

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

Chi è l'Operatore Socio Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria?



Autonomia
Responsabilità giuridica

Analisi sull'oss specializzato

Alcuni argomenti tratto da diritto professioni sanitarie Benci.

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

Il collegio degli infermieri “ipasvi” si sta rendendo conto che la carenza di personale infermieristico laureato non riesce a risolvere i loro obiettivi prefissi, pertanto propongono l’istituzione della figura dell’oss complementare, figura statica rispetto all’infermiere che assorbirà un notevole carico di lavoro della figura mancante. Secondo la nostra opinione è indispensabile riprogettare un percorso di studio (**istituti tecnici sanitari**) che dia la possibilità di fornire competenze, metodologie e applicazioni che permettano un’efficiente ed efficace gestione dell’assistenza, secondo una logica orientata al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate ai malati grazie alla costituzione di **un gruppo di lavoro** finalizzato ad un’efficace interazione e integrazione delle diverse professionalità coinvolte. Ciò permetterebbe anche, in secondo luogo, di ridurre la disoccupazione, in quanto non tutti possono permettersi un percorso universitario. Investire nella formazione professionale delle risorse umane nel settore sanitario è oggi una necessità sempre più evidente. Istruzione, formazione, lavoro e livello qualitativo dei risultati sono oggi legati tra loro, per cui diventa decisiva una sempre maggiore collaborazione fra le istituzioni, le aziende ospedaliere e le università, per un’assistenza di base qualificata e riconosciuta che vada a definire per i cittadini un’assistenza di qualità che solo una omogeneità di preparazione con percorsi scolastici ben definiti può determinare. Il riordino dei profili professionali dovrà definire un assetto dei ruoli e delle professionalità anche di queste categorie andando a delineare una sanità efficiente sicura per l’utente, con una maggior qualificazione degli operatori in ambito europeo: **“un’assistenza di qualità.”**

Le cure domiciliari dovrebbero essere gestite in autonomia da figure infermieristiche ed assistenziali le quali dovranno provvedere alla presa in carico del paziente creando un gruppo multiprofessionale per le cure domiciliari in quanto in futuro bisognerà puntare soprattutto sulla prevenzione, sull’educazione sanitaria e sull’assistenza extra ospedaliera. Crediamo che la cosa migliore sia parlare di équipe per le cure di famiglia di cui dovrebbero far parte il medico curante, l’infermiere laureato, l’infermiere diplomato, l’oss.

Chi è l’Operatore Socio Sanitario Specializzato?

Secondo l’accordo della conferenza Stato Regione nella seduta del 16 gennaio 2003, l’Operatore Socio Sanitario specializzato è stato definito come una nuova figura professionale che trova origine nella sintesi dei distinti profili professionali degli operatori dell’area sociale e di quella sanitaria e risponde in modo più adeguato all’evoluzione dei servizi alla persona, intesa nella globalità dei suoi bisogni. Oggetto di una profonda revisione in termini di ruolo, di competenze e di contesto operativo, il profilo dell’OSS specializzato è in possesso di approfondite conoscenze di tecniche assistenziali, è in grado di lavorare per compiti ed obiettivi, ed è in grado di interagire con professionalità diverse in modo integrato ed è in possesso di strumenti per migliorare la relazione d’aiuto con l’utente.

La modalità con cui nasce questa figura è **ibrida** e risente del precedente sistema di regolamentazione dell’esercizio professionale. Come noto, dalla riforma del titolo V della costituzione, il sistema si articola in un doppio passaggio che vede il coinvolgimento di Stato e Regioni nella formulazione delle definizioni di competenze. Potrà svolgere mansioni di maggior responsabilità, quali la somministrazione dei farmaci per via naturale o intramuscolare.

Nasce sostanzialmente con il precedente sistema perché la figura di **“base”** era nata prima della riforma costituzionale anche se, la fonte normativa vera e propria che lo prevede è di fatto posteriore

Tale operatore sostituisce le precedenti figure professionali che si occupavano d’assistenza, sia nell’area sanitaria (OTA), che nell’area sociale (ASA, OSA, ADEST ecc.), con una figura più completa, integrando funzioni, compiti e competenze delle due aree, in un unico contesto professionale. Il suo compito è quello di svolgere attività che aiutano le persone a soddisfare i

propri bisogni fondamentali, finalizzate al recupero, al mantenimento e allo sviluppo del livello di benessere, promuovendone l'autonomia e l'autodeterminazione.

