

Supplemento al n. 4 di Azione Sociale
EDITORE: Aesse Comunicazione srl
Via G. Marcora, 18 - 00153 Roma
Dir. Amm. e Red.: Via G. Marcora, 18
00153 Roma, Tel. 06/58401
Dir. Resp.: Lanfranco Norcini Pala
Reg. Trib. n. 9408/63
Poste italiane spa
Sped. in abb. post. D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n° 46)
art. 1, comma 1, DCB Roma.

Formazione, competenze,
professioni. Focus su:
l'Operatore socio-sanitario

La certificazione
delle competenze
acquisite nei contesti
non formali e informali



E N A I P



Maria Domenica Giaccari
Direttore generale ENAIP



La certificazione delle competenze; il riconoscimento degli apprendimenti non formali e informali; la formazione degli Operatori Socio Sanitari: tre temi di grande attualità per l'agenda europea su cui ENAIP si sta misurando, grazie al progetto Forth. In questo numero di F&L facciamo il punto sui problemi, apriamo riflessioni, proponiamo piste di lavoro.

Il progetto europeo Forth (*From non-FORMAL and informal learning to a flexible Training system for Healthcare workers*), promosso dall'Agenzia EACEA nel programma di *lifelong learning*, per interventi a sostegno della cooperazione europea nel campo dell'istruzione e della formazione - 2011/C 93/10 (il cui avviso è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea il 23 marzo 2011), ha rappresentato per ENAIP un'opportunità per misurarsi con una tematica di grande attualità, quale quella della formazione e certificabilità delle competenze degli Operatori Socio Sanitari (OSS), acquisite in ambienti di apprendimento non formale o informale, provando a studiare sul campo un modello e un dispositivo utile per orientare l'elaborazione di strategie nazionali nel quadro di una rinnovata azione di coordinamento tra politiche formative e del lavoro.

Il progetto, presentato in via sperimentale e approvato dall'Agenzia della Unione Europea, è stato realizzato nel corso del 2012 da ENAIP con il concorso di una rete di partner appositamente costituita: l'Istituto Regionale

di Studi e Ricerca Sociale con ruolo di *lead partner*, la società Kairos s.r.l., e la società Con.Sud.

Perché la scelta è ricaduta su questa figura? L'OSS sta diventando sempre più centrale nel disegno di modelli di nuovo welfare: esso si pone come trasversale ai settori sanitario e sociale, capace di rispondere ai bisogni legati, da un lato, all'invecchiamento della popolazione e alla difficoltà delle famiglie di farsi carico di situazioni di disabilità psico-fisica e, dall'altro, alle esigenze di minori e tossicodipendenti, in particolare se residenti in una comunità. È divenuto allora cruciale connotare questa figura di una qualifica medio-alta, almeno corrispondente al quarto livello dello *European Qualification Framework*, e dare agli OSS la possibilità di accedere a percorsi di apprendimento continuo e permanente all'interno di un sistema nazionale di validazione delle qualifiche e degli apprendimenti: un obiettivo che si scontra ancora, oggi più che mai, con i vincoli determinati dal contenimento della spesa pubblica destinata a questo settore.

L'osservazione preliminare che ha orientato il progetto Forth ha riguardato:

- da una parte, la mancanza di uniformità a livello nazionale del riconoscimento dei crediti (e quindi dei percorsi di apprendimento non formale e informale) e delle qualifiche precedenti: si pensi ai casi dell'Operatore Socio Assistenziale (OSA) e dell'Operatore Tecnico addetto all'Assistenza (OTA), ai fini dell'accesso al percorso formativo per la qualifica OSS;
- dall'altra, la debolezza di un disegno nazionale di formazione continua e permanente che, a partire dall'identificazione delle competenze specifiche per contesto lavorativo, sappia rispondere al meglio ai bisogni della popolazione.

Una frammentazione che è all'origine di una serie di problemi che si riflettono sia sul piano individuale, sia su quello formativo, sia su quello professionale e ne abbiamo voluto cogliere le ragioni.

