

Protocollo P-3946/III.01

PEC Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi

Data 23 luglio 2012

E p.c.
Ai Dirigenti Infermieristici

Rif.

Oggetto Documento licenziato dal
Ministero della salute – Operatore
Socio-sanitario

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

00184 Roma
Via Agostino Depretis 70
Telefono 06/46200101
Telefax 06/46200131
Cod. Fisc. 80186470581

Si invia in allegato il documento predisposto dal “tavolo Ministero-Regioni su ruolo, funzioni, formazione e programmazione del fabbisogno dell’operatore Sociosanitario”.

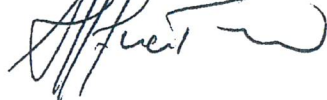
I contenuti del documento, seppur non sempre lineari e di complessa lettura, sono il risultato di un impegnativo confronto tra i diversi componenti del succitato Tavolo.

Le linee di lavoro che si prospettano, richiedono un’attenta vigilanza in particolare da parte dei Collegi in indirizzo e dei Dirigenti infermieristici per quanto attiene:

- lo sviluppo e la revisione dei modelli organizzativi per un utilizzo appropriato delle risorse e per la loro valorizzazione,
- il sostegno e lo sviluppo delle competenze infermieristiche nell’ambito della pianificazione, per l’assegnazione/attribuzione puntuale di attività al personale di supporto in ragione della complessità delle persone assistite.

Cordiali saluti.

La presidente,
Annalisa Silvestro



Proposta di documento del “ Tavolo Ministero-Regioni su ruolo, funzioni, formazione e programmazione del fabbisogno dell’operatore sociosanitario ”

PREMESSA

I mutamenti intervenuti nel Paese negli ultimi decenni, quali l’aumento della speranza di vita, il miglioramento delle condizioni di vita e di salute ma anche l’invecchiamento della popolazione e l’espandersi di forme di disagio e di fragilità sociale rendono indispensabile ripensare l’organizzazione sanitaria e socio sanitaria assistenziale.

A questo proposito è necessario affrontare il percorso di qualificazione dei servizi ed attività sanitarie e socio sanitarie assistenziali, sia in termini di qualità che quantità dei servizi offerti, al fine di promuovere la tutela della salute e benessere sociale dei cittadini.

In particolare, riteniamo che le trasformazioni demografiche in corso, che hanno determinato un cambiamento nella richiesta di cure (dalle cure intensive necessarie nelle fasi acute delle patologie, alle cure continuative nelle diverse condizioni di fragilità), richiedono una profonda trasformazione del sistema dell’offerta sanitaria, socio sanitaria assistenziale e sociale e della stessa organizzazione dei servizi, a supporto della non autosufficienza, così come una maggiore attenzione a realizzare una presa in carico “complessiva” della persona, di diverse età, in condizioni anche di disabilità.

Occorre individuare diverse modalità di risposta alla cronicità, tenendo sempre al centro la persona, la famiglia e la qualità delle cure erogate, riaffermare la centralità del territorio nella cura e nell’assistenza della non autosufficienza e delle patologie croniche degenerative, riconoscendone tutta l’importanza anche attraverso la messa in atto di nuovi sistemi organizzativi, professionali e risorse economiche adeguate.

L’obiettivo di superare la centralità dell’ospedale e di realizzare sul territorio nuove modalità di presa in carico della persona con patologie a lungo decorso, garantendo la continuità assistenziale, passa attraverso l’integrazione dei servizi sanitari e sociali e una reale integrazione delle diverse figure professionali che operano sul territorio.

Parlare oggi di riorganizzazione del sistema salute e del suo recupero di funzionalità ed efficienza significa addentrarsi in uno dei grandi temi che interessano il processo di riforme del nostro sistema Paese. Significa, soprattutto, sforzarsi di vedere e considerare il problema nella sua complessità, tenendo conto di quanto sia importante sfuggire ad inutili semplificazioni (tagli proporzionali e indiscriminati

[Handwritten signatures and initials]

importante sfuggire ad inutili semplificazioni (tagli proporzionali e indiscriminati senza mirare agli sprechi e disfunzioni), a mere dispute e questioni di lobby professionali o, al contrario, a soluzioni impraticabili e irrealistiche con lo sguardo rivolto alle esperienze del passato.

