



A CURA
DEL MIGEP
COORDINAMENTO COLLEGIATO
Associazione delle professioni
infermieristiche e tecniche
e-mail info@migep.it – sito www.migep.it
tel 0323-496081 – fax 0323-406882 – cel. 3387491756

CON LA
COLLABORAZIONE DELL' ENAIP
Istituzione professionale

E LA
PARTECIPAZIONE DI OPERATORI OSS

Operatore Socio Sanitario
nuova figura professionale
di supporto all'Infermiere

RIFLESSIONI

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

L'evoluzione delle figure di supporto

l'operatore socio sanitario nasce come evoluzione di altre figure di supporto, anche se raramente con compiti assistenziali.

Le figure che storicamente si sono precedute all'interno degli ospedali e dei servizi sono gli ausiliari.

L'accordo nazionale del lavoro del 1974 prevedeva due figure di ausiliarie: L'ausiliario portantino nei primi sei mesi dalla assunzione, poi la trasformazione nel vero ausiliario.

Il contratto di lavoro del 1979 distingue le mansioni dell'ausiliario con l'inquadramento al primo livello retributivo, con definizioni diverse all'attività di pulizia ambiente, senza attribuire compiti sanitari, salvo il trasporto del malato, disponendo autonomia operativa nei limiti dell'esecuzione delle prestazioni proprie, con responsabilità limitata alla corretta esecuzione delle prestazioni nell'ambito delle istruzioni ricevute e dell'autonomia riconosciutagli.

I contratti che seguirono nel 1980 recepirono due figure di ausiliari: Ausiliario socio sanitario – Ausiliario socio sanitario specializzato, (DPR del 83 n° 348)

L'ausiliario socio sanitario seguì un breve corso di addestramento (D.M del 15 giugno 1987 n 590), e con il Decreto Ministeriale del 10 febbraio 1984 gli venne ampliato le competenze. Quindi abbandona le mansioni di pulizia per occuparsi di elementari mansioni di carattere assistenziale; (rispondere ai campanelli, portare pappagalli, padelle, salvo il caso in cui feci ed urine dovessero essere raccolte per uso diagnostico di laboratorio, rifacimento dei letti), funzionalità riconducibili tipicamente alberghiere.

Il DPR 384 del 1990 (contratto separato con i medici) istituisce la figura dell'Ota (operatore tecnico addetto all'assistenza), riunendo in un solo livello l'ausiliario e l'ausiliario specializzato. Il quadro normativo del D.M. 26 luglio 1991 n 295 ne regola la formazione

La paura era che questa figura potesse in seguito rivendicare provvedimenti aventi carattere di sanatoria che hanno caratterizzato a lungo gli anni settanta e in parte gli anni ottanta. Il compromesso era evidente, un operatore tecnico stranamente addetto all'assistenza, infatti la classificazione come operatore tecnico indicava attività non classificabili come sanitarie. Essendo tale figura una evoluzione dell'ausiliario era ben curioso che nell'evoluzione sparisse il termine sanitario. Ma i motivi che avevano indotto a creare questa figura era subordinata alla carenza degli infermieri alla fine degli anni ottanta, specificando che doveva essere inserita prioritariamente nelle

equipe assistenziali delle unità operative. Questa figura è rimasta fortemente subordinata all'infermiere e al capo sala in quanto agisce sotto la loro responsabilità. Le vere uniche mansioni del ota sono solo tre:

1. rifacimento del letto occupato
2. igiene personale del paziente
3. posizionamento e il mantenimento delle posizioni terapeutiche

Mansioni che vengono eseguite sotto la collaborazione o su indicazioni dell'infermiere professionale. Proprio in relazione a carattere di compromesso, e nel creare una figura flessibile all'interno dell'organizzazione del lavoro, l'ota manteneva tra le proprie competenze tutte le mansioni e i compiti dell'ausiliario socio sanitario tanto da configurarlo a un "superausiliario".

Per l'inserimento prioritario, all'interno delle equipe assistenziale, le varie direzioni sanitarie dovevano attuare una revisione dei modelli organizzativi del lavoro, non risulta che questa opportunità sia stata generalmente colta. L'art 7 del D.M. 291 del 91 prevedeva protocolli operativi e piani di attività che fungevano da guida e da supporto alle attività pratiche dell'ota. Quindi l'ota nasce allo scopo solo di supportare l'infermiere per una serie di attività, in una organizzazione di lavoro diversa all'interno degli ospedali.

Questa figura impegnata solo nelle strutture sanitarie lasciava scoperto il settore sociale, il settore di assistenza domiciliare e territoriale. Le varie Regioni con provvedimenti legislativi individuarono una figura di operatore di supporto nel settore sociale che ha assunto variopinti nomi a seconda della regione di formazione, con funzioni tutto sommato omogenee e a volte impropriamente a socio sanitario. (Adest – Osa – ADB – ASA- OAA- ADA- AAB).

Quindi l'operatore socio sanitario è dunque la risultante di una fusione tra l'ambito sanitario e quello sociale.

Profilo professionale

Il profilo operativo dell'oss è definito dagli art 1-2-4-5 dell'accordo siglato in data 22 febbraio 2001 tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la Solidarietà Sociale e le Regioni Autonome di Trento e Bolzano per l'individuazione dell'oss e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione. La conferenza Stato-Regioni, con l'accordo del 22 febbraio 2001, individua una nuova figura denominata oss, con una formazione di 1000 ore, che copre un intero anno formativo con impegno giornaliero dalle 6 ore alle 8 ore, con tirocinio che si svolge in tre fasi:

- a) Territorio;
- b) Rsa;
- b) Ospedale.

Interviene con urgenza per porre rimedio alla difficoltà sull'emergenza infermieristica. L'oggetto di tale accordo prevede la trasformazione dell'ota (figura messa ad esaurimento da contratto nazionale del 1999) e dell'adest – OSA (figure messe ad esaurimento in seguito all'istituzione della figura dell'oss), in operatori socio sanitari (OSS) con percorsi formativi di riqualificazione per le 4 tipologie previste da progetto formativo:

- ❖ ADEST ore 50
- ❖ OTA ore 120
- ❖ Personale socio assistenziale (che svolge funzioni senza qualifica ore 360
- ❖ Ausiliari specializzati ore 600

Figura e profilo

L'oss è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione, svolge attività indirizzata a:

- soddisfare i bisogni primari della persona nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;
- favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

Contesti operativi

L'operatore socio sanitario svolge la sua attività sia nel settore sociale sia in quello sanitario, in servizi di tipo socio – assistenziale e socio – sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambienti ospedalieri e a domicilio dell'utente.