Dalla mancanza di una certificazione delle competenze acquisite per via non formale o informale – che, va ricordato, è considerata oggi nell'Unione Europea un diritto della persona – ne conseguono, come direbbe Boudon, diversi "effetti perversi".

Il primo è l'ostacolo che si pone pretestuosamente alla mobilità geografica nazionale e internazionale. Sappiamo bene come simili barriere esercitino un effetto negativo sull'economia, soprattutto considerando i processi di globalizzazione in atto. Il ragionamento diviene particolarmente rilevante nel caso degli OSS. Attualmente una percentuale ancora esigua di lavoratori è immigrata in Italia dai paesi appena entrati a far parte dell'Unione e da quelli in via di sviluppo; ma il numero degli operatori immigrati è destinato a salire, a causa del fenomeno già richiamato riguardante l'invecchiamento della nostra popolazione.

Un secondo effetto indesiderabile legato alla mancanza di un dispositivo nazionale di riconoscimento delle competenze si correla con la qualità della proposta formativa.

Sulla base di quanto appena affermato, possiamo ipotizzare come sia variabile la distribuzione delle competenze tra gli individui che frequentano i corsi di formazione di base per gli OSS. Nonostante questa eterogeneità, la mancanza di un riconoscimento dei crediti, rende molto complicata l'individualizzazione e la personalizzazione dei percorsi di formazione.

È facile immaginarne le conseguenze: sale il costo individuale dell'investimento in capitale umano, e a quest'aumento non corrisponde un miglioramento di servizi, ma un suo peggioramento. Non avere la possibilità di personalizzare, infatti, riduce l'efficacia della formazione. In questo scenario, la formazione continua diviene indispensabile.

In parte, essa deve colmare le lacune che gli operatori si "trascinano" dalla formazione di base. Non possiamo stimare in che misura, dato che (come accade spesso, troppo spesso, in Italia) non sono sempre disponibili informazioni sull'efficacia di questo tipo di formazione.

In parte, la formazione continua è una delle leve – certamente non l'unica: l'azione politica dovrebbe affiancarla – per porre rimedio a una definizione imperfetta della figura professionale.

Su di un versante, infatti, l'OSS condivide una parte apprezzabile delle proprie competenze con gli infermieri e gli educatori da un lato, e con gli assistenti domiciliari dall'altro.

Questa situazione non solo è fonte di "conflitti" professionali, ma rende molto difficile all'OSS lo sviluppo di una diffusa equilibrata percezione del proprio ruolo.

Su di un altro versante, sembra, è *vox populi*, che nella maggior parte degli operatori siano sviluppate soprattutto le competenze sanitarie, mentre lo sono meno, a volte molto meno, quelle sociali. Una condizione che crea non pochi problemi sia nell'assistenza domiciliare, sia nelle strutture residenziali, ma alla quale la formazione continua potrebbe fornire una risposta efficace.

Insomma, ci troviamo all'interno di un quadro alquanto complesso e non definito, delicato e complicato, che sollecita da parte dei diversi attori sociali interessati uno sforzo notevole su più fronti: dalla ridefinizione del profilo professionale, al controllo della qualità dell'offerta formativa di base, all'ideazione e realizzazione di corsi di formazione continua fino, *last but not least*, alla registrazione del nascente *Sistema nazionale di certificazione delle competenze* che sia realmente capace di fornire, finalmente e definitivamente, una risposta ai problemi descritti. Il progetto Forth ha provato a suggerire delle risposte. In questo numero di *Formazione&Lavoro* facciamo il punto sui problemi ai quali abbiamo accennato e sulle riflessioni che sono maturate nel corso del convegno di *start-up* del progetto e dei vari tavoli tecnici

che sono stati aperti sul tema. Nei due articoli di apertura, illustriamo l'impianto del progetto Forth e la formazione per OSS realizzata da ENAIP, con particolare attenzione alla valutazione dei tirocini.