Occorre, infatti, prendere atto del mutamento intervenuto, e che continua in modo dinamico, nella definizione del ruolo dei servizi socio sanitari assistenziali nella realtà globale del Paese che muta di giorno in giorno, del graduale passaggio verso un modello federale più coerente con le nuove funzioni acquisite da regioni e enti locali, e della diversa prospettiva che si deve assumere nel valutare gli aspetti connessi allo sviluppo del capitale umano.

Occorre investire molto sull'integrazione tra servizi sanitari e socio sanitari assistenziali, in particolare nelle regioni dove si è fatto sicuramente molto meno, anche rispetto alla domiciliarità che risulta carente, con differenziazioni territoriali evidenti e, comunque, insufficienti per conseguire l'obiettivo di mantenere disabili, persone non autosufficienti o con diverse condizioni di fragilità, il più possibile nel proprio ambiente di vita.

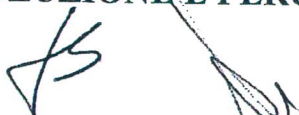
Tale carenza di servizi e di interventi socio sanitari assistenziali ha portato l'utenza a chiedere aiuto sul territorio ad operatori improvvisati, aumentando quindi il fenomeno dell'abusivismo professionale più volte evidenziato da molti professionisti della salute.

E' imprescindibile che ogni processo di riorganizzazione del welfare socio sanitario assistenziale si mantenga coerente con alcune premesse chiave:

1. la *centralità della persona e della sua famiglia*, che devono essere al centro del sistema salute;
2. la *priorità delle risorse umane*, che sono l'elemento essenziale di ogni organizzazione;
3. il *concetto di servizio pubblico*, che deve essere orientato in primo luogo a rispondere e risolvere i problemi dei cittadini;
4. il *corretto utilizzo delle risorse pubbliche*, che devono essere gestite secondo criteri di efficacia, efficienza ed economicità.

Un progetto di integrazione tra servizi sanitari e socio sanitari assistenziali richiede indicazioni precise, tappe, strategie chiare e uniformi per i livelli istituzionali (nazionale, regionale e locale) organizzativo, funzionale, professionale e formativo con una particolare attenzione anche al ruolo del terzo settore sempre più determinante ed è in questo contesto che va inquadrato il percorso della figura professionale dell'operatore socio sanitario (Oss).

EVOLUZIONE E PERCORSO PROFESSIONALE DELL'OSS

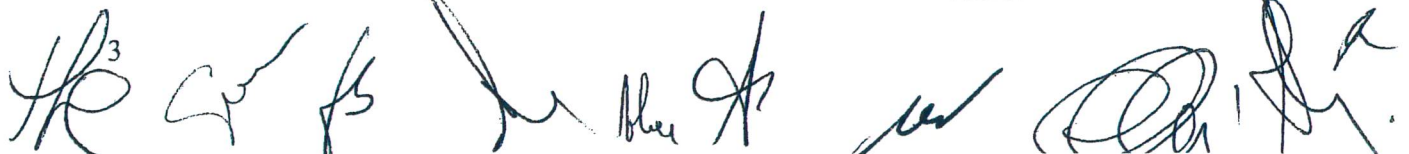


La nascita di questa figura professionale è stata preceduta da un ampio dibattito tra i diversi addetti ai lavori. Prima erano stati istituiti due profili professionali, uno più a carattere sanitario (la figura di Ota, cioè operatore tecnico addetto all'assistenza), l'altro più a carattere sociale (Asa, Osa, Adest...), la cui definizione variava poi da regione a regione. Nel tempo gli addetti ai lavori hanno più volte lamentato la frammentazione di troppe figure professionali nei settori sanitari, sociosanitari e assistenziali, anche alla luce di un profondo cambiamento in atto sia di nuovi sistemi organizzativi e sia di sostanziali modifiche della legislazione sanitaria e socio assistenziale. Pertanto, si è evidenziata la necessità di una figura con un profilo professionale che meglio rispondesse, in modo più adeguato, all'evoluzione dei servizi alla persona, intesa nella centralità e globalità dei suoi bisogni.

