaglianza di trattamento economico, assegnazioni di carichi di lavoro e mansioni superiori o inferiori a quelle della qualifica funzionale d'appartenenza, palesemente degradanti per la dignità personale.

Riteniamo che le parti sociali e politiche, affrontino con la massima attenzione il problema, in quanto sono tematiche di grande importanza che incidono pesantemente sulla dignità e sull'integrità psicofisica dei soggetti coinvolti.

Sulla base delle suddette indicazioni è stato dettagliatamente descritto nell'allegato B con modalità previste dalla recente normativa nazionale D.M. 174/01, relativa alla certificazione delle competenze, nell'ottica della trasparenza della certificazione anche a livello comunitario. Per questo motivo è indispensabile il **liceo sanitario** e **l'infermiere diplomato** se si vuole raggiungere **l'area sanitaria**.

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

Verbania agosto 08

La segreteria Migep