Pur **non essendo una figura professionale** a pieno titolo, mancandone giuridicamente e sociologicamente numerosi aspetti, essa viene, a tal punto di vista, assimilata alle professioni quanto meno nella genesi normativa. È una sorta di **operatore dalla duplice indicazione** delle fonti che lo hanno istituito. Viene **stabilito un ulteriore passaggio** “ oltre a svolgere le competenze professionali del profilo....” **facendo capire che vi sono attribuzioni aggiuntive.**

Quale sono i compiti dell'Operatore Socio Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria?

L'Operatore Socio Sanitario con formazione complementare (OSSS) in assistenza sanitaria, oltre a svolgere **i compiti propri dell'Operatore Socio Sanitario, coadiuva l'infermiere in tutte le attività assistenziali** e, in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del personale infermieristico, **svolge le ulteriori attività elencate nell'allegato A** (conferenza Stato Regione del 16 gennaio 2003).

Elenco delle principali attività previste per l'operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (accordo del 16 gennaio 2003)

L'operatore socio-sanitario, che ha seguito con profitto il modulo di formazione complementare in assistenza sanitaria, oltre a svolgere le competenze professionali del proprio profilo, coadiuva l'infermiere o l'ostetrica/o

e, in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile

dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione, è in grado di eseguire:

- la somministrazione, per via naturale, della terapia prescritta, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione;
- la terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione;
- i bagni terapeutici, impacchi medicali e frizioni;
- la rilevazione e l'annotazione di alcuni parametri vitali (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e temperatura) del paziente;
- la raccolta di escrezioni e secrezioni a scopo diagnostico;
- le medicazioni semplici e bendaggi;
- i clisteri;
- la mobilitazione dei pazienti non autosufficienti per la prevenzione di decubiti e alterazioni cutanee;
- la respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno;
- la cura e il lavaggio e preparazione del materiale per la sterilizzazione;
- l'attuazione e il mantenimento dell'igiene della persona;
- la pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature, delle attrezzature sanitarie e dei dispositivi medici;
- la raccolta e lo stoccaggio dei rifiuti differenziati;
- il trasporto del materiale biologico ai fini diagnostici;
- la somministrazione dei pasti e delle diete;
- la sorveglianza delle fleboclisi, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione.

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

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

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

Appare contraddittoria con il processo di evoluzione della professione, la formazione dell'operatore socio sanitario specializzato con un modulo formativo breve di 300 ore di cui la metà riservata al tirocinio con compiti e funzioni sanitari, codificata dall'Accordo Stato-Regioni (del 16/1/03). Vi è quindi nell'accordo uno specifico richiamo o meglio ancora una specifica citazione della legge 1/2002 e alla limitazione dell'agire professionalmente nelle sue ulteriori attribuzioni assistenziali.

Da un'attenta lettura vediamo che l'aggettivo "**principali**" nega parzialmente la natura mansionaria dell'allegato A, in quanto un mansionario per sua natura è tassativo, esclusivo, esaustivo e non certo esemplificativo come sembra fare pensare. Un altro problema sorge dalla ripetizione del dispositivo legislativo che consente all'operatore di coadiuvare l'infermiere sotto la supervisione di quest'ultimo in base all'organizzazione dell'unità operativa.. Infatti l'allegato A contiene una elencazione di **attività** in parte **sovrapponibili o ripetitivi di attività** già riportate nel profilo di base e in parte invece nuove. Tra questi notiamo la **somministrazione di farmaci per via naturale, intramuscolare e sottocutanea, la rilevazione dei parametri vitali, l'esecuzione dei clisteri e la sorveglianza di fleboclisi**. Mentre appartengono alla prima specie "**base**" le altre funzioni.

I due documenti di "**base**" e "**specialistico**" usano spesso linguaggi simili anche se non sempre omogenei e nascono in ambienti diversi. Il primo "**di base**" nasce all'interno d'una contrattazione avvenuta tra le organizzazioni sindacali e il ministero della solidarietà sociale. Il secondo "**quello specialistico**" vede invece la sua genesi tra il ministero della salute e rappresentanze professionali.