Nei tre articoli successivi, il Caleidoscopio propone: i risultati di una ricerca che commenta come le attività formative per OSS si conciliano con i problemi del contesto lavorativo; quindi, ricostruiamo la genesi di questa figura, e dell'ampio dibattito tecnico-istituzionale che ha preceduto la sua formalizzazione; infine, una riflessione sul valore della formazione continua nel rigenerare motivazione e migliorare gli standard qualitativi del lavoro.

A seguire, due esperienze dalla rete ENAIP: il caso della Liguria e quello del Friuli Venezia Giulia. Per la rubrica Focus, l'ISFOL propone i risultati delle indagini sull'andamento delle professioni, che suggeriscono spunti per la progettazione. Infine due contributi sulla certificazione: il primo illustra il sistema di riconoscimento dei crediti ECVET; il secondo propone un'ampia disamina dei problemi connessi alla validazione dei risultati dell'apprendimento non formale e informale. ■

“

La figura professionale dell'OSS soffre di due assenze. Da una parte, la mancanza di uniformità, tra le regioni, nel riconoscere crediti e qualifiche precedenti. Dall'altra, la debolezza del disegno nazionale di formazione continua che non possiede un sistema di valorizzazione delle competenze apprese nei contesti non formali e informali. È tempo di perseguire un maggior coordinamento tra politiche formative e del lavoro, anche per migliorare la qualità del *welfare*.

”

3 Sestante**8 Caleidoscopio. Storie, esperienze, talenti.**

A cura di Irene Bertucci

10L'esperienza del progetto Forth
Antonio Cristoforetti, Francesca Gennai**18**Le checklist: uno strumento per la valutazione
dei tirocinanti dei corsi OSS
Maria Antonietta Griseta, Maria Stella Montanaro, Giuseppe Notarnicola**30**Comprendere la figura dell'OSS a partire
dal suo percorso formativo. I risultati di una ricerca.
Giovanna Sonda**36**Operatori Socio Sanitari e formazione:
risorsa strategica in tempo di crisi (e di Europa)
Laura Visentin**39**Formazione e responsabilità.
Il futuro dell'Operatore Socio Sanitario in Italia
Paolo Verticchio**45**La formazione degli OSS in Liguria:
domanda e offerta in costante crescita
Emiliano Stroppiana**52**Lavoro di rete e welfare di comunità:
l'esperienza della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Giuditta Bambara**La copertina racconta**Particolare della Fontana di Diana.
Piazza Archimede, Ortigia (Siracusa)

Fotografie di: Giancarlo Di Pietro





EN A I P

Periodico di **ENAIP**
Ente Nazionale ACLI
Istruzione Professionale
www.enaip.it
 Via Giuseppe Marcora 18
 00153 Roma
 Telefono: 06 5840601

Direttore editoriale
 Maurizio Drezzadore

Comitato di redazione
 Irene Bertucci (responsabile),
 Fabio Cucculelli, Mariachiara Fecarotta.

Comitato tecnico-scientifico
 Adriano Bolamperti, Battista Castagna,
 Gilberto Collinassi, Irene Gatti,
 Maria Domenica Giaccari, Giuseppe Longhi,
 Giancarlo Vincenzi.

Progetto grafico e impaginazione
 Aesse Comunicazione - aesse.comunicazione@aclii.it

Stampa
 Stab. Tipolit. Ugo Quintily SpA – Roma

Per segnalazioni e richieste contattare:
 Irene Bertucci (bertucci@enaip.it)
 telefono: 06 5840457 - 349 2453267

Segreteria di direzione ENAIP
 Clizia Paolinelli - telefono: 06 5840422,
 Giorgia Speziale - telefono: 06 5840472.

Supplemento al n. 4 di Azione Sociale
 EDITORE: Aesse Comunicazione srl
 Via G. Marcora, 18 - 00153 Roma
 Dir. Amm. e Red.: Via G. Marcora, 18
 00153 Roma, Tel. 06 58401
 Dir. Resp.: Lanfranco Norcini Pala
 Reg. Trib. n. 9408/63
 Poste italiane spa
 Sped. in abb. post. D.L. 353/2003
 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46)
 art. 1, comma 1, DCB Roma.

