



Federazione Nazionale MigeP

Coordinamento Collegiato

Associazione delle Professioni Infermieristiche e Tecniche

operatore socio sanitario (oss) - infermieri generici – psichiatrici – puericultrici –
infermieri extracomunitari – ota – asss – adest - osa

Sede sociale via Motta Santa 44 Fondotoce 28924 Verbania tel 0323 496081 – fax 0323 406882
cell. 3387491756

E-mail– migep2001@libero.it

Nella riunione del 6 Luglio 2010 il Ministero ha posto i seguenti quesiti:

- **I 100 mila O.S.S. formati sono attendibili?**
- **I 100 mila O.S.S. è un dato in linea con il fabbisogno sanitario?**
- **Qual'è il numero di O.S.S. da formare secondo il giudizio del tavolo di lavoro?**
- **Quanti O.S.S. sono in organico nelle strutture sanitarie e socio assistenziali?**

Dall'analisi espletata dal M.I.G.E.P., volta quantificare gli Operatori Socio Sanitari formati, sulla base dei dati i forniti Regioni, è emerso che:

- Ø ciascuna Regione ribadisce di aver formato gli O.S.S. sulla base dell'effettivo fabbisogno rilevato dai servizi socio – sanitari;
- Ø la formazione è affidata a enti privati a pagamento o convenzionati, a strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche, alle province, o a dirittura alla direzione servizi sociali e alla direzione risorse umane e formazione servizio socio sanitario regionale, o all'assessorato al lavoro;
- Ø per il sociale, il fabbisogno formativo e professionale è affidato alla direzione servizi sociali e alla direzione risorse umane e formazione servizio socio sanitario regionale;
- Ø in alcune regioni non sono previsti percorsi formativi differenti per l'O.S.S. che opera nel sanitario e O.S.S. che opera nel sociale; in altre regioni, invece, è prevista una differenziazione nella formazione;
- Ø la formazione è svolta anche da numerosi Istituti non accreditati presso i competenti Assessorati e presso il Ministero;
- Ø sono stati avviati corsi di prima formazione indirizzati a disoccupati e non occupati.
- Ø Puglia “ dirigente del servizio formazione professionale ha provveduto a rilevare il fabbisogno formativo limitatamente alle strutture sanitarie e a selezionare i progetti di riqualificazione degli enti formativi accreditati.
- Ø Sono avviati corsi formativi di formazione modulare che durano tre anni.

Nello specifico, anche se le regioni stabiliscono ogni anno il numero dei corsi da assegnare alle aziende sanitarie ed agli organismi autorizzati e il numero degli operatori sulla base del piano annuale di formazione, risulta impossibile stabilire se vi sia corrispondenza tra il numero degli operatori stabilito da ciascuna regione e gli O.S.S. effettivamente formati. Gli stessi funzionari regionali non sono in possesso di tutti i dati relativi alla formazione. Allo stato, quindi, risulta che sulla base dei dati comunicati dalle regioni il numero di operatori formati sia di circa 100 mila O.S.S.



Criteri per la determinazione del numero degli O.S.S. da formare

Per poter determinare il numero di O.S.S. da formare a livello nazionale ogni anno è necessario comprendere quale sia il reale fabbisogno delle aziende sanitarie e delle strutture assistenziali atto a garantire e/o raggiungere il miglior livello qualitativo del servizio assistenziale. A tal fine, occorre valutare preventivamente il personale di cui è dotato la struttura sanitaria e le competenze degli operatori.

Dalla nostra ricerca condotta su 630 Aziende (36 sono le Aziende che hanno fornito i dati) dislocate su tutto il territorio nazionale, è emerso che l'inserimento dell'operatore socio sanitario non sia compatibile con tutte le U.O. Vi sono numerose U.O. che richiedono esclusivamente la presenza di infermieri.