Così l'operatore socio sanitario complementare diventa figura statica, andando di fatto a ripristinare l'infermiere generico, mantenendo le competenze del vecchio mansionario del 1974 ma rimane nell'area tecnica ed è subordinato all'infermiere senza possibilità di autonomia

Nella realtà la formazione si comporrà di due distinti momenti:

- a) Uno normativo nazionale con legge ordinaria teso a definire il livello generale con particolare riferimento ai titoli e all'individuazione delle figure,
- b) L'altro di esplicitazione teso a regolamentare l'attività nel dettaglio, anche se la fonte normativa di recepimento è la legge regionale e non una vera e propria fonte di carattere regolamentare

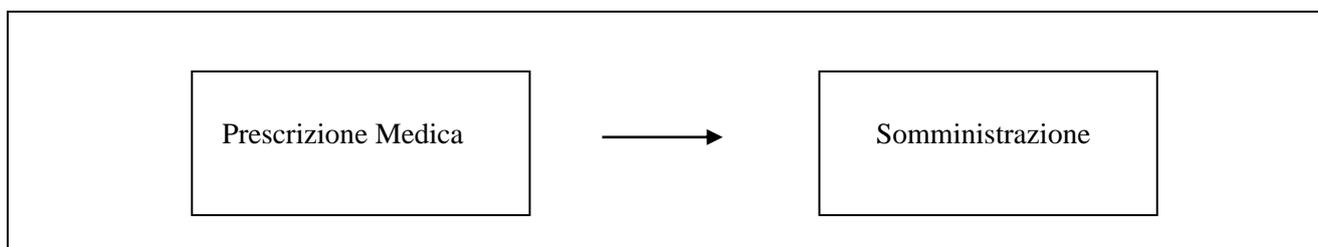
Alcune regioni, hanno apportato alla figura di base, alcune modifiche di dubbia legittimità arrivando a proporre figure parzialmente diverse da quella statale.

Il termine OSSS (operatore socio sanitario specializzato o complementare), determina una figura di formazione post base, 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. Se questa figura venisse confermata in tutte le realtà regionali, la novità sarebbe rilevante, in quanto, la somministrazione di farmaci diventerebbe attribuibile anche agli operatori di supporto sia pure dietro le direttive e la supervisione infermieristica o ostetrica.

Figura 1 la somministrazione dei farmaci da parte dell'OSS con F.C.



figura 2. la somministrazione dei farmaci da parte dell'infermiere



Va fatta una riflessione più approfondita sulle attività da svolgere in base all'organizzazione delle unità specialmente legate alla somministrazione di farmaci.

Viene infatti sovvertito l'usuale rapporto **prescrizione – somministrazione** tra medico e infermiere.

- Al primo compete l'attività prescritta e le relative responsabilità in caso d'errori,
- al secondo l'attività di somministrazione.

Questo schema è da ritenersi valido anche per le residuali figure dell'infermiere generico e dell'infermiere psichiatrico, le quali pur nella vigenza dell'art 6 del dpr 14 marzo del 74 n 225, sopravvissuto, come è noto, all'abrogazione dei restanti articoli in base all'art 1 della legge 42/99 **possono, però, direttamente e senza controllo infermieristico somministrare i farmaci.**

Diverso è il caso dell'operatore socio sanitario con formazione complementare, il quale subisce il filtro dell'infermiere sotto i tre diversi ambiti:

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

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

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

È significativo il fatto che nella conversione in legge, operata con la legge 1/2002 scompare l'avverbio "autonomamente" legando l'operatore all'infermiere. La differenza tra le due figure o più correttamente tra la figura di base e la sua progressione specializzante può essere sintetizzata nella tabella 1.