Si riassumono brevemente circa quaranta anni di storia degli operatori di supporto nei settori sanitari e sociali, per comprendere meglio la situazione attuale:

- Anni '60, DPR 128/69, art. 46 "Personale esecutivo – Ausiliario". La figura Ausiliario addetto ai servizi sanitari è stata storicamente presente negli Ospedali ed ha sempre svolto mansioni esecutive e semplici. Mansioni prevalenti: pulizia ambienti - trasporto materiale - prestazioni manuali.
- Anni '70, DPR 761/79, allegato 2, tabella G "Profilo professionale: Agenti tecnici". Prevede la figura dell'Ausiliario socio sanitario "addetto esclusivamente alle mansioni di pulizia". la figura è inquadrata al 1° livello retributivo.
- Anni '80, DM 10 febbraio 1984, istituisce l'"Ausiliario sociosanitario specializzato". Con un corso di aggiornamento sono ampliate le competenze del Ausiliario socio sanitario che viene inquadrato al 3° livello retributivo.
- Ccnl del 1979 introduce la figura di ausiliario socio sanitario "addetto esclusivamente alle mansioni di pulizia" inquadrata al 1° livello retributivo.
- Anni '80 – "Ausiliario sociosanitario specializzato" istituito con Dpr n. 348/83
– Dm n. 1984
Con un corso di aggiornamento sono ampliate le competenze del Ausiliario socio sanitario inquadrandolo al 3° livello retributivo.
- Anni '90 – "Operatore tecnico addetto all'assistenza" (Ota) istituito con Dpr 384/90 – Dm n. 295/91

Emerge l'esigenza di operatori che collaborino con le professioni sanitarie e sociali anche a fronte dell'evoluzione formativa ed ordinamentale di tali professioni e di demandare ad operatori quali gli OSS le attività collegate alla effettuazione delle attività domestico-alberghiere oltre che alla soddisfazione dei bisogni primari della persona; lo scopo e l'esigenza fondamentali erano e sono, perciò, quelli di formare adeguatamente operatori in grado di fornire, nell'ambito suddetto, un'adeguata risposta di qualità ai bisogni di servizi dei cittadini senza ricreare una figura indefinibile infermieristica vicaria o di livello non universitario.



- Anno 2001 – “Operatori socio sanitario” (Oss) istituito con Provvedimento Conferenza Stato – Regioni del 22 febbraio 2001

Dopo un lungo dibattito è stato formalizzato l'accordo tra Ministro della salute, Ministro per la solidarietà sociale, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano che individua figura e profilo professionale dell'operatore socio sanitario, con la definizione dell'ordinamento didattico dei relativi corsi di formazione. Di fatto la nuova professione di operatore socio sanitario (Oss) sostituisce l'operatore socio assistenziale (Osa, Asa, ect....) e l'operatore tecnico addetto all'assistenza (Ota). L'obiettivo è formare un nuovo operatore socio sanitario più qualificato e versatile in grado di muoversi nei contesti assistenziali sia sociale che sanitario .

Per accedere alla professione di operatore socio-sanitario è necessario frequentare un corso di qualifica teorico pratico della durata di almeno 1000 ore, articolate in attività di teoria, di tirocinio pratico e esame finale. Per iscriversi al corso è necessario avere prima conseguito il titolo di studio della scuola dell'obbligo.