Contesto relazionale

L'oss svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.

Attività

Le attività sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita:

- assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero;
- intervento igienico – sanitario e di carattere sociale;
- supporto gestionale, organizzativo e formativo.

Formazione e finanziamenti

Tale formazione viene gestita da associazioni e enti di formazione riconosciuti dalle Province e Regioni con finanziamenti del fondo sociale europeo (FSE), attuata in coerenza con la programmazione regionale e provinciale. Nel caso di altre fonti di finanziamento sia pubblici o privati potrà essere sottoscritta una convenzione in

alternativa all'ATS, entrando in questo caso a far parte dell'ATS o della convenzione stessa.

Ogni ente di formazione si costituisce in ATS (associazione temporanea di scopo) con il consorzio territoriale e l'ASL di appartenenza, con un CTS (comitato tecnico scientifico) che funge da supervisore sull'attività didattica.

Per quanto concerne il valore atteso allievi, ai fini del finanziamento sul fondo sociale europeo (FSE), ci si attiene alle regole previste nei bandi provinciali per la direttiva mercato lavoro in base ai contenuti ed ai costi.

L'impegno in termini di risorse, di tempo ed economiche, è elevato, ma già dopo la seconda metà del corso la maggioranza degli allievi ha proposte di lavoro che si concretizzano poi in assunzioni al termine del corso stesso (cooperative).

Molte associazioni o istituti privati istituiscono corsi di formazione con un costo che si aggira dai 500,00 ai 3000.00 €, senza che gli studenti vengano inseriti nel mondo lavorativo.

I Corsi

La gestione dei corsi è complessa per l'eterogeneità degli allievi, per l'organizzazione di tre tirocini e per il coordinamento tra i vari Enti coinvolti, oltre ad affrontare il problema della visita medica di idoneità alla professione. Tutto riconducibile per i costi ammissibili al finanziamento

L'obiettivo del corso intende fornire l'acquisizione e l'approfondimento di una professionalità polivalente, coerente con il profilo professionale che metta in grado l'operatore di far ottenere al destinatario delle sue prestazioni il massimo dell'autonomia; di supplire alle carenze di autonomia nelle funzioni personali essenziali, igienico – sanitarie e relazionali mirate al conseguimento della formazione strutturata in tre percorsi modulari" elementi di collaborazione familiare 200 ore; tecniche di sostegno alla persona 400 ore, modulo finale oss 400 ore; con la frequenza dei tre percorsi modulari si ottiene l'attestato di oss, mentre per il primo e secondo percorso modulare è previsto il rilascio di un attestato di frequenza immettendosi nel mercato del lavoro.

Il corso di prima formazione per oss porta ogni operatore coinvolto ad avere i seguenti requisiti ; 25 anni, obbligo scolastico assolto, disoccupazione per il percorso da mille ore. I cittadini stranieri devono essere in possesso del permesso di soggiorno e del titolo di studio equipollente, idoneità psicofisica, ed è rivolto a donne e uomini, con un numero di 30 allievi per corso.

Criteria e strumenti per la selezione in ingresso

Prima di iniziare un corso, gli enti preposti effettuano un incontro di orientamento utile a rendere consapevoli i candidati alla selezione sui contenuti didattici e sugli ambiti della nuova figura, connessi allo sviluppo del percorso formativo e sugli sbocchi occupazionali, integrando poi una selezione costituita da un test scritto e un colloquio fondamentale per capire la predisposizione del candidato.

Gli allievi che passano la selezione vengono integrati in gruppi di studio e tirocinio. Il rapporto con i docenti è basato sul dialogo e disponibilità reciproca portando tutte le materie a un obiettivo interdisciplinare con incontri periodici di confronto sulla formazione professionale, usufruendo ogni anno di nuovi luoghi di tirocinio, inserendo pochi allievi per singole strutture, e favorendo l'esperienza in ambiti lavorativi diversificati con l'approccio anche del tutor aziendale.

La frequenza è obbligatoria e per sostenere le prove finali non devono superare il 10% di assenze. E' a discrezione del responsabile del corso formulare piani di recupero delle eventuali assenze accedenti il 10% del monte ore previsto.

Durata dei corsi

Il programma di studio comprende 1000 ore complessive articolate in:

- 545 ore di attività teorica, comprensive di 100 ore di rielaborazione dell'esperienza;
- 440 ore di stage (tirocinio);
- 15 ore di esame finale.

L'articolazione del percorso formativo viene valutato sulla base delle esigenze organizzative dei servizi.

Percorsi

- Il percorso modulare è più diluito nel tempo, ma permette agli allievi di continuare a svolgere qualche attività lavorativa (che maggior parte delle volte si configura già nell'ambito socio assistenziale) con un impegno giornaliero di 5- 6 ore , permettendo agli allievi di continuare a svolgere attività lavorativa nell'ambito socio assistenziale.
- Il percorso di riqualifica (modulo integrativo di 50 ore) è destinato a lavoratori adest che prestano servizio nelle rsa e cooperative, ma la brevità non permette agli allievi di crescere professionalmente, in quanto il corso viene effettuato due volte la settimana per un totale di 27 allievi (il finanziamento arriva da fondi regionali e non soggetto ad ATS). L'esperienza formativa molto breve e la provenienza lavorativa diversificata degli allievi non permette loro l'approfondimento didattico come per gli altri corsi, ma comunque assolve l'obiettivo di mettere in contatto

l'allievo con i servizi sanitari attraverso visite guidate e nella parte teorica attraverso lezioni di elementi di igiene e legislazione sanitaria. L'esame viene composto da una prova scritta con 30 domande a risposta chiusa e 2 domande a risposta aperta ed un colloquio sulla prova scritta, sul percorso formativo, sulla breve esperienza di tirocinio, molto arricchita sull'esperienza avuta negli ambulatori e presso la sala di sterilizzazione e sanificazione.