Tabella 1 differenza tra gli operatori socio sanitari e gli operatori socio sanitari con formazione

operatore socio sanitario	operatore socio sanitario con formazione complementare
È una figura di supporto all'assistenza sanitaria e sociale (non solo infermieristica od ostetrica)	È una figura di supporto all'assistenza infermieristica e ostetrica (quanto meno nelle sue funzioni aggiuntive)
È dotato di autonomia complessiva nelle attività di base, pur negli indirizzi e nelle pianificazioni infermieristica	Agisce con livelli di autonomia ridotti ed è fortemente vincolato all'organizzazione del lavoro, alle direttive ricevute e alla supervisione infermieristica ed ostetrica
Non agisce per delega di funzioni, ma ha compiti originali che gli vengono attribuiti direttamente dal profilo che lo ha istituito	Non agisce per delega di funzioni ma ha compiti di esecuzione di prestazioni pianificate dall'infermiere
Risponde per la non corretta esecuzione delle prestazioni affidategli	Risponde per la non corretta esecuzione delle prestazioni affidategli

Evidenziandone alcuni aspetti l'oss specializzato nasce dall'esigenza di far fronte alle crescenti esigenze di assistenza sanitaria nelle strutture sanitarie e socio – sanitarie, pubbliche e private. L'attuale situazione di grave **carezza di infermieri (68 mila)** spingono il legislatore nazionale e regionale a creare figure di supporto all'assistenza con particolare riferimento all'assistenza infermieristica.

È su queste basi che riteniamo che per corrispondere a quelle che sono le nuove esigenze della sanità italiana è necessario istituire degli **istituti tecnici sanitari** ad indirizzo **socio sanitario** con una durata **biennale**, per la formazione dell'oss (operatore socio sanitario) con sviluppi di programmi e di insegnamento e di ricerca nell'ambito riabilitativo, tecnico – sanitario e tecniche della prevenzione uniformi su tutto il territorio nazionale come già era previsto dal **disegno di legge n°81 “riordino del ruolo infermieristico e istituzione del profilo professionale dell'infermiere diplomato”** presentato nella scorsa legislatura (figura intermedia tra l'oss e l'infermiere).

L'assenza della figura intermedia e di supporto ha evidenziato difficoltà a soddisfare i bisogni primari dell'utenza e a pianificare un'assistenza più personalizzata e meno routinaria. Sarebbe a questo punto necessaria una revisione degli attuali modelli organizzativi dei servizi, ma bisogna avere il coraggio di mettere in discussione alcuni preconcetti che inducono lo status quo.

Il progressivo sviluppo di questa figura nell'assistenza sanitaria assumerebbe una forte centralità nella cura della persona ammalata e potrebbe offrire uno strumento omogeneo, anche attraverso iniziative formative e di riqualificazione, sostenendo un alto livello qualitativo, in quanto la capacità e la responsabilità che assumerebbero in ambito socio sanitario assistenziale educativo rivestirebbe notevole rilevanza.

Con questo indirizzo s'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'ambito lavorativo riguarda sia strutture sanitarie (come ospedali, cliniche, ASL), che strutture sociali (centri diurni integrati, case di riposo, assistenza domiciliare, comunità di recupero, case famiglia, comunità alloggio, servizi di integrazione scolastica ecc.); si troverebbe quindi a lavorare in collaborazione con professionisti dell'area sociale (assistenti sociali, educatori, ecc.) e dell'area sanitaria (medici, infermieri, ostetriche.) a seconda degli interventi.

Relativamente agli OSS, sempre a seconda dell'area in cui si troverà ad operare, il suo **sarà un intervento prettamente tecnico:**

- **Area Sanitaria** (dove pur godendo di una certa autonomia nell'assistenza di base, può occuparsi di ulteriori attività solo dietro precisa attribuzione di medici e/o infermieri, come stabilito dai rispettivi profili professionali nazionali),

oppure

- **Area Sociale** (un intervento fondato sull'aspetto relazionale con l'utente)

Percorso formativo

Chi forma l'Operatore Socio Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria?

La formazione dell'Operatore Socio Sanitario in assistenza sanitaria è di competenza della Regione che annualmente definisce l'attivazione dei "moduli di formazione complementare in assistenza sanitaria", sulla base del fabbisogno rilevato nei servizi e strutture socio-assistenziali della Regione. I moduli di formazione sono gestiti da istituzioni titolari di servizi sanitari e/o socio-assistenziali (Aziende Sanitarie, Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB), Case di cura private, ecc.).

Come si diventa OSS?

Il percorso formativo, si sviluppa per un numero non inferiore a 1000 ore (solitamente un anno), circa metà delle quali di tirocinio da effettuarsi presso strutture socio sanitarie.