Molte regioni hanno subito recepito l'Accordo della Conferenza Stato-Regioni, iniziando così la sperimentazione del nuovo profilo dell'Oss. In particolare, *alcune regioni hanno autorizzato i programmi dei corsi a livello regionale ma soprattutto finanziato, con investimenti economici impegnativi, percorsi di riqualificazione per tutti gli operatori Ota e ASA già dipendenti del Ssn.*

- Anno 2003 – “Operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria” (Osss) istituito con Provvedimento Conferenza Stato – Regioni del 16 gennaio 2003

Con questo provvedimento le regioni e le province autonome possono disciplinare una formazione complementare in assistenza sanitaria dell'Oss, al fine di consentire allo stesso di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica, e di svolgere alcune attività assistenziali in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza, e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica e/o ostetrica, e sotto la supervisione delle stesse, ognuna nel proprio ambito

Finora, alcune regioni hanno formalizzato questo ulteriore percorso formativo regionale, non inferiore a 300 ore di cui metà di tirocinio denominato, sul modulo di formazione complementare in assistenza sanitaria.

MOTIVAZIONI CULTURALI PER IL PERCORSO OSS

Con i cambiamenti legislativi e organizzativi degli ultimi dieci anni avvenuti nel sistema salute italiano, è andata sempre più maturando la consapevolezza di formare e inserire nuove figure che collaborino con le professioni sanitarie e sociali, rivedendo i modelli organizzativi e le competenze assistenziali.

La formazione delle professioni sanitarie, è cambiata: sono infatti discipline con formazione universitaria, ed il livello culturale e professionale è più elevato rispetto al passato.

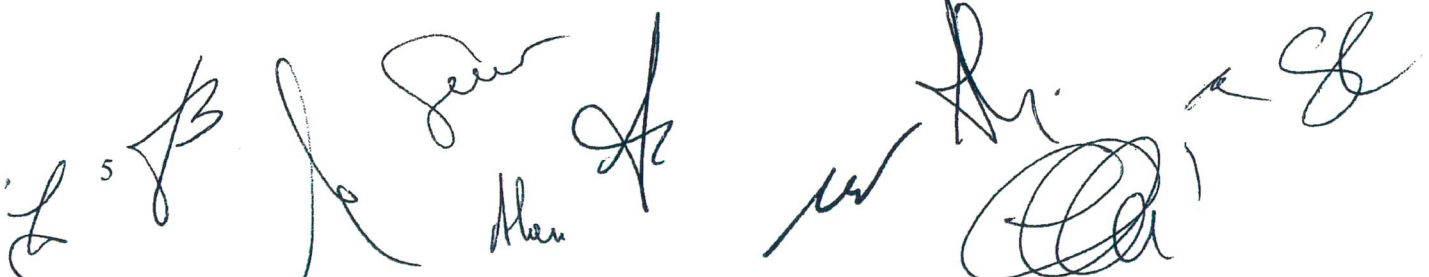
I presupposti giuridici della nuova normativa scaturiscono da due condizioni preliminari: in primo luogo il percorso formativo universitario e i nuovi profili professionali, che prevedono la presa in carico della persona assistita, e in secondo luogo la necessità di attribuire alcune attività considerate demandabili ad una nuova figura professionale.

In questo contesto è stata definita la nuova figura dell'Operatore Socio Sanitario con l'apposito Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

A tale riguardo, tra gli obiettivi lungimiranti possibili c'è quello di intervenire concretamente nella riorganizzazione dell'attività delle professioni sanitarie e sociali anche con l'introduzione di nuovi modelli organizzativi e, in prospettiva dopo le opportune verifiche e sperimentazioni, inquadrare più precisamente opportunità, ruolo e funzioni dell'Oss e dell'Osss con formazione complementare nei nuovi contesti organizzativi dei servizi.

L'inserimento degli operatori socio sanitari nell'ambito delle équipes delle organizzazioni sanitarie e sociosanitarie comporta una profonda ristrutturazione, nei processi lavorativi, in tutti i servizi e presidi ospedalieri e distrettuali di riferimento dove prestano la propria opera i professionisti sanitari e sociali. Oggi, più di un tempo, vi è la necessità di operatori formati e qualificati in grado di collaborare *in primis* con coloro che hanno la responsabilità dell'assistenza infermieristica e dell'assistenza ostetrica. Al riguardo ci sono, poi, anche altre motivazioni che sono da ricercare: nell'ottimale uso delle risorse umane, per consentire la piena valorizzazione delle conoscenze e della preparazione dei professionisti pur tenendo conto dei fattori sostanzialmente economici di equilibrio delle risorse.