- Per il corso modulare invece sempre 25 anni, obbligo assolto e disoccupazione solo per il primo modulo.
- Per i percorsi integrativi adest/ota il requisito di accesso al corso è l'occupazione nel settore.
- Il percorso di riqualifica degli operatori ota che prestano servizio negli enti ospedalieri è diversificato da regione e regione (Piemonte 120 ore Toscana 450 ore e così via.....) con una formazione differente da istituti a istituti. Con una applicazione dei compiti differenti dal contesto dell'allegato A e B, in alcuni casi la farmacologia non è stata studiata, in altri appena accennata, accentuando la responsabilità senza disporre delle conoscenze indispensabili a garantire la corretta interpretazione delle indicazioni contenute negli allegati stessi, implicando competenze superiori (medicazioni chirurgiche, complesse, infette, somministrazione di terapia da soli, clisteri, sostituzioni dei drenaggi, ECG, diluizione farmaci, iniezioni, prelievi ematici, prelievi batteriologici e micologiche, insulina, endovene, rilevazione arteriosa e venosa, cateterismi, strumentisti in sala operatoria, ecc), vengono anche utilizzati in sostituzione dell'infermiere mancante.

Materie

Le materie vengono suddivise in quattro macro aree:

- 1) area socio culturale, istituzionale e legislativa;
- 2) area psicologico sociale;
- 3) area igienico sanitaria;
- 4) area tecnico operativa.

L'allievo acquisendo comportamenti adeguati, riesce ad avere una professionalità in grado di lavorare in equipe identificando le varie figure professionali e accettando suggerimenti e critiche nel suo percorso di formazione.

I gruppi eterogenei per provenienza, cultura, percorsi scolastici, lavorativi, età, ha permesso ai docenti di svolgere il programma nella sua completezza, anche se uno dei limiti del percorso modulare rimane la limitata possibilità di approfondimento nella parte teorica e nella fatica ad affrontare al meglio il progetto. **E' necessario fare**

confluire nel progetto stesso tecniche di sostegno alla persona, mantenendo ferme le mansioni delle singole figure.

I docenti hanno dovuto lavorare sui gruppi dove emergevano alcune personalità forti e con componenti che ostacolavano la crescita dello stesso, ad un maggiore confronto per mantenere linee comuni di intervento, ponendo quesiti per risolvere dubbi e diminuire ansie, portando il programma di studio ad approfondire in alcune materie, con particolare attenzione alla parte sanitaria in tutti i suoi aspetti, con partecipazione ad una attività presso strutture sanitarie.

Le tre esperienze di tirocinio sono state estremamente formative ed hanno aiutato gli allievi a riflettere sul loro percorso e sul loro futuro lavorativo.

La quantità di allievi provenienti da diversi enti di formazione che in concomitanza effettuano il tirocinio presso un unico ente, porta a ritenere utile per una formazione complementare l'inserimento dei tirocinanti in un'unica asl. arricchendo la scheda regionale di valutazione dei crediti stage, tramite il confronto con altri enti di formazione, asl e consorzi.

Per l'esame e per la valutazione finale si propongono criteri unificati, nei contenuti e nell'attuazione, tra le diverse agenzie formative. A maggior ragione la stessa metodologia dovrebbe essere applicata alla selezione di accesso al corso. Si ritiene importante avviare un confronto con i docenti di varie agenzie formative sulle metodologie da usare per la selezione dei candidati e sui programmi di studio.

Commissioni

La nomina di due commissioni congiunte per il corso di oss di 50 ore non è stata seguita da tutti gli enti nominati: alcuni hanno nominato due membri e ciò è stato motivo di discussione durante l'insediamento della commissione stessa. Inoltre, durante l'esame il clima tra alcuni commissari e il presidente di commissione non era sufficientemente sereno a causa di divergenze sulla condizione dell'esame stesso; atteggiamenti particolarmente polemici ed una scarsa volontà, nei fatti, di attenuare i toni della discussione con momenti di confronto e disponibilità, hanno sminuito la potenzialità della commissione, senza tuttavia influire sulle prove degli allievi.

A questo proposito si rafforza il richiamo delle regole formali, per evitare qualsiasi contestazione e si auspica la possibilità che membri dei diversi enti siano, dove è possibile, i docenti stessi dei corsi.

Gli obiettivi di verifica sono :

- verifica coerenza tra progettazione didattica ed erogazione del servizio relativamente all'attività didattica in oggetto;
- analisi delle problematiche emerse in fase di svolgimento dell'attività;
- andamento dei contenuti proposti per l'esame;

- analisi dei criteri di valutazione finale.

Esame finale

L'esame finale è costituito da redazione di un PAI (progetto assistenziale individualizzato) e da un colloquio alla presenza di una commissione di esame formato da componenti di vari enti (provincia, Miur, provveditorato), ispettorato del lavoro, sindacati, asl, consorzio, ente di formazione (docenti), rilasciando una qualifica riconosciuta a livello nazionale.

Profilo degli allievi

Questa fase di formazione ha visto un aumento di allievi stranieri con difficoltà di lingua e di cultura ma con una predisposizione per il lavoro di cura su assistenza del malato, affrontando con coraggio questa grande sfida adeguandosi a regole e stile di vita diversa dalla loro, con difficoltà nell'esposizione e nella produzione scritta.

Mentre molti altri (non stranieri) hanno presentato sintomi di ansia, sfiducia, atteggiamenti aggressivi, difficoltà nella produzione scritta, troppa sicurezza di se stessi, senza riuscire a sfruttare a pieno le loro capacità.

Altri hanno invece presentato grande volontà e determinazione con atteggiamenti equilibrati mettendo in evidenza un'accentuata predisposizione per questa professione, portando verso gli altri un grosso contributo di crescita con risultati soddisfacenti.

I vari gruppi non sempre si sono rilevati uniti mettendo in crisi i docenti che hanno dovuto modificare i programmi e i metodi, nonostante ciò si è notato una crescita individuale e collettiva, con un discreto livello di preparazione ed una buona predisposizione di lavoro, anche grazie all'impegno dei docenti che si sono sempre messi in discussione, e disponibili al confronto.

Analisi dei dati

Corsi di formazione finanziati con fondi regionali

Nel 2002 in Piemonte sono stati presentati 345 progetti, solo 159 sono stati finanziati; Nel 2003 sono stati presentati 234 progetti, solo 162 finanziati.

Corsi di formazione finanziati col fondo europeo

Nel 2002 sono stati presentati 133 progetti, solo 85 finanziati, nel 2003 i progetti presentati 103, solo 70 finanziati.