Nelle U.O. di degenza specialistica viene richiesta un'attività di supporto degli operatori media; nelle unità di degenza, non specialistiche, o nelle RSA la presenza degli operatori diventa ottimale.

Dall'analisi condotta è emerso che le Aziende utilizzano per la determinazione degli operatori necessari i seguenti rapporti numerici:

- Ø 2:1 (2 infermieri e un O.S.S.) livello assistenziale di base e medio;
- Ø 3:1 (3 infermieri e un O.S.S.) livello assistenziale elevato;
- Ø 4:1 (4 infermieri e un O.S.S.) livello assistenziale intensivo;
- Ø 6,5:1 (6 infermieri e mezzo e un oss) ospedale di Bergamo.
- Ø L'Ospedale di Trapani ha calcolato nel rispetto degli standard di personale un rapporto di oss/posti letto – Min 0,14 – Max 0,22

Possiamo quindi affermare che il numero di O.S.S. effettivamente impiegato è inferiore al numero degli operatori formati.

- Le RSA, invece, si basano su i seguenti rapporti numerici:

- Ø 1:1 (un infermiere e un O.S.S.) livello riabilitazione
- Ø 1:2 (un infermiere e due O.S.S.) livello residenza disabili
- Ø 1:4 (un infermiere e quattro O.S.S.) centro diurno continuo/centro diurno disabili
- Ø o un OSS ogni due pazienti (INRCA di Ancona)

I risultati mostrano che in media gli O.S.S. impiegati sono superiori rispetto a quelli impiegati all'area sanitaria.

Si evidenzia inoltre che:

- in alcune strutture il numero degli O.S.S. supera il numero minimo determinato in base al numero dei posti letto;
- in altre strutture il numero di O.S.S. è inferiore rispetto al numero minimo determinato in base ai posti letto ma viene compensato attraverso appalti di manodopera o somministrazione di lavoro.
- altre aziende, pur avendo posti vacanti, al fine di garantire l'equilibrio nella gestione aziendale, non prevedono nessuna assunzione di personale con qualifica O.S.S.. Per ovviare alle carenze dell'O.S.S. procedono all'utilizzazione di personale ausiliario (OSA – OTA);



- alcune aziende si attengono alle delibere regionali ed ai criteri ivi indicati per garantire un equilibrato impiego tra personale infermieristico ed O.S.S., ed indicano quale parametro il rapporto numerico di 3:1 come rapporto ottimale da contemperare in funzione della tipologia delle prestazioni erogate e dal rapporto ospedale/territorio. Inoltre vengono forniti i criteri per la determinazione della dotazione organica minima di O.S.S. e dal DM 13/9/88;
- altre aziende stanno procedendo alla riorganizzazione e alla definizione della pianta organica sulla base delle recenti disposizioni della propria regione. Ad esempio l'azienda locale di Bari ha costituito un tavolo tecnico allo scopo di definire standard organizzativi per profili e per strutture, finalizzata alla rideterminazione della dotazione organica. L'Ospedale di Careggi invece prevede, in relazione ai cambiamenti organizzativi a livello dei propri dipartimenti, di confermare la stabilizzazione del 10%, come avvenuto negli ultimi tre anni, ipotizzando un ulteriore incremento del 10% senza incidere sul numero attualmente di 736 O.S.S.;
- alcune case di cura, pur avendo richieste di assunzione da parte di O.S.S., preferiscono impiegare personale infermieristico, ritenendo che su oltre 10 posti letto sia sufficiente utilizzare un solo O.S.S.;
- altri enti devono ancora riqualificare il personale come O.S.S.;

Detta differenziazione è legata alle caratteristiche del Presidio Ospedaliero e delle U.O che sono caratterizzate da un estremo dinamismo in termini di investimenti strutturali, tecnologici ed organizzativi, dai vincoli di assunzione stabiliti, dai limiti all'utilizzo del part-time.