Pertanto l'Oss nasce per dare una risposta qualificata sia in ambito sanitario sia in ambito socio-assistenziale, poiché può svolgere attività indirizzate a soddisfare i bisogni primari delle persone, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario, e favorire il benessere e l'autonomia della persona. In particolare, per quanto riguarda l'integrazione socio sanitaria a livello domiciliare, molti interventi di tipo socio assistenziale necessitano della competenza delle professioni sanitarie e sociali per la loro pianificazione in quanto sono rivolti a migliorare l'assistenza alla persona non autosufficiente con fragilità o nelle attività di vita quotidiana. Coadiuvati dagli operatori, i professionisti della salute possono ottimizzare meglio il tempo di lavoro per pianificare e organizzare i vari interventi assistenziali, ponendo priorità e attenzione alla personalizzazione dell'assistenza ed influenzando positivamente sulla qualità dell'assistenza stessa.



The bottom of the page features several handwritten signatures and initials in black ink. From left to right, there is a small 'L', a '5', a stylized signature, a signature that appears to be 'Man', another signature, a signature that looks like 'Lu', a large circular scribble, and finally a signature that appears to be 'S'.

MOTIVAZIONE ORGANIZZATIVE PER IL PERCORSO OSS

Rispetto a questo innovativo e dinamico percorso, in termini di cura e assistenza, occorre e occorre tuttora sperimentare e verificare modelli organizzativi nuovi sul piano delle risorse umane e professionali, in un'ottica di integrazione tra le diverse professioni addette al governo sanitario e sociosanitario assistenziale, e valorizzazione delle competenze e responsabilità. Occorre e occorre tuttora una concreta riorganizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie assistenziali con nuovi processi di razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi. E' un percorso innovativo, graduale ma necessario che ha bisogno di una particolare attenzione e sensibilità per il cambiamento culturale e professionale che presuppone.

Oltre alla formazione delle professioni sanitarie in campo universitario occorre assicurare altrettanta attenzione, nell'ambito della revisione dei modelli assistenziali, alla valutazione del fabbisogno di operatori sociosanitari, da collegare ai percorsi formativi di riqualificazione e aggiornamento, in relazione alle specifiche competenze richieste dal sistema salute. Occorre proseguire e rafforzare il percorso di valorizzazione degli Oss che operano nel sistema salute sia nel settore pubblico che privato e nel terzo settore.

E' pertanto necessario completare in tutte le regioni, il ~~oltre al~~ processo di riqualificazione degli Oss.

FORMAZIONE

La formazione e l'aggiornamento rappresentano, anche per gli operatori sociosanitari, un elemento cardine del sistema salute in cui si possono sviluppare le competenze relazionali, tecnico scientifiche e operative necessarie per il mantenimento e l'innovazione di questo servizio fondamentale per il progresso socio economico del Paese. Riteniamo, inoltre, che la formazione e l'aggiornamento permanente di queste figure, sanciti da un accordo Stato-Regioni, debbano essere certificati uniformemente su tutto il territorio nazionale e svolti a cura e sotto la responsabilità dei Servizi Sanitari Regionali, in sinergia con i Servizi Sociali.

INSERIMENTO OPERATIVO DI OSS IN TUTTE LE REGIONI.

L'evoluzione tecnologica e scientifica coinvolge non solo le professioni sanitarie e sociali ma tutti gli operatori che lavorano nel sistema salute. Pertanto occorre rivedere le attività nei nuovi piani organizzativi per creare i presupposti di cambiamento culturale e professionale, contribuendo in modo sostanziale a identificare i bisogni primari dei pazienti e dei cittadini/cittadine utenti, attraverso interventi personalizzati. La soluzione può essere certamente trovata nei piani di

lavoro, con la metodologia della job description, applicando in modo omogeneo le disposizioni dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Infatti, per la necessaria omogeneizzazione dell'organizzazione e dei piani di lavoro, è opportuno considerare le sperimentazioni assistenziali di alcune regioni che, con l'inserimento dell'OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria, potrebbero fornire risposte più efficaci ed idonee a particolari esigenze assistenziali in campo sanitario.