Con una formazione di

➤ **1008 operatori socio sanitari nel 2002**

➤ **774 operatori socio sanitari nel 2003**

Nel 2003 su 25 enti presenti sul territorio della provincia, solo 23 hanno presentato almeno un progetto per un totale di 98 progetti, finanziati solo 57, di cui 1 solo parzialmente per disavanzo budget. L'ammontare della richiesta è stato pari 1.608.027,94 € a fronte di una disponibilità di 949.383,36 €.

Sei enti hanno avuto finanziato un progetto, nove enti hanno avuto finanziati due progetti, cinque enti hanno avuto finanziati tre progetti, due enti hanno avuto finanziati quattro progetti, mentre il Comune di Torino ha avuto 10 progetti finanziati.

Sui corsi base di 1000 ore sono stati presentati sul fondo regionale 7 progetti, cinque erano già stati presentati sul bando FSE, pur essendo stati approvati non sono stati finanziati, riproposti dagli enti hanno avuto una riduzione del budget. Mentre tre corsi in graduatoria venivano finanziati in una successiva erogazione di fondi, cosiddetta “a catalogo”.

Sul FSE direttiva disoccupati – Asse E sono state impiegate risorse per 1.305.000,000 € che hanno permesso il finanziamento di 15 corsi. Sempre sul FSE sono stati finanziati 10 corsi OSS – modulo finale, che ha permesso di concludere il percorso formativo modulare e garantire la qualifica di OSS ad altri operatori.

Per tanto nell'anno 2003 sono stati finanziati 28 corsi, per un numero potenziale di operatori qualificati 504 pari 18 per ogni corso.

Sui corsi per operatori privi di qualifica (360 ore) sono stati finanziati otto progetti su nove. Tali corsi sono stati privilegiati per operatori privi di qualifica, in modo da garantire a chi lavora da anni la professionalità e la qualifica richiesta, la quale prevede che tutti gli operatori in servizio da almeno due anni privi dei requisiti può accedere ai corsi di riqualifica, mentre gli operatori con meno di due anni di occupazione devono accedere direttamente ai corsi di prima formazione.

Corsi oss integrativi (50 ore) per quanto riguarda i corsi integrativi per operatori in possesso di qualifica di adest, sono state presentate 53 domande. Ne sono state finanziate solo 27 in modo da garantire un'equa distribuzione territoriale, di cui 3 sono stati autorizzati con finanziamenti autogestito dall'ente proponente.

Corsi per riqualifica per educatori professionali (triennali) sono stati presentati 5 progetti, tre da parte del Comune di Torino, che ha svolto un'analisi sul proprio territorio tra i dipendenti e gli operatori in convenzione definendo il fabbisogno per la professione, sull'elevato budget occorrente solo tre sono stati finanziati.

Corsi di aggiornamento /formazione permanente Viene disposto che tale corso ha un priorità inferiore rispetto agli altri, su 24 progetti solo 16 di cui 15 completi, uno parziale.

Alcune osservazioni

Emerge ancora un divario piuttosto elevato tra le richieste e la disponibilità finanziaria si è riuscito solo ad esaurire solo il 58,16% degli interventi richiesti contro il 39,57 dello scorso anno.

Dalla valutazione dei progetti presentati è emersa una sostanziale carenza di analisi dei fabbisogni formativi del proprio personale e di quello in convenzione, e non è presente né una ricognizione sullo stato attuale del personale, né previsioni di incrementi e di valutazioni di sviluppi formativi futuri.

In merito alla formazione di base degli oss bisognerebbe avere qualche dato in più che consentisse di passare dalla percezione soggettiva, degli addetti ai lavori, di una elevata domanda di operatori socio sanitari ad un numero preciso. Inoltre la formazione oss garantita dal FSE deve rispondere al tentativo di contrasto della disoccupazione con precisi criteri di accesso trovandoci pertanto di fronte a due bisogni

- lotta alla disoccupazione;
- e formazione di qualità per i servizi sociali;

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

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

- uno specifico grado di verifica su quanti allievi tra quelli che terminano il corso, svolgono poi effettivamente il lavoro OSS e per quanti anni;
- dopo il primo inserimento lavorativo, continuano nella professione;
- individuare il fabbisogno dell'oss per i prossimi anni in modo da poter programmare l'istituzione di nuovi corsi ed orientare i finanziamenti;
- progettazione di un piano sulla formazione degli oss.

Attraverso il saper essere, quotidianamente, l'operatore traduce in pratica il suo saper e saper fare.

Riflessioni

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.

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.

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.

Esperienze sul posto di lavoro di un oss Cto di Firenze

All'interno dell'azienda ospedaliera di Careggi le operazioni dell'oss cambiano da piano a piano. Gli oss che lavorano negli ambulatori vengono affiancati al medico e su indicazione dello stesso rimuove punti di sutura, esegue bendaggi, prende appuntamenti, mentre nel pronto soccorso l'oss fa le pulizie di quei suppellettili che non competono alla ditta di pulizie e trasporta i pazienti in barella.

La situazione prosegue invariata per tutti i sette piani, in neurochirurgia si passa alla sostituzione dell'infermiere mancante, assistendo i pazienti anche da soli, mentre gli infermieri si baloccano con la parte burocratica.

Di certo ogni infermiere e capo sala possono a loro discrezione decidere quello che puoi fare e non fare, tanto per noi è vero tutto ed il contrario di tutto.

Alle Molinette di Torino Esperienze di un oss in sala operatoria

Facciamo solo pulizie, fattorini ecc, ancora non è vista come figura di supporto all'infermiere.

Ospedale Privato di Bari Esperienza di un oss

Lavoro in una struttura privata da più un decennio. Prima ero ausiliaria svolgevo mansioni di pulizia ai reparti ed assistevo gli infermieri nelle loro attività infermieristiche. Da quando sono diventata ota per me non è cambiato nulla, da quando è entrata la ditta di pulizie, le mie competenze sono lavare il balcone, i vetri, le scale interne ed esterne. Ho diverse volte interpellato i sindacati, ma questi tacciono. Come posso far valere i miei diritti!!!

Sono del parere che bisogna mettere ordine nel settore della sanità, in particolar modo verso le varie figure delle oss-ota-osa, credo che i contratti di lavoro debbano essere uguali sia per quello pubblico che per quello privato.