Come si diventa OSSS?

La Conferenza Stato Regioni **accordo del 16 gennaio 2003** indica un'ulteriore formazione complementare di assistenza sanitaria della durata di almeno 300 ore di cui la metà di tirocinio, riservati agli operatori socio sanitari.

Riteniamo che il titolo di operatore socio-sanitario specializzato o complementare per gli operatori socio sanitari che operano già nelle strutture deve **essere conseguito in assistenza sanitaria" con una formazione sanitaria di qualifica teorico-pratico** di 800 ore di cui la metà di tirocinio.

Il corso può essere avviato solo in presenza di autorizzazioni degli enti preposti identificati a livello regionale a seconda delle regioni può essere post diploma o post scuola dell'obbligo.

La formazione deve essere strutturata in modo da garantire il raggiungimento delle competenze professionali per l'esercizio delle attività e dei compiti previsti, deve essere affidata a **docenti a più elevato livello formativo in istituti sanitari** e non a infermieri o ostetriche che, come oggi, spesso improvvisano la loro docenza in istituti nei quali peraltro viene richiesta una quota di iscrizione molto elevata (2.500 euro o più).

La responsabilità:

In tema d'errori professionali nella letteratura scientifica se ne evidenziano di diversa natura:

Due di questi si determinano in:

a)“**Slip**” è un azione non in accordo con le intenzioni. La pianificazione è valida ma l’esecuzione è carente. Si tratta di errori di azione commessi nello svolgimento di attività routinarie. L’automatismo dell’azione fallisce quando un qualcosa di non previsto interferisce con l’azione.

b)“**Mistake**” è un errore nella pianificazione. Le azioni si realizzano come sono state pianificate ma è il piano stesso a non essere valido.

Si tratta di errori di intenzione (giudizio, inferenza, valutazione) conseguenti a giudizi e valutazione sbagliate da cui ne consegue una pianificazione delle azioni non idonea al raggiungimento dell’obiettivo.

Gli errori di tipo slip sembrano quindi nel caso di specie legato alla **somministrazione dei farmaci** e al rapporto infermiere – operatore di supporto, ricade **sugli operatori socio sanitari**,

Gli errori di tipo mistake sembrano descritti per **l’errore dell’infermiere**.

La stessa letteratura porta a una riflessione sugli errori professionale distinguendo due tipi di errore umano responsabile degli incidenti: **errore attivo e latente**.

Gli errori **attivi** sono associati alle prestazioni degli operatori di prima linea il loro effetti sono immediatamente percepiti e, dunque, facilmente individuabili (slip, mistakes e violations)

Gli errori **latenti** sono attività distanti (sia in termini di spazio che di tempo) da luogo dell’incidente, come le attività manageriali, normative e organizzative.

Le conseguenze degli errori latenti possono restare silenti nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso.

In questi anni le regioni si sono distinte per la diversità di percorsi di riqualificazione delle figure esistenti – sociali e sanitarie, arrivando talvolta a situazioni che possono essere definite come vere e proprie sanatorie (vedi il Veneto). Nel rapporto infermiere – operatore socio sanitario con formazione complementare (**ma a ben vedere non si ravvisano particolari differenze anche per l’operatore senza formazione complementare**), all’interno di un principio che non è di delega, ma di affidamento responsabile di attività, dato astrattamente dalla legge, quanto piuttosto il livello di competenza che questa figura in concreto dimostra di avere.

Un’altra considerazione da fare, quanto meno vedendo i primi programmi di formazione per l’oss specializzato, è la lacuna in essi di sviluppo di alcune competenze (intese come conoscenze) che appaiono gravi. La formazione complementare si caratterizza per essere una formazione essenzialmente tecnica, tesa a sviluppare mere conoscenze tecniche (l’esecuzione della terapia farmacologia attraverso le varie vie di somministrazione, l’esecuzione di clisteri ecc).

Si notano due importanti carenze: **la inesistente formazione inerente la conoscenza delle patologie e la scarsa importanza data alla relazione con il paziente. Curiosamente questa figura avrà conoscenze sull’insulino – terapia ma non sulla malattia che sta alla base della terapia insulinica.**

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

Si delinea un operatore molto tecnico e poco preparato su altri fronti. La natura di supporto viene fuori con grande evidenza analizzando il percorso formativo aggiuntivo.