I dati utilizzati per inviare questo stampato sono stati raccolti nel rispetto della legge sulla tutela dei dati personali. Si potrà in ogni momento chiederne la variazione o la cancellazione scrivendo a: Responsabile del trattamento dei dati di Aesse, Via G. Marcora 18/20 - 00153 Roma. La testata Formazione&Lavoro fruisce dei contributi statali diretti di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 250.



*Ministero del Lavoro
 e delle Politiche Sociali*

Direzione Generale per le Politiche Attive e Passive del Lavoro

Agorà

58

Intervista a:

Vittoria De Astis

Coordinatrice rete professioni sanitarie Regione Liguria

Focus

Massimiliano Franceschetti

62

Le caratteristiche professionali dell'OSS:
 alcune evidenze empiriche da studi ISFOL

Focus

Lorenzo Liguoro

69

Che cosa è ECVET? Ciò che è bene sapere sul Sistema europeo di crediti per l'istruzione e la formazione professionale.

Focus

Andrea Giacomantonio

74

La "certificazione" delle competenze in Europa:
 convenzioni, politiche, dispositivi, problemi

F&L si racconta

86

Rassegne&Recensioni

94

Hanno scritto e collaborato

96



In questo numero monografico di Formazione&Lavoro, il *Caleidoscopio* presenta le esperienze e i risultati maturati nel progetto europeo Forth.

Tre le parole chiave: apprendimento permanente, certificazione delle competenze, Operatore Socio Sanitario. Questo l'orizzonte di senso entro il quale si muovono le sperimentazioni realizzate finora in Trentino, Veneto, Lazio e Puglia.

In apertura, **Antonio Cristoforetti** e **Francesca Gennai** ripercorrono l'impianto progettuale, gli obiettivi, le fasi, gli output. Sono soprattutto interessanti le ragioni che hanno portato alla nascita di questa iniziativa: sensibilizzare le istituzioni, i decisori politici e l'opinione pubblica sull'importanza di dotare il nostro Paese di un sistema di riconoscimento e certificazione di quelle competenze apprese nei contesti non formali (durante le esperienze di lavoro, per esempio) e informali (durante le esperienze personali e di volontariato) che sfuggono ai tradizionali sistemi di valutazione, ma spesso determinano la qualità e la riuscita di una prestazione lavorativa.

Ed è stata altrettanto felice l'intuizione di porre a fulcro della proposta, un ambito professionale molto sensibile al tema, sia perché attrae un numero sempre più alto di persone – soprattutto cittadini immigrati – che possiedono vocazione

ed esperienze pregresse, difficilmente dimostrabili in assenza di un quadro di riconoscimenti formali; sia perché – secondo le recenti stime dell'Unione Europea – è un'area che promette interessanti sbocchi occupazionali, richiede una certa mobilità geografica, e viene guardata con interesse da chi studia nuovi modelli di *welfare*.

Maria Antonietta Griseta, Maria Stella Montanaro e **Giuseppe Notarnicola** commentano i risultati dell'esperienza formativa per OSS realizzata da ENAIP nella sede di Acquaviva delle Fonti a Bari, in partenariato con l'Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli", polo di eccellenza per i servizi sanitari del sud Italia e per la formazione degli infermieri.

Il tirocinio in ospedale è il momento topico della qualificazione di un OSS. Ma, come aiutare l'operatore a verificare la progressione dei propri apprendimenti, e ridurre anche il rischio di inferenze soggettive da parte del valutatore? A partire da questa domanda, gli autori hanno elaborato un modello composto da *checklist*, che proponiamo come buona prassi da capitalizzare. Due le riflessioni sul senso delle pratiche valutative che ci piace richiamare, anche perché sono già tessuto del pensiero ENAIP:

Chiunque si sia trovato in una condizione di fragilità, anche temporanea, sa bene quanto è importante essere assistito con professionalità, già nelle funzioni di base. La relazione d'aiuto richiede vocazione e abilità, ma anche la ricerca costante dell'etica professionale. La formazione continua può essere un formidabile strumento per rigenerare motivazione e migliorare la qualità del lavoro, ma deve essere incardinata in un sistema formale di riconoscimento e valorizzazione delle competenze.