Clinica privata in provincia di Bergamo Esperienza di un oss

Sono in possesso dell'attestato di oss e lavoro da circa tre anni in una struttura privata. Quando mi hanno assunto, mi hanno inquadrato come ota, dicendomi perché avrei dovuto svolgere le mansioni da oss. Ho accettato di firmare il contratto perché avevo necessità di lavorare, e anche perché mi avevano assicurato verbalmente che in un paio di mesi avrebbero sistemato la mia posizione.

Ad oggi non è cambiato niente, io continuo a svolgere le mansioni da oss e molto spesso anche lavori da infermiere come, staccare flebo, togliere aghi, eseguire ECG ed altro ancora. Non faccio questo per eseguire abusivamente la professione di

infermiere, anzi rispetto molto la categoria e spero di poterne far parte in un futuro, ma lo faccio perchè spesso manca personale, che naturalmente non viene rimpiazzato. Nella mia situazione ci sono parecchi colleghi. La dirigenza del policlinico è al corrente di tutto ciò, ma fino a quando gli fa comodo fa finta di non saper, in altre occasioni ci fa notare i rischi legali a cui andiamo incontro se svolgiamo mansioni a noi non confacenti. I sindacati ci invitano a svolgere solo le mansioni per cui siamo inquadrati, pur sapendo che questo atteggiamento minerebbe il rapporto con gli Infermieri e non solo, e comunque a rimmetterci sarebbe come al solito il malato. Spero fortemente che la proposta di legge sull'infermiere diplomato vada a buon fine, in modo che le persone con la volontà di migliorare la propria posizione lavorativa abbiano la possibilità di farlo.

Asl del Molise

Esperienza di un oss

Al di là delle figure (professionali o non) c'è da chiedersi cosa intendono fare questi governi della sanità pubblica e cosa intendono fare i sindacati per salvare quello che resta del pubblico nello stato sociale.

Qual'è l'obiettivo che si pongono realmente nel fare questi corsi, interni ed esterni alle strutture sanitarie?

I corsi li fanno con poca professionalità ed altrettanto poca chiarezza, chi vi partecipa lo fa soprattutto per avere soldi in più sulla busta paga e non per disinteresse dell'operatore ma perché loro fanno passare un messaggio sublime che dice “ tanto continueremo a fare il lavoro di prima perché non ci sono soldi per assumere personale e qualcuno lo deve pur fare”.

La precarietà e la flessibilità nella ristrutturazione delle asl ha portato il lavoratore ad accettare qualsiasi forma di accordo anche interpersonale con l'azienda pur di difendere il proprio posto di lavoro. Nella mia azienda siamo ancora nella fase di riqualificazione e molti colleghi (come me) fanno il lavoro di ausiliario e di infermiere a seconda di cosa serve al reparto.

Figurati se chiedo “sapete dirmi cos'è l'oss complementare?” Purtroppo c'è pochissima informazione e quel poco che passa è solo strumentale.

Riqualificare gli operatori per una professionalità maggiore significa più sicurezza sul posto di lavoro e migliore assistenza per il paziente – o cliente – o (come io penso) utilizzare dei fondi pubblici solo per aumentare il conflitto tra gli operatori e rendere più flessibile il lavoro di questi, anche perché non si spiega come mai riqualificano alcune categorie e poi non assumono a tempo indeterminato.

Tornando sul tema sono convinta che nessuno è in grado di dire quali siano effettivamente le competenze dell'oss nelle strutture sanitarie.

Cooperativa di Cuneo

Esperienza di un oss

Lavoro in una cooperativa e mi trovo in una situazione di disagio, quando ho fatto il corso da oss speravo di migliorare la mia situazione, invece, che delusione, mi sento svalutata, abbiamo tante responsabilità e poco riconoscimento, senza tutela. Sono sola nel reparto ad accudire i pazienti con il batticuore che non capiti nulla. Faccio 8 ore di lavoro senza la pausa pranzo, andare in bagno è un sogno, quando chiedo di avere delle condizioni migliori la risposta è “se non ti va puoi andare via...un'altra come te la troviamo subito”. Così si deve stare zitti, facendo anche quello che non ti compete con uno stipendio miserabile e devi stare attenta a non ammalarti.

La cosa che mi dispiace è che amo il mio lavoro, è giusto che le donne della mia età, ho 46 anni devono piangere per le condizioni di lavoro, siamo tornati indietro, dove sono i nostri diritti?

Ospedale Giovanni Bosco di Torino **Esperienza di un oss**

Da quando ho fatto la riqualifica da oss per me non è cambiato nulla, da parte degli infermieri e capo sala è cambiato qualcosa, pretendono di più di quanto è la situazione. Al corso non mi hanno insegnato nulla di quanto già sapevo con la qualifica ota. Ci troviamo a svolgere: rilevazioni parametri per i pre e post operatorio, medicazioni complesse, cambio sacchetti di stomie, senza un corso di formazione, che a sua volta gli infermieri fanno senza più toccare il paziente, iniezioni intramuscolari, calciparina, insuline, diluizione flebo con sostituzione, cateterismi, aspirazione con sondino a pazienti con tracheostomia, somministrazione di farmaci senza infermiere, rettoclisi ecc.

Sarebbe opportuno avere una preparazione alla base, con formazione di aggiornamento ed una preparazione elevata e non subordinata all'infermiere che decide sotto forma di capacità acquisita solo sul campo di lavoro senza basi concrete con rischio di denuncia per abuso di professione. Sarebbe importante rivalutare l'oss sotto l'aspetto sanitario con indennità di rischio. La differenza tra noi oss di presidio ospedaliero e l'oss della cooperativa, viene identificata in modo non adeguato alle funzionalità effettive richieste dalla stessa azienda, in quanto l'azienda appalta per un determinato servizio, mentre la cooperativa assume codesti operatori non come oss ma come osa, facendo svolgere funzioni superiori con retribuzione bassa, senza indennità di turno e incentivo, con un contratto a termine di tre mesi, con rischio di licenziamento se qualcuno rivendica un diritto, per tanto non c'è chiarezza di cosa deve fare l'oss, e che cos'è l'oss, ma soprattutto non siamo tutelati.