I livelli di responsabilità giuridica sono diretta connessione con l'errore causativo di danno. Non ci sono dubbi sul fatto che la situazione nella somministrazione di farmaci sia diversa rispetto al tradizionale rapporto medico- infermiere che ricalca le attività poste in essere con la prescrizione – somministrazione. Nel rapporto tra il prescrittore e il somministrante si pone l'inedita – quanto meno per l'ordinamento italiano – intermediazione infermieristica che può essere sintetizzata nei due schemi figura 1 e 2 presentati sopra.

Ciò posto preme evidenziare che con riferimento all'Operatore Socio Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria l'Accordo della conferenza Stato Regione nella seduta del 16 Gennaio 2003 chiarisce che l'O.S.S. con formazione complementare coadiuva l'infermiere e mai si sostituisce allo stesso. Il che comporta che **l'O.S.S. con formazione complementare non possa in assenza di direttive dei soggetti indicati procedere autonomamente alla somministrazione e alla preparazione dei farmaci ma soprattutto non può esercitare tale professione in mancanza di una normativa che stabilisca l'abilitazione e il riconoscimento del profilo e delle funzioni poiché l'OSS C non è una figura a sé.**

Inquadramento economico

L'operatore socio sanitario viene posto alla stessa tregua dell'infermiere generico, della puericultrice e di altre figure sanitarie. L'imminenza del nuovo contratto può portare a supporre l'inquadramento dell'operatore con formazione complementare in fascia C. Non sempre i contratti collettivi nazionali seguono logiche giuridico – professionale pertanto non si può formulare l'inquadramento supposto, anzi pensiamo che peseranno molto sul carattere economico.

Le realtà in altri Stati Europei

Tale figura è esistente anche in altre Nazioni Europee e Nord America. In Francia, Belgio, Svizzera le chiamano Aide soignant e Auxilière de puériculture, mentre in USA e in Canada Paramedical e 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

In Norvegia la formazione degli oss viene affidata ai **licei** ad indirizzo **socio sanitario**. Ha una durata **triennale**, con compito principale sull'assistenza dei pazienti anche con patologie croniche, mentre presso il servizio sanitario oltre a essere subordinato all'infermiere, possono lavorare anche in modo indipendente. Al termine del corso triennale possono proseguire gli studi di un anno in un dei settori che più lo interessano. (sbocchi di carriera), corsi di formazione annuali. In Norvegia sono circa 70.000 mentre in Italia si stima che siano attivi oltre 170.000 OSS.

In Italia non è ancora ben definita questa figura, anzi ci sono ancora argomenti da trattare e approfondire sulla necessità di avere un linguaggio comune in modo da riuscire ad evitare ogni possibile confusione derivante dal fatto che non si vuole affrontare questo tema seriamente, mettendo l'oss "**base**" e "**specialistico**" in emarginazione con strascichi di pregiudizi senza un costante aggiornamento.

Il vero problema dell'inserimento dell'operatore socio sanitario con formazione complementare o specializzato e anche per quello di base (oss) è la riorganizzazione del lavoro in équipe infermieristiche all'interno dei servizi, formazione, corsi di aggiornamento, area sanitaria, autonomia, stato giuridico.

Come dimostra il fatto che, stante le normative, l'operatore socio sanitario “ **base**” e l'operatore socio sanitario con formazione “ **specialistico**” non possono che essere considerate figure tecniche. Per questo motivo è indispensabile **l'istituto tecnico sanitario e l'infermiere diplomato** se si vuole raggiungere **l'area sanitaria**.

La figura dell'Oss complementare inoltre non è disciplinata dalla contrattazione collettiva nazionale (CCNL) del comparto sanità, e quindi, del necessario inquadramento giuridico ed economico.

Pertanto in assenza di formali provvedimenti che prevedano l'assunzione, all'abilitazione, a un riconoscimento aggiuntivo contrattuale, nell'assenza di linee Ministeriali e in mancanza di procedure regionali nel contesto la figura **non può essere assunta e impiegata** per lo svolgimento di attività che esulano dalle loro funzioni

Verbania luglio 08

La segreteria migep