A cura di:
Irene Bertucci
 Responsabile Funzione ricerca e sviluppo ENAIP

- quando gli esiti della valutazione sono resi trasparenti, comunicati e partecipati, la prova diventa un formidabile strumento per aiutare il benessere formativo, la coesione del gruppo, e la crescita personale;
- l'osservazione dei comportamenti lavorativi, attraverso griglie strutturate, contribuisce a definire i livelli di una prestazione e a costruire l'identità professionale, soprattutto quando un contesto organizzativo particolarmente complesso, o la compresenza di più figure sui processi chiave, rendono difficili le attribuzioni e i riconoscimenti di ruolo. E questa considerazione è ancora più pertinente per il settore socio sanitario, dove l'utente tende a misurare la qualità dell'assistenza ricevuta proprio dal lavoro integrato e coordinato di più professionisti.

Anche le indagini sui mestieri e le professioni forniscono indicazioni utili a sostenere le offerte formative, e orientarle rispetto alle evoluzioni in corso. Su queste considerazioni, **Giovanna Sonda** presenta i risultati di una ricerca condotta da IRSRS, dal 2005 al 2011, sulla formazione per OSS e le competenze percepite come strategiche, nei due ambiti dove gli operatori sono più richiesti: residenze sanitarie assistenziali e assistenza domiciliare.

Nel suo contributo, **Laura Visentin** ci ricorda il valore della formazione continua per rigenerare motivazione, accrescere professionalità e migliorare gli standard del servizio, e propone anche altri due progetti europei, Iquea Evolution e Ideco, che sul solco di Forth sviluppano percorsi formativi basati su Ecvet, il sistema europeo di riconoscimento e trasferimento dei crediti (si rimanda il lettore alla rubrica Focus).

Per abitare il futuro con ottimismo, è necessario non dimenticare del passato. Così, nel suo articolo, **Paolo Verticchio** ripercorre la genesi del profilo professionale dell'OSS e l'ampio dibattito che ha preceduto la sua formalizzazione nei tavoli istituzionali e nel comparto sanitario, ma sottolinea come l'Accordo del 2001 che ha dato avvio ai percorsi di qualifica, non ha risolto tutti i problemi: tuttora sia la formazione, che l'avvio al lavoro, differiscono da regione a regione, con pesanti ripercussioni sul riconoscimento delle qualifiche e la mobilità degli operatori.

Valichiamo i confini di Forth e completiamo il *Caleidoscopio*, con due esperienze tratte dalla rete ENAIP.

Emiliano Stroppiana di Aesseffe ci racconta il caso della regione **Liguria**, che presenta i tassi di anzianità più alti della popolazione italiana e, nel giro di pochi anni, ha visto crescere una forte

domanda di figure sanitarie. L'amministrazione ha saputo rispondere rapidamente e in modo efficace, rivedendo l'offerta formativa, rafforzandola anche con nuovi fondi, e ampliandola grazie agli enti di formazione professionale.

Su un altro fronte, il caso della **regione autonoma Friuli Venezia Giulia**, che già nei primi anni novanta si distingueva per le politiche formative nel settore sanitario, studiando nuovi profili professionali. Oggi, la formazione per OSS è una realtà più che consolidata, e ben incardinata nel catalogo di EnAIP FVG.

In conclusione, ci piace raccogliere i pensieri di **Giuditta Bambana** quando scrive che i gesti necessari per aiutare una persona in difficoltà nelle funzioni basilari della vita, come lavarsi, vestirsi, mangiare, dormire, muoversi, sono apparentemente semplici ma in realtà richiedono cura, responsabilità, e attenzione, per essere svolti con coscienza *da chi li fa*, e per essere investiti di senso *da chi li riceve*.