Ospedale Martini di Torino **Esperienza oss**

Da quando è cambiato la categoria da me in psichiatria non è cambiato nulla, quello che facevo lo continuo a fare senza che nessuno si sia accorto del passaggio, perché le competenze sono rimaste identiche.

Ospedale Sant'Anna Torino

Un'esperienza oss

Il problema di questo ruolo è che è ibrido, con competenze e ruoli non ben definiti e molto spesso ci chiedono di correre in aiuto alle altre figure. Sarebbe logico incrementare le conoscenze in quanto sono scarse ed inadeguate a quanto ci viene richiesto. Esiste una cronica carenza di personale, e molte volte siamo costretti a coprire gli oss mancanti. È importante la formazione e la revisione dei ruoli

Ospedale di Orbassano Torino

Esperienza di un oss

Nella realtà l'oss fa abuso di professione dove svolge funzionalità riguardanti competenze infermieristiche: terapia, medicazioni complesse, diluizioni flebo, ecc. Rispetto all'infermiere, con la scusa dell'oss tralasciano le loro funzionalità di assistenza in quanto ritengono non più di loro competenza, delegando tutto all'oss. Esiste una non informazione inadeguata su cos'è l'oss, molti sono convinti di essere nell'area sanitaria, molti non hanno recepito il cambio di qualifica rimanendo bloccati in quello che erano le loro prime competenze. Mancano corsi di aggiornamento, riconoscimento a livello nazionale, rischio.

Struttura privata di Bergamo

Esperienza di oss

Lavoro in una struttura priva di Bergamo, le funzionalità delle competenze non sono minimamente cambiate, svolgo le stesse competenze da ota: pulizie, dispensa, rifacimento del letto, disinfezione dell'unità paziente. Pensavo che dopo mille ore di corso, avrei avuto una miglioria nella mia funzionalità di operatore oss, l'unica soddisfazione che ho avuto è a livello economico. Il profilo dell'oss essendo vasto e poco chiaro, viene interpretato in modo diverso, portando ad una differenza di funzioni da reparto a reparto. Ci vorrebbe chiarezza, integrazione del rischio, corsi di aggiornamenti, entrare nell'area sanitaria.

Ospedale Bentivoglio Emilia Romagna

Esperienza di un oss

Nel nostro reparto di medicina all'oss è stato delegato tutto quello che è l'Assistenza di base, quindi: giro letto, igiene del paziente, rivelazione di parametri vitali, temperatura, evacuazione. C'è molta confusione su quello che è il nostro ruolo, area sanitaria - area tecnica, essendo che svolgiamo funzioni sanitarie sarebbe importante che si entri in area sanitaria. Ho fatto un corso di aggiornamento di bls d, senza avere i crediti formativi, non posso neanche applicarla per via che la mia figura è esclusa. Ho eseguito anche un corso da oss specializzato, la mia regione non lo riconosce. Nel mio reparto l'organico è sempre quello che è, facciamo le stesse funzioni da ota, per

poi avere funzioni aggiuntive infermieristiche. Bisogna sapere con chiarezza quali sono le mansioni che dobbiamo svolgere, che venga anche per noi applicate procedure di protocolli sulle funzionalità lavorative. All'interno dei reparti mancano protocolli sui rischi sarebbe importante che vengano esposti "626", in quanto regna una confusione tra gli stessi operatori su quello che sono i rischi che incorrono ogni giorno. Dare maggior informazioni, sulla tutela, sulla professionalità e sui ruoli.

Ospedale di Rimini

Esperienza di un oss

Una rapida riflessione sulla situazione degli oss nella provincia di Rimini, nella mia azienda è in corso un progetto per la riorganizzazione dell'attività di assistenza infermieristica e di supporto nelle unità operative, vi lavora una commissione paritetica che si occupa di erogazioni organiche dove sono già stati individuati, criteri che programmano il numero di infermieri presenti nell'azienda (minuti di assistenza erogata), ma si sta discutendo sui criteri di allocazione del personale di supporto. Facendo una fotografia dell'esistente, si desume che nonostante si parli di creare i presupposti culturali e organizzativi in direzione del cambiamento organizzativo l'oss è tuttora considerato una figura nuova e mal interpretata. Ogni unità operativa ha una sua storia ed in base al numero di personale presente e alla sua formazione professionale e cultura personale può essere un luogo di crescita a 360° per l'oss o la sua nemisi.

Dopo il convegno del 28 ottobre 05 si è creato una sorta di movimento dove persone motivate si sono confrontati e cercano realisticamente percorsi per ottenere la possibilità di frequentare corsi di formazione specifici per oss e incrementare così il dialogo con l'azienda.

Nelle case di riposo: nonostante il personale stesso chieda la possibilità di studiare ed avere il diploma oss, le cooperative trovano difficoltà nell'organizzare i turni di lavoro a corto di personale (perché impegnato a frequentare il corso), qualcuno si è licenziato per poter prendere il diploma, ma difficilmente sarà riassunto, una volta in possesso del titolo. E' più semplice assumere personale straniero...

Nelle strutture private

Hanno riqualificato il proprio personale, questo ha dato la possibilità di acquisire qualifiche senza cambiare la compagine professionale presente. In questo caso possiamo parlare di attesa soddisfatte (almeno fino al prossimo concorso in azienda)

Ospedale di Roma

Esperienza di oss

Le mie considerazioni personali sulle problematiche attuali

I nuovi oss formati con corso da 1000 ore, se non già inseriti in strutture sanitarie/sociali - non riescono a trovare lavoro se non attraverso le "cooperative"; queste non danno garanzia di adeguate coperture contributive nei confronti dei prestatori d'opera (gli oss) che talvolta vengono "assunti" ed impiegati con le

mansioni di ota con contratti capestro di collaborazione e vengono pagati a distanza di mesi.

A cosa serve autorizzare nuovi corsi di formazione se il fabbisogno annuale non viene assorbito dalle strutture regionali/nazionali? Diventa solo un business per le strutture di formazione. Dobbiamo sensibilizzare le Regioni su questo aspetto importante: l'effettivo assorbimento degli OSS formati disoccupati.

C'è carenza di infermieri si sa, ma oggi assistiamo all'impiego di infermieri stranieri con difficoltà di comprensione linguistica.