L'inserimento di operatori sociosanitari ai vari livelli formativi, in un servizio sanitario e/o sociale può avere il massimo del successo solamente se segue un progetto organizzativo specifico, individuato e riconosciuto, anche contrattualmente ed economicamente. Il primo presupposto è una corretta considerazione del ruolo di questi operatori, dentro il quadro organizzativo e funzionale del servizio, come risorsa da valorizzare in vista di obiettivi comuni. In particolare il loro inserimento comporta l'introduzione di nuovi modelli organizzativi attraverso un sistema di servizio multidisciplinare in cui i diversi attori del sistema salute entrano in gioco con le proprie competenze, i propri livelli di competenza e autorità, al fine di determinare una serie di attività fra loro correlate che portino al raggiungimento dell'obiettivo specifico o del risultato finale.

L'inserimento di operatori sociosanitari nelle equipe assistenziali comporta la ridefinizione dei processi di lavoro che rispettino le attività e le competenze generali di tutte le figure professionali coinvolte nel processo assistenziale, sarà così possibile definire con specificità le attività di assistenza di base attribuibile agli OSS.

OBIETTIVI PERCORSO

Il sistema salute del Paese si configura come un'organizzazione alquanto complessa in cui sarà sempre più necessario ottimizzare e integrare risorse, processi e percorsi clinico sanitari e socio assistenziali su modelli organizzativi più adeguati e basati sulla consapevole e responsabile interazione delle diverse competenze professionali.

D'altra parte occorre assumere anche un diverso punto di vista sul ruolo dello stato, regioni e enti locali nel nuovo contesto socio economico che va verso l'autonomia e il federalismo fiscale: nell'attuale e più avanzato concetto di welfare, infatti, le amministrazioni possono anche non sovrintendere più alla gestione diretta di gran parte dei servizi di pubblica utilità, ma acquisiscono un ruolo, ben più complesso, di regolatori dell'intero sistema salute, con funzioni generali di indirizzo, equilibrio, controllo e finanziamento.

A series of handwritten signatures and initials in black ink, located at the bottom of the page. From left to right, there are several distinct marks, including what appears to be a stylized 'P', a vertical line, a 'B', and several other cursive signatures.

In alcune realtà, positivi processi di riforma sono già stati messi in atto e processi di umanizzazione: nuove offerte di servizi territoriali e strutture ospedaliere stanno cambiando concretamente il nostro sistema salute, che richiede più cooperazione, integrazione, lavoro di squadra, capacità di definire progetti di cura e di assistenza multidisciplinare e condivisione di conoscenze, competenze e responsabilità.

Questi cambiamenti innovativi richiedono coinvolgimento e motivato apporto di tutti professionisti e operatori che lavorano nel sistema salute, con impegno, conoscenza, etica e responsabilità.

E' pertanto necessario *individuare, sperimentare, applicare e diffondere buoni modelli organizzativi*, di efficace governo clinico assistenziale e di integrazione multidisciplinare per l'assistenza alla persona accompagnati da un adeguato percorso di valorizzazione del ruolo, delle prestazioni e delle competenze di professionisti e operatori.

In questa prospettiva una *formazione mirata* e finalizzata alla concreta applicazione dei nuovi modelli organizzativi rappresentano un elemento fondamentale e determinante del servizio sanitario nazionale.

L'introduzione di nuovi modelli organizzativi focalizzati sulla centralità della persona, sulla continuità assistenziale, su progetti di cura e assistenza multidisciplinare devono prevedere percorsi di *valorizzazione delle competenze e delle funzioni anche di altri profili, quali gli operatori socio sanitari*, soprattutto rispetto alla presa in carico della persona portatrice di bisogni che si modificano in relazione alle fasi del ciclo vitale e alla tipologia dei diversi livelli di intensità del processo assistenziale.