Si rileva inoltre:

- ü L'ospedale di Novara impiega 138 O.S.S. su 667 infermieri;
- ü Presidio Pineta Grande di Volturno calcola una percentuale 0,34 di O.S.S. su 136 infermieri;
- ü l'Asl di Olbia ha 607 infermieri e 171 unità di O.S.S., 28%, con un adeguamento di posti letto /1000 ab.;
- ü Il Policlinico di Milano su 120 posti letto ha 61 unità di O.S.S. con un rapporto di ore lavorative tra oss/infermieri di 126.34 (case di cura);
- ü Ospedale Specializzato in Gastroenterologia di Bari impiega 8 unità di O.S.S. su 113 posti letto divisi in quattro U.O di degenza; nel programma di sviluppo del personale intende impiegare su un turno di 24 ore, su 25 posti letto, 18 infermieri e 6 O.S.S., per un totale di 24 O.S.S. su 117 infermieri;
- ü L'Istituto di ricovero e cura INRCA di Ancona ha stabilito che per inserire una figura efficiente nei servizi sanitari richiederebbe un sistema organizzativo dell'assistenza infermieristica che preveda l'assegnazione di pazienti e non di compiti. (Assistenza personalizzata – professionista infermiere), stabilendo che un professionista non lavora per compiti, ma eroga prestazioni mirate alle esigenze della singola persona assistita. Sulla base di questi principi è pensabile e possibile modificare il modello organizzativo basandolo non più sui compiti, ma su un'assistenza personalizzata. L'organizzazione più idonea e realistica è quella denominata per settori, occorrerebbe introdurre un concetto



di complessità assistenziale basato sul fattore “tempo”, istituendo una tabella per il minutaggio per le prestazioni con standard minimi per l’assistenza di base nell’U.O.;

- Ü L’ospedale San Giovanni Addolorata di Roma prevede nella pianta organica 171 posti per O.S.S.; di questi 91 posti sono vacanti alla data del 31 agosto 2010;
- Ü L’ AUSL di Reggio Emilia presenta una proiezione di ipotesi fino al 2014 del fabbisogno dell’O.S.S. ed evidenzia un fabbisogno di 281 dal 2009 al 2014. Al 31 dicembre 2008 sono realmente occupati 221 O.S.S., stabilendo che detta proiezione è solo teorica in quanto non tiene conto di eventuali modifiche organizzative, di esigenze di carattere gestionali e di limiti normativi in tema di assunzioni;
- Ü L’Università di Padova Emilia Romagna si propone da un lato di rispondere alla domanda di sicurezza dei pazienti e della qualità delle prestazioni erogate e dall’altra il rispetto delle diverse professionalità coinvolte. Pertanto il paziente viene posto al centro dell’azione assistenziale in maniera paritaria assicurando così le prestazioni clinico assistenziali. La complessità assistenziale è definita dall’interazione di più variabili traducendosi nella capacità di presa in carico globale del paziente da parte del sistema sanitario.
La stessa azienda valuta l’assistenza in relazione alla stabilità/instabilità clinica ed ai livelli di autonomia/dipendenza il parametro di valutazione di stretta competenza infermieristico assistenziale. Ritiene inoltre che solo dopo aver valutato la tipologia clinico assistenziale dei pazienti sia possibile analizzare il modello assistenziale da adottare e la complessità assistenziale. Una volta valutata la complessità assistenziale è possibile definire in modo preciso l’organico infermieristico e O.S.S. necessari ad erogare livelli assistenziali idonei. Pertanto è evidente che in tale contesto non è mai possibile generalizzare, in termini percentuali, i singoli professionisti, dovendosi confrontare con le specifiche aree assistenziali. Ritiene quindi che il personale O.S.S. trova idonea collocazione anche nei servizi ambulatoriali e nelle attività diurne.
- Ü Il Policlinico Vittorio Veneto Sicilia intende conformarsi a quanto prevede l’Assessorato alla Salute “ linee di indirizzo per la rideterminazione delle dotazioni organiche”. Le suddette linee per l’oss indica uno standard di unità per posto letto con un valore minimo di 0,17 e un valore massimo di 0,24. Su 324 posti letto ha individuato un fabbisogno di oss pari a 82 unità. Avendo in servizio 38 unità di oss intende formare ulteriori 44 unità e successivamente compatibile con le risorse economiche intende portare il fabbisogno di oss a 244 per 1020 posti letto.
- Ü L’Azienda Sanitaria Locale Bat – Andria presenta una proiezione con un modello organizzativo a seconda dell’organizzazione dipartimentale con riferimento al reale fabbisogno assistenziale per posto letto individuando aree di degenza con **almeno quattro livelli** di complessità: **bassa, media, alta, intensiva.**
- Ü L’istituto Clinica di Perfezionamento Milano comunica che la percentuale del personale Oss al personale infermieristico è calcolato sulla dotazione organica autorizzata, in coerenza ai budget economico assegnato e nel rispetto dei fabbisogni approvati dalla Direzione Generale Sanità Della Regione Lombardia annualmente.
- Ü La Casa di Cura Poggio del Sole (Arezzo) non prevede l’utilizzo dell’operatore socio sanitario nella propria pianta organica.