In molte strutture accreditate in cui si registrano fenomeni di “sotto – organico” rispetto ai parametri minimi di personale previsto dalle convenzioni regionali (mancato rimpiazzo di personale andato in quiescenza, malattia, ferie), assistiamo al sempre più frequente utilizzo degli ausiliari (portantini) – senza alcun attestato professionalizzante – per coprire i turni di lavoro degli ausiliari socio – sanitari specializzati /ota/oss a discapito della professionalità necessaria per chi deve collaborare con l'infermiere e molte volte in accordo tacito con le organizzazioni sindacali che tacciono. In questo caso si favorisce l'illecito arricchimento (e non il risparmio sulla spesa sanitaria) delle strutture stesse a discapito dei parametri minimi previsti dalle regioni nelle loro convenzioni, e non consente a chi ha conseguito onestamente l'attestato (molti “portantini “ sono in questa situazione) di vedere riconosciuto l'effettivo inquadramento e la destinazione alla specifica mansione. Assistiamo in alcune delle stesse strutture anche al ricorso degli/le assistenti esterne in quanto il personale presente non è in grado assistere il paziente nelle comuni attività di igiene personale, assunzione dei pasti (perché apatico e magari stanco per l'accumulo di turni di straordinario). Una maggiore attenzione alla qualità e un maggiore controllo da parte delle ASL (devo credere anche loro compiacenti?) sul rispetto delle convenzioni in particolare della effettiva presenza/inquadramento del personale preposto all'assistenza. A dimostrazione che nella sanità c'è ancora molto da fare. Continua la carenza dei controlli da parte delle regioni per verificare la corretta esecuzione dei corsi.

Cooperativa di Roma

Esperienza di un oss

Sono un oss dal luglio 2005, qualifica volutamente presa da me per rientrare nel mondo del lavoro (almeno credevo). Ho lavorato diciotto anni con qualifica di ausiliaria socio sanitaria presso un clinica privata , nel 97 hanno sciolto la società e quindi mi sono trovata in mezzo ad una strada. Ho provato con varie domande a ritrovare lavoro ma forse per l'età (42 anni allora) non sono mai stata presa in considerazione. Uscito il bando che riguardava questa nuova figura con sacrificio ho partecipato al corso credendo in una possibilità in più. Illusa da questa nuova figura che avrebbe dovuto sopperire alle carenze infermieristiche nelle strutture sanitarie e socio sanitarie, mi sono pagata con sforzi notevoli il corso riuscendo a superarlo felice.

Ho presentato diverse domande di lavoro e con mia delusione ho scoperto che nella regione Lazio pochi conoscono questa figura nuova, chi la conosce, mi ha risposto, che non vede la differenza dall'oss all'ota e quindi perché prendere questa figura solo per pagarla di più? Oggi mi trovo a lavorare con un contratto a sei mesi come ota che scadrà il due del prossimo mese con una cooperativa che lavora in un grande ospedale romano con un contratto a strozzo. Mi hanno preso per sei mesi con un contratto a tempo determinato part-time di 36 ore ma obbligata a lavorare 156 ore come socio lavoratore e quindi oltre tutto mi viene tolta una quota mensile che a dire loro mi verrà ridata a fine contratto. Le ore in più non vengono pagate come straordinari e per una notte vengono date circa 10 euro in più, il mio stipendio è di 850 euro mensili. Arrivano fino a tre contratti e poi ci lasciano a casa senza preavviso di 15 giorni, ma lo pretendano da noi. Ora la mia domanda è: che senso ha istituire questa nuova figura se poi non viene strutturata? Perché non c'è controllo per queste cooperative che sfruttano? Nel frattempo sono arrivata a 47 anni e comincio a preoccuparmi del mio domani pensionistico, oltre che di come tirare avanti il quotidiano.

Perplessità

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.**

Con questo documento 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 compaiono dei verbi "collabora e coadiuva", nel secondo compaiono 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.

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. 3268) 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.

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 (ecm), 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 normativa

L'art 100 del R.D. del 27 luglio 1934 n 1265 ancora in vigore stabilisce che nessuno può esercitare una professione da medico, farmacista, o da infermiere se non si ha conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio professionale a norma delle vigenti disposizioni. Chiunque intende esercitare una professione da infermiere, alla quale è abilitato a norma di legge, deve far registrare il diploma.

Questa normativa stabilisce le regole che ogni figura deve adottare nel proprio contesto lavorativo, ma obbliga le strutture sanitarie ad applicare la norma in disposizioni di competenze o funzionalità del servizio nel non utilizzare figure fuori da ogni contesto operativo, essendo esso soggetto a vigilanza in base all'art 99 del Regio Decreto del 27 luglio 1934 n 1265. Tale vigilanza si estende: al titolo di abilitazione, e all'esercizio delle professioni sanitarie, (mansionari).

Quando l'attività può tracciare i contorni di un reato?

Facciamo un breve elenco degli articoli del codice penale...

- Art 582 -583 lesioni personali
- Art 572 maltrattamenti
- Art 589—590— omicidio colposo e lesioni personali colpose
- Art 605 sequestro di persona
- Art 348 esercizio abusivo di una professione
- Art 610 costringere altri a fare qualcosa..
- Art 591– 593 –54- abbandono di incapace e omissione di soccorso sullo stato di necessità
- Art 622– 326 rivelazione del segreto d'ufficio e professionale
- Art 443 somministrazione di un farmaco guasto o in autonomia

Ognuno di questi articoli di cui invitiamo a tenerne conto, possono essere di aiuto specialmente quando agiamo senza riflettere o quanto obbediamo acriticamente agli ordini che ci vengono impartiti. Basta pensare a tutte quelle manovre che mettiamo in pratica sul paziente: iniezioni, prelievi, cateterismi, somministrazione di farmaci, manovre invasive, anche per non aver vigilato su un paziente caduto e si è creato una frattura può configurare reato. La graduazione delle lesioni va dalla lieve alla grave, alla gravissima, ed ovviamente le pene sono ordinate in relazione della gravità del reato commesso. Oggi con il fatto che gli infermieri demandano le loro competenze ad altre figure si può parlare di esercizio abusivo della professione per quelle figure coinvolte in questo meccanismo di cura assistenziale. Come nel caso del art 591, quante volte ci viene chiesto di accompagnare il paziente a fare degli esami, nonché a portare delle provette in laboratorio abbandonando gli altri in reparto senza

assistenza.? Questo comportamento è penale, davanti alle autorità un allontanamento dal reparto configura un reato di abbandono di incapaci.