Da queste considerazioni, *si intravede l'opportunità di rivedere e ridefinire i rapporti tra i professionisti sanitari e gli altri operatori coinvolti nel processo di cura, al fine di garantire un'assistenza globale e integrata.*

La società esprime oggi nuovi bisogni assistenziali legati all'aumento dell'età media e all'incremento delle patologie cronico - degenerative. Il cittadino ha sempre più necessità di trovare adeguate risposte ai propri bisogni assistenziali nelle strutture sanitarie, soprattutto nei servizi territoriali nei quali le professioni della salute e gli Oss, già oggi in alcune regioni, forniscono diffusamente prestazione appropriate secondo il modello della presa in carico.

Con riferimento a questo scenario *si intravede concretamente l'inserimento degli Oss nelle equipe sanitarie e sociosanitarie di assistenza alla persona. Tali esperienze sono maturate e consolidate ormai in diverse realtà regionali ma stentano ancora ad avviarsi in altre.* Alcuni modelli organizzativi già adottati dimostrano bontà e necessità di questo inserimento degli Oss, peraltro sottolineato dalla normativa vigente (DM 739/1994 e DM 740/1994) per superare una presa in carico dove

pesano ancora oggi molte prestazioni improprie per i professionisti sanitari. *L'inserimento degli Oss diventa indispensabile e rappresenta il presupposto per identificare, nel contesto specifico, le prestazioni di assistenza di base che possono essere assegnate agli Oss, in riferimento alla complessità assistenziale e ai modelli organizzativi delle diverse strutture sanitarie e sociosanitarie.*

Di conseguenza è necessario anche adottare uno specifico sistema documentale che evidenzi la tracciabilità del percorso di assistenza di ogni singolo cittadino, a partire dalla presa in carico per arrivare fino alla valutazione finale. Tale documentazione deve seguire l'assistito in tutto il suo percorso, orientandosi quindi sulla continuità assistenziale, dove è possibile costruire un modello organizzativo fondato su matrici di responsabilità degli operatori: chi ha fatto che cosa - chi è responsabile di che cosa.

Alla luce di questa riflessione, si ritiene necessario l'adozione di modelli organizzativi per l'assistenza focalizzati sulla persona come individuo, finalizzati alla presa in carico e umanizzazione della continuità assistenziale in risposta ai bisogni indispensabili del cittadino. *A tal fine è fondamentale l'inserimento organizzativo della figura di Oss nel sistema sanitario e sociosanitario, per consolidare una logica di gestione sempre più integrata e multidisciplinare dei processi assistenziali che definisce standard, metodi e strumenti di intervento, non solamente sotto l'aspetto clinico scientifico, ma soprattutto di presa in carico globale della persona con tutti i suoi bisogni compresi i fondamentali.*

Volendo dunque dare impulso concreto a un progetto riorganizzativo di inserimento della figura degli Oss in tutte le regioni del Paese riteniamo che si debba agire su questi punti:

1. *rilevare i numeri reali degli Oss ad oggi formati e impegnati nei diversi settori: sanitario, socio sanitario, pubblico, privato e terzo settore;*
2. *momenti di approfondimento e analisi sui diversi modelli organizzativi per evidenziare eventuali criticità e differenze tra territori e regioni, partendo dalle realtà con sperimentazioni più avanzate;*
3. *uniformare e migliorare l'attività formativa destinata agli Oss e monitorare il livello di competenza acquisita in un'ottica di complessità crescente del sistema salute e di fronte ad una richiesta di innalzamento qualitativo dei servizi - miglioramento dell'offerta formativa collegata al fabbisogno e valutazione degli esiti formativi - completamento, senza ulteriori ritardi, della riqualificazione degli altri operatori preesistenti;*
4. *promuovere i modelli organizzativi positivi già sperimentati in alcune realtà che sappiano superare lo schema burocratico di numeri e standard predefiniti ma adattare decisioni e conoscenze alle esigenze concrete e mutevoli della cittadinanza, interpretando in modo dinamico i propri ruoli;*

A collection of handwritten signatures and initials in black ink, located at the bottom of the page. The signatures are of various styles, some appearing to be initials like 'H', 'B', 'M', 'L', 'D', and others that are more complex and cursive.