ù L'istituto Ospitalieri di Cremona rileva una percentuale di personale pari al 30% (1 oss per 3 infermieri) con circa 170 unità di oss al 31 maggio 2010 per arrivare a 210 unità

ù L'Unità sanitaria locale di Pescara riferisce che la sua pianta organica di oss è di 190 salvo variazioni nel caso di modifica di detta dotazione organica.

ù L'azienda di Rieti ha previsto un fabbisogno di 167 oss pari al 22% del totale degli infermieri impiegati su normativa Regionale 424 del 14 luglio 2006.

ù L'Istituto Clinico HUMANITAS (Milano) ha ritenuto che la percentuale di operatori socio sanitari in relazione al personale infermieristico sia pari al 25% corrispondente a 132 unità in previsione del Budget 2010

ù L'azienda ULSS 15 di Padova riferisce di rispettare l'obiettivo della delibera regionale 3093/2006 (3 infermieri per ogni oss), riscontrando una partecipazione di candidati più che adeguata alle esigenze in sede di procedure selettive per l'assunzione di oss sia a tempo determinato che determinato.

Alcuni dati significativi

Università di Padova Emilia Romagna - personale attualmente presente suddivisi per:

Aree	Posti letto	Infermieri assunti	Infermieri presenti	OSS assunti	OSS presenti
medicina	590	354,52	314,13	207.41	194.41
critica	115	249.6	252.6	106.12	101.12
lungodegenze	112	64.22	59.22	50.22	47.22
chirurgia	346	301.33	266.33	67.36	62.36

Fondazione Don Gnocchi Milano

Unità operativa	infermieri	Oss
Riabilitazione specialistica	1	1
Centro diurno continuo	1	4
Centro diurno disabili	1	4
Residenza sanitaria disabili	1	2

Azienda Sanitaria Locale Andria

AREA DI DEGENZA	INFERMIERE/POSTI LETTO	OSS/POSTI LETTO
Bassa Complessità	1/5	1/10
Media Complessità	1/4	1/8
Alta Complessità	1/3	1/6
Intensiva	1/1	1/4



A.S.L. TO2

Strutture	Dato ottimale infermieri	Dato ottimale oss
Medicina di base	55%	45%
Specialità mediche	60%	40%
Terapie intensive e semi intensive	70%	30%
Strutture chirurgiche	60%	40%

Azienda sanitaria locale 2 Umbria rappresenta cinque strutture ospedaliere, un Centro di Riabilitazione Intensiva, un servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, una RSA, due Ospedali di Distretto, un Hospice, tre Residenze Protette e due Poliambulatori Specialistici