Aver cura della persona significa, quindi, riconoscere di dover migliorare come persona, non trascurando le proprie risorse, e fare i conti con un cambiamento profondo dell'etica professionale, che richiama il vissuto stesso di quei lavoratori che - scegliendo di occuparsi degli altri - hanno *il potere* di portare sollievo, benessere, gratitudine. ■

Dall'apprendimento non formale e informale per un sistema di formazione flessibile per gli Operatori Socio Sanitari.

L'esperienza del progetto Forth

Il progetto Forth rientra fra le attività co-finanziate dalla Commissione Europea nell'ambito del programma per l'apprendimento permanente "Sostegno alla cooperazione europea nel campo dell'istruzione e della formazione" (2011/C 93/10) il cui avviso è stata pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea in data 23.03.2011.

Il progetto nasce con l'intento di creare un ponte tra la formazione e il lavoro per una tra le figure professionali ritenute più strategiche e cruciali per la società occidentale e il mercato del lavoro sia italiano che europeo: l'Operatore Socio Sanitario.

La rilevanza e le problematiche lavorative dell'Operatore Socio Sanitario

La figura dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) sta diventando sempre più centrale perché caratterizzata da un mix di competenze sociali e sanitarie che rendono capace di rispondere adeguatamente ai forti bisogni emergenti legati all'invecchiamento della popolazione e alla difficoltà delle famiglie di farsi carico di situazioni di disabilità psico-fisica.

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno sociale che sta assumendo una dimensione sempre più rilevante a livello mondiale e in particolar modo nel contesto europeo.

L'Italia non fa eccezione, tanto da far parlare di "società anziana" (Bernardini, 1994) in cui l'incremento e l'accelerazione di tale fenomeno porteranno, nel giro di pochi anni, ad una "transizione demografica" (Bagnasco et al., 2005) che vedrà un rovesciamento della tradizionale piramide demografica.

I dati del *Secondo Rapporto sulla Non Autosufficienza in Italia. Assistenza territoriale e cure domiciliari*¹ del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, evidenziano che a caratterizzare il fenomeno non è solo l'importante incremento dell'indice di vecchiaia (si passerà dal 144,8% nel 2010 al 256,3% nel 2050), quanto quello del peso percentuale della popolazione di 80 anni e più sulla popolazione complessiva, che passerà dal 5,8% (nel 2010) al 7,4% (nel 2020), al 13,5% (nel 2050). Questo comporterà un aumento esponenziale degli anziani, che per larga parte non saranno autosufficienti, nonostante negli ultimi decenni, grazie agli sviluppi della scienza medica e degli stili di vita, il livello di buona salute degli over 65 sia notevolmente cresciuto.

Il Progetto Europeo Forth nasce da due esigenze: sensibilizzare il Paese sul tema della certificabilità delle competenze acquisite nei contesti non formali e informali, e stimolare l'elaborazione di strategie nazionali per creare un ponte tra la formazione e il lavoro per uno dei ruoli professionali più cruciali nella società odierna: l'Operatore Socio Sanitario.

Antonio Cristoforetti

Ricercatore e formatore
presso l'Istituto Regionale di Studi e Ricerca Sociale di Trento

Francesca Gennai

Ricercatrice e formatrice
presso l'Istituto Regionale di Studi e Ricerca Sociale di Trento

È chiaro come l'aumento degli anziani non autosufficienti o con un basso livello di autonomia comporti un aumento delle richieste di due tipologie di servizi dove l'OSS riveste un ruolo centrale: le strutture residenziali e i servizi di assistenza domiciliare. Gli anziani assistiti sul territorio nazionale² sono 345.093, ovvero quasi il 3% della popolazione residente, contro un valore dei paesi europei mediamente del 6% (con punte dell'8%), stime assai prossime a regioni del Nord Italia con sistemi sanitari performanti. Di questi è opportuno considerare che quasi il 2% vengono assistiti in strutture sanitarie residenziali. Non è questo il momento per soffermarci in dettaglio sulla normativa che regola la figura dell'OSS, ma è fondamentale richiamare invece l'importanza che assume la figura dell'OSS di fronte allo scenario sopra descritto.