Tutte le contestazioni, a scanso di equivoci, vanno fatte per iscritto e protocollate anche se si riferiscono ad ordini di servizio orali. La legge pone un obbligo di astenersi qualora la disposizione costituisca illecito amministrativo o penale.

La nostra coscienza diventa la nostra arma di difesa contro la possibilità di commettere errori solo per sentirsi gratificati per aver fatto qualcosa in più.

Conoscere per poter agire bene, questo è fondamentale ...

La responsabilità professionale si suddivide in tre ambiti:

- Responsabilità penale
- Responsabilità civile
- Responsabilità disciplinare

CODICE PENALE

ART. 348

Abusivo esercizio di una professione

Chiunque abusivamente esercita una professione [c.p. 359], per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato [c.c. 2229] (1), è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire duecentomila a un milione [c.p. 31] (2).

(1) Vedi gli artt. 170 e 172, *R.D. 31 agosto 1933, n. 1592*, di approvazione del testo unico delle leggi sull'istruzione superiore; l'art. 48, *R.D. 4 giugno 1938, n. 1269*, recante il regolamento sugli studenti, i titoli accademici, gli esami di Stato e l'assistenza scolastica nelle università e negli istituti superiori; la *L. 13 marzo 1958, n. 262*, sul conferimento ed uso di titoli accademici, professionali e simili; la *L. 31 dicembre 1962, n. 1940*, di ratifica ed esecuzione della Convenzione europea sul riconoscimento accademico delle qualifiche universitarie, firmata in Parigi il 14 dicembre 1959.

(2) La multa risulta così aumentata, da ultimo, ai sensi dell'art. 113, *L. 24 novembre 1981, n.689*, di modifica del sistema penale. La Corte costituzionale, con *sentenza 19-27 aprile 1993, n. 199* (*Gazz. Uff. 5 maggio 1993, n. 19 - Prima serie speciale*), ha dichiarato, tra l'altro, non fondata la questione di legittimità *dell'art. 348 c.p.*, in riferimento agli artt. 25 e 27 *Cost.*

Giurisprudenza

Elemento soggettivo del reato

L' art. 348 cod. pen., che punisce il reato di abusivo esercizio di una professione, ha natura di norma penale in bianco, in quanto presuppone l'esistenza di altre disposizioni, integrative del precetto penale, che definiscono l'area oltre la quale non è consentito l'esercizio di determinate professioni. L'errore su tali norme, costituendo errore parificabile a quello ricadente sulla norma penale, non ha valore discriminante in base all'art. 47 cod. pen. (Fattispecie riguardante la normativa disciplinante l'attività sanitaria, in ordine alla quale si assumeva da parte della difesa che

l'imputato, biologo accusato del predetto reato per avere praticato un prelievo di sangue venoso a fini di analisi, fosse incorso in errore).

Cassazione Penale Sez. VI, sent. n. 1632 del 21-02-1997

Azione isolata

Ai fini della sussistenza di esercizio abusivo di una professione, non è necessario il compimento di una serie di atti riservati ad una professione per la quale sia richiesta una speciale abilitazione, ma è sufficiente anche il compimento di un'isolata prestazione professionale.

Cassazione Penale Sez. VI, sent. n. 4349 del 07-05-1985

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

La necessità di una figura di supporto sanitario e sociale all'interno delle organizzazioni assistenziali, e' 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.

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 altre funzioni oltre a quelle già esplicitate dalla normativa statale.

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.

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.

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

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.

Riteniamo che la formazione, 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.

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.

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

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. Questa dipendenza - relazione con il medico non compare nelle norme istituite per l'oss.

La funzione specifica di questa figura è che sarà impegnata in supporto della figura mancante, (infermiere generico, puericultrice, psichiatrico, crocerossina) 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 e un ruolo di coordinamento di altre figure, integrandole nuovamente nell'area sanitaria.

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

Il punto debole invece e' 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.

Accade che queste formazioni vengono affidate ad agenzie private e 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.

E' per questo che e' importante che l'oss possa entrare nell'ambito del nursing di assistenza come figura professionale nell'area sanitaria, perchè il loro compito e' 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** degli ECM (crediti formativi) 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 2006- 2008 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 puericulture, mentre in USA e in Canada il Paramedical e l'infermiere con licenza pratica. Figure diverse, ma accomunate da una formazione della durata di circa 12 mesi (1300- 1600 ore) con insegnamento pratico e teorico orientata ad acquisire capacità nel rispondere ai bisogni di salute nella continuità di vita delle persone. In questi stati tale figura è utilizzata nel soccorso avanzato (911) equivalente al nostro 118. Infatti nelle ambulanze non ci sono infermieri ma tecnici dell'emergenza e paramedical adeguatamente addestrati.

Nelle lunghe degenze vi sono infermieri con licenza pratica dove assistono i pazienti aiutando l'infermiere ad eseguire procedure di routine.

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 è 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.

Analisi sull'oss specializzato

Appare contraddittoria con il processo di evoluzione della professione, la formazione dell'operatore socio sanitario specializzato con un modulo formativo breve di 300 ore con compiti e funzioni sanitari. (accordo Stato –Regione del 16/1/03)

E' una figura statica, va a ripristinare l'infermiere generico, mantenendo le competenze del vecchio mansionario dell'infermiere generico del 1974, rimanendo nell'area tecnica, e subordinato all'infermiere senza autonomia.

Il termine OSSS (operatore socio sanitario specializzato o complementare), determina una figura di formazione post base che dovrebbe essere una figura di supporto anziché una figura autonoma, con mansioni di somministrazione per via naturale "della terapia prescritta e l'esecuzione della terapia intramuscolare e sottocutanea su pianificazione infermieristica " e altre attività che sino ad oggi erano da considerarsi monopolio della professione dell'infermiere generico, puericultrice, psichiatrico, se questa figura venisse approvata, la novità sarebbe rilevante, in quanto, la somministrazione di farmaci diventa attribuibile anche agli operatori di supporto sia pure dietro le direttive e la supervisione infermieristica o ostetrica.

Non si tratta di un nuovo profilo ma di una specializzazione dell'operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria.

Tale figura potrebbe dare il via a provvedimenti analoghi per altre professioni con ricadute assai poco favorevoli.

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 (legge 3268), 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.

Verbania 20 febbraio 2006

La Segreteria Migep