Strutture	n. Infermieri	n. OSS
Ospedale 1	116	25 21%
Ospedale 2	55	14 25%
Ospedale 3	75	22 29%
Ospedale 4	87	15 17%
Ospedale 5	43	16 37%
RSA	13	19 146%
HOSPICE	8	9 112%
SPDC	29	6 20%
OSP. DISTRETTO 1	6	9 150%
OSP. DISTRETTO 2	6	8 133,3%
Residenza Protetta 1	9	25 277%
Residenza Protetta 2	9	19 211%
Residenza Protetta 3	3	19 633%
Centro Riabilitazione	9	14 155,5%
Poliambulatori	27	4 15%

INRCA tabella minutaggio standard minimi di assistenza OSS

Igiene intime	Igiene completa nel paziente allettato	Riordino carrelli igiene
Almeno una volta nelle 24 ore e ogni volta che necessita	Una volta alla settimana E ogni volta che necessita	Sei volte nelle 24 ore
Cambio biancheria e rifacimento letto	Cambio pannoloni i pazienti con incontinenza fecale/urinaria	Stoccaggio biancheria
Due volte nelle 24 ore	2 volte per turno	Una volta nelle 24 ore
Igiene cavo orale	Cambio medicazioni lesioni da decubito sacrali 1° - 2°	Idratazione per os in pazienti non autonomi
Due volte nelle 24 ore	Una volta nelle 24 ore	Minimo 4 volte a turno
Igiene capelli	Cambio medicazioni lesioni da decubito non sacrali	Cambio di posizione nei pazienti non collaboranti
Una volta alla settimana	Una volta nelle 48 ore	dodici volte nelle 24 ore



INRCA tabella minutaggio dell'azione diretta e indiretta

Natura dell'azione della cura diretta	Livello di assistenza supervisione	Aiuto parziale	Aiuto totale	Numero di operatori necessari	Tempo unitario necessario
Igiene intima	x			1	15'
Igiene intima		x		1	10'
Igiene intima			x	2	15'
Igiene orale		x		1	10'
Igiene orale			x	1	20'
Igiene testa		x		1	25'
Igiene testa			x	2	25'
Bagno totale in sedia		x			40'
Bagno totale in vasca			x	2	60'
Cambio biancheria e rifacimento letto occupato				2	15'
Cambio biancheria e rifacimento letto libero				2	7'
Cambio medicazione lesioni da decubito 1°-2°				2	10'
Cambio di posizione				2	10'
Stoccaggio biancheria				1	20'
Chiusura dei contenitori rifiuti speciali					5'
Assistenza al pasto per paziente				1	15'
Riordino carrelli igiene				1	20'

Azienda sanitaria locale Novara intende raggiungere un incremento del 20% per arrivare a un media di 1 oss ogni 3 infermieri su una assistenza diretta e indiretta.

Livello assistenza di base	N° 2 infermieri	N° 1 oss
Livello assistenziale medio	N° 2 infermieri	N° 1 oss
Livello assistenziale elevato	N° 3 infermieri	N° 1 oss
Livello assistenziale intensivo	N° 4 infermieri	N° 1 oss



schema della struttura aziendale (Massa Carrara USL 11)

Unità operative	Minuti di assistenza in 24 h	Posti letto	OSS	Infermieri	% del personale oss in relazione all'infermiere
Terapia intensiva	700	16	3	43	26%
Terapia sub intensiva	350	16	6	17	6%
Area medica	180	44	12	21	52%
Area chirurgica	180	40	12	18	13%
Degenza post acuta	130	38	8	13	39%

Azienda Sanitaria Piacenza Regione Emilia Romagna Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali. Determinazione dei fabbisogni formativi dell'operatore socio sanitario. Stima di numero di professionisti presenti alla fine di ciascun anno. Questi parametri sono le valutazioni tra l'andamento dei numeri di cessazione rilevate negli ultimi anni e quelle che saranno le cessazioni per limiti di età nei prossimi sei anni