Come nodo della rete complessa che ruota attorno alle persone non autosufficienti, composta da familiari, medici, infermieri, assistenti sociali, educatori, fisioterapisti, associazioni di volontariato, all'OSS è richiesto di supportare le persone nel soddisfare i loro bisogni primari sia in contesti domiciliari che residenziali, luoghi di lavoro caratterizzati da forti differenze

nella pratica lavorativa e abitati da anziani con esigenze di cura di diversa complessità.

Oltre ai dati relativi al crescente bisogno di servizi di assistenza sanitaria e sociale, un altro motivo che ci ha spinto a concentrarci sulla figura dell'OSS è il fatto che i lavori di assistenza siano diventati oggetto d'interesse per un numero crescente di stranieri interessati ad ottenere la qualifica di OSS. Questo fa emergere l'urgenza di pensare ad un sistema di crediti nazionali e, meglio ancora, sovranazionali, che dia anche alle persone straniere la possibilità di lavorare nel settore, potendo capitalizzare la loro precedente esperienza sia formativa che lavorativa. D'altra parte, la riduzione della quantità di risorse destinate al *welfare* e alle politiche correlate rende difficile promuovere la formazione permanente in questo settore, comportando la necessità di pensare ad un sistema di formazione incentrato sul principio della sostenibilità economica. A moltiplicare inoltre i costi della formazione di base e continua in assenza di un sistema nazionale di convalida dell'apprendimento non formale e informale è la dispersione delle conoscenze e delle abilità maturate in esperienze di lavoro e volontariato nel settore. Inoltre, è evidente che la mancanza di uniformità a livello

nazionale del riconoscimento dei crediti e delle qualifiche precedenti (es. OSA, OTA) ai fini dell'accesso al percorso formativo di base e la mancanza di un disegno nazionale di formazione continua, che a partire dall'identificazione delle competenze specifiche per contesto lavorativo sappia rispondere al meglio ai bisogni della popolazione, è all'origine di una serie di problemi riguardanti sia la formazione sia l'occupazione. Per quanto riguarda la formazione professionale, questa mancanza produce una moltiplicazione della spesa; ostacola l'accesso ai programmi di formazione per la qualifica di OSS scoraggiando la mobilità internazionale e interregionale. Per quanto riguarda l'occupazione, la mancanza di formazione continua rispondente alle esigenze specifiche dei diversi contesti di lavoro influenza il livello e l'omogeneità territoriale della qualità dei servizi socio sanitari e la loro capacità di rispondere ai bisogni emergenti. Se in questo paragrafo abbiamo rilevato le problematiche dovute alla mancanza di un sistema omogeneo di formazione di base e continua per la figura dell'OSS, nel prossimo illustreremo come il progetto Forth intende superare queste problematiche e facilitare la transizione dalla formazione al lavoro.

Un ponte fra formazione e lavoro: la finalità e gli obiettivi del progetto

Come già richiamato nell'introduzione, Forth è finalizzato a promuovere la costruzione di un quadro comune per il riconoscimento e la convalida dell'apprendimento precedente e la progettazione di percorsi di formazione permanente, incentrato sulle competenze cruciali maggiormente utilizzate dagli OSS nei suoi principali contesti di lavoro (strutture residenziali e domiciliari), al fine di garantire la presenza di professionisti qualificati e aggiornati all'interno delle organizzazioni socio sanitarie. Le riflessioni che emergeranno dal progetto sono prevalentemente indirizzate a responsabili politici, istituzioni competenti per il rilascio delle qualifiche, fornitori di formazione professionale e tutti gli altri soggetti portatori di interessi legati alla promozione e allo sviluppo della figura professionale dell'OSS.

Più nello specifico, il progetto si incarna su due obiettivi fondamentali:

1. definire i criteri per il riconoscimento e la convalida delle varie qualifiche ottenute e degli apprendimenti precedenti, sia non formali (derivanti da esperienze lavorative) sia informali (derivanti da esperienze