5. *promuovere un corretto utilizzo degli Oss inseriti in modelli organizzativi attraverso percorsi definiti da job description per il miglioramento funzionale dei servizi alla persona, applicando in modo omogeneo le disposizioni dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;*

6. *promuovere l'aggiornamento permanente anche dell'operatore sociosanitario.*

La complessità organizzativa del sistema evidenzia la necessità di ottimizzare e integrare processi e percorsi clinici assistenziali, basati su modelli organizzativi avanzati e fondati sulla consapevole e concreta interazione delle diverse competenze professionali. L'offerta dei servizi sanitari territoriali e delle strutture ospedaliere sta cambiando e richiede la capacità di definire progetti di cura e assistenza multidisciplinari. In questo contesto, questo tavolo di lavoro sugli Oss ha l'ambizione di presentare un concreto contributo alla definizione di linee guida per favorire l'inserimento uniforme e graduale degli Oss nel sistema salute di tutto il territorio nazionale, soprattutto dove ancora troppo poco si è fatto in termini occupazionali e nei modelli occupazionali soggetti ai piani di rientro.

L'inserimento di nuovi operatori all'interno di struttura lavorativa è sempre un processo di una certa complessità: in questo caso lo è ancora di più, poiché definisce competenze, ruoli e responsabilità di tutte le figure che sono coinvolte nel processo assistenziale. Si tratta comunque di un processo che va governato e indirizzato in maniera tale che le varie criticità possano essere superate e che vadano riconosciuti i vantaggi che la nuova organizzazione potrà comportare.

Fra questi annoveriamo sicuramente: i miglioramenti quali - quantitativi dell'offerta assistenziale e quello di consentire alle professioni sanitarie di esprimere al meglio le proprie competenze di diagnosi, relazione interpersonale, programmazione, gestione, valutazione e leadership. Molte operazioni tecniche possono essere trasferite ad altri - cambiamenti del genere sono avvenuti inevitabilmente più volte nella storia, ma solamente l'efficace integrazione degli Oss nell'equipe potrà dare valore aggiunto agli utenti dei servizi sanitari, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo e appropriato delle risorse e la valorizzazione delle risorse umane e diverse professionalità che operano nel sistema salute.

Infine l'ultima questione da affrontare è il dibattito relativo alla collocazione dell'OSS attuale nel ruolo tecnico invece che nel ruolo sanitario.

Difatti la desueta articolazione del personale del SSN nei quattro ruoli (sanitario, tecnico, professionale ed amministrativo) non è più rispondente all'attuale organizzazione del lavoro in sanità e svolge solo una residuale funzione di riconoscimento di alcuni istituti contrattuali.

 10















che avrebbe dovuto comprendere profili sanitari, sociali e sociosanitari, archiviando definitivamente i 4 ruoli del 761.

Nel concreto, con gli strumenti della contrattazione nazionale e di quella integrativa, bisogna superare la penalizzante distinzione in ruoli introdotta dal DPR 761/79, introducendo il principio che tutti i lavoratori che operano in analoghe strutture e con medesime condizioni di disagio hanno medesimi diritti e corrispondenti indennità.

Roma 4 luglio 2012

Placido Venturo
~~Placido Venturo~~
~~Placido Venturo~~
~~Placido Venturo~~
~~Placido Venturo~~
~~Placido Venturo~~
 Stefano Santopoli
~~Stefano Santopoli~~
~~Stefano Santopoli~~
~~Stefano Santopoli~~
~~Stefano Santopoli~~
~~Stefano Santopoli~~
~~Stefano Santopoli~~
~~Stefano Santopoli~~

COORDINAMENTO REGIONI
 COORDINAMENTO FEDERAZIONE IGIENISTI
 REGIONE CAMPANIA - TREMATICI
 FUC IPASUI
 MINISTERO SALUTE
 II II
 FSI - USAE
 CISL FP
 OIL FPL
 FIALS
 NRSING UP
 NRSING UP
 FP CGIL
 FP CGIL

pe

su

of¹¹ fs h