210	2011	2012	2013	2014	2015
217	217	217	217	217	217
9	9	9	9	9	
6	6	6	6		
8	8	8			
3	3				
-					
Totale 243	243	240	232	226	217

Stock programmato sull'effettivo fabbisogno

255	255	258	260	260	260
-----	-----	-----	-----	-----	-----

Stima di numero di professionisti in uscita negli anni

Oltre il 2015	217
Nel 2015	9
Nel 2014	6
Nel 2013	8
Nel 2012	3
Nel 2011	0
Nel 2010	1
Totale al 31/12/09	244



AUSL di Reggio Emilia

proiezione del fabbisogno di operatori socio sanitari per ogni anno di 281 operatori fino al 2014, attualmente in servizio 221

2009	2010	2011	2012	2013	2014
210	210	210	210	210	210
4	4	4	4	4	
-	-	-	-		
3	3	3			
-	-				
1					
Totale 218	217	217	214	214	210

Stock programmato sull'effettivo fabbisogno

281	281	281	281	281	281
-----	-----	-----	-----	-----	-----

Stima di numero di professionisti in uscita negli anni

Oltre il 2015	210
Nel 2015	4
Nel 2014	0
Nel 2013	3
Nel 2102	0
Nel 2011	1
Nel 2010	3
Totale al 31/12/08	221

Si rileva come l'identificazione del fabbisogno non possa derivare solo da una proporzione matematica ma dovrebbe essere rapportata alle caratteristiche assistenziali ed alle relative branche, come prevedono le indicazioni bibliografiche e la normativa di riferimento.

Conclusioni

- **In merito alla domanda se il numero di 100 mila O.S.S. formati sono attendibili?**

Analizzando i parametri forniti dalle regioni e i parametri forniti dalle aziende si rileva che la formazione non sia proporzionale al reale fabbisogno.

Si registra inoltre un cospicuo numero di O.S.S. formati da enti non accreditati. Ciò contribuisce ad incrementare la sproporzione esistente tra reale fabbisogno e operatori formati.

Si segnala inoltre che la formazione e le modalità di svolgimento della stessa sono estremamente differenziate da regione e regione.

Riteniamo, quindi, che il dato di oltre 100 mila O.S.S. formati possa essere attendibile.

- **In merito alla domanda se i 100 mila O.S.S. è un dato in linea con il fabbisogno sanitario?**

Dalla ricerca condotta, si rileva che i 100 mila O.S.S. non sono in linea con il fabbisogno sanitario. Si evidenzia che il numero dei corsi assegnati e il numero degli operatori formati sulla base del piano annuale di formazione non tiene del **reale fabbisogno**.



- **In merito alla domanda quanti O.S.S. sono in organico nelle strutture sanitarie e socio assistenziali?**

Dalla ricerca condotta è emerso che l'inserimento dell'operatore socio sanitario non possa essere identico per tutte le U.O. Su indicazione delle delibere regionali e del DM 13/9/88, le strutture determinano una dotazione organica minima di operatori socio sanitari che oscilla dallo **0,14 % al 52%** rispetto all'infermiere con un rapporto di 3:1. (3 infermieri e un O.S.S.) o 1:4 (un infermiere e quattro O.S.S.);

- **Qual'è il numero di O.S.S. da formare secondo il giudizio del tavolo di lavoro?**

Analizzando tutti i parametri dalla formazione al fabbisogno delle aziende si rileva un numero superiore di O.S.S. formati per ogni regione.

Ai fini della determinazione del parametro ottimale, e quindi della individuazione del numero di O.S.S. da formare sulla base dell'effettivo bisogno occorre preliminarmente ridurre gli istituti di formazione ed effettuare un continuo monitoraggio di modo che possa essere garantito il rapporto tra O.S.S. formati e reale fabbisogno. Occorre inoltre che la dotazione organica corrisponda ai revisionati modelli organizzativi e che si superi il modello funzionale.

Su quale parametro ci si può basare?

E difficile dire quanti O.S.S. servono se non vi sono parametri certi su cui basarsi in maniera inequivocabile .

Comunque si ritiene e che il numero ottimale di O.S.S. da formare all'anno a livello nazionale sia di circa 2400;

Nel definire il numero ottimale abbiamo suddiviso i vari parametri forniti dalle aziende e dalle regioni, si è cercato di calcolare una media tra la Valle d'Aosta (600 O.S.S. formati), la Lombardia (28 mila O.S.S. formati) e la Basilicata di (1.388 O.S.S. formati) con una media di 200 O.S.S. per ogni regione.

Quali sono le attività che vengono richieste e svolte effettivamente?

In molte aziende gli O.S.S. provvedono a somministrare farmaci. All'uopo nelle aziende vengono stabiliti i criteri relativi alla somministrazione di farmaci ad es. per l'effettuazione di terapia iniettiva, intramuscolare, insulinica ecc. È necessario soffermarsi sulla complessità dei bisogni di assistenza del paziente e le criticità relative all'applicazione degli allegati A – B.

Il cambiamento è possibile, ma occorre attivare un processo culturale importante che si fonda su un nuovo sistema di valori, il funzionamento di un qualsiasi reparto ospedaliero non può essere analizzato solamente in termini di ruoli direttivi e ruoli subordinati o di contenuto delle singole mansioni. Perché gli O.S.S. si stanno occupando sempre più dell'assistenza diretta ai pazienti, dalla cura alla riabilitazione, sopperendo alla carenza infermieristica, garantendo la continuità assistenziale anche nei servizi assistenziali sul territorio.

Uno degli aspetti vincolanti per l'infermiere, per decidere se l'operatore di supporto può agire da solo, è dato dall'assenza di spazi di discrezionalità nello svolgimento dei compiti attribuiti. Infatti, la responsabilità di queste figure sta nella corretta esecuzione del compito, ma non nel ragionamento clinico, in quanto sono formati per supportare l'infermiere, non per sostituirlo. Bisogna individuare i criteri delle attività attribuibili all'O.S.S. (giusto compito – giuste circostanze – giuste direttive e comunicazioni).



Quali sono le lacune esistenti alla formazione oss?

Si mette in rilievo l'importanza di alcuni concetti: la normativa dell'esercizio professionale, la formazione dell'O.S.S. e la responsabilità infermieristica.

Sulla base di quanto è emerso si chiede di rivedere il sistema di formazione degli O.S.S. E si propone di istituire un programma di formazione di due anni attraverso un istituto professionale (istituto tecnico sanitario o istituto socio sanitario) specializzato per le professioni sanitarie e sociali. Riteniamo quindi che la formazione O.S.S. debba essere svolta con maturità professionale, sanitaria e sociale, svolgendo stage presso le strutture a contatto diretto con il paziente, costruendo quel rapporto di fiducia essenziale con verifiche semestrali.

Con la maturità professionale sanitaria e sociale potrebbe continuare la formazione per diventare infermiera o sbocchi professionali nel campo socio sanitario, dai bambini, dalla geriatria, agli anziani, ai disabili.

Sulla complessità assistenziale dobbiamo chiederci:

- ✓ Quali e quante risorse professionali debbano essere messe in campo affinché l'infermiere possa dedicarsi prioritariamente a quello che è il suo mandato istituzionale(rilevare bisogni, pianificare processi assistenziali, avvalersi del personale di supporto, garantire il risultato)?
- ✓ Quali e quante risorse professionali devono essere messe in campo per un'assistenza di qualità?
- ✓ Quali e quante risorse professionali devono essere messe in campo affinché i cittadini possano avere un'efficace risposta al loro bisogno d'assistenza infermieristica?

Verbania 28 settembre 2010

La segreteria migep

Si allega parametri Azienda Guidi Salvini Garbagnate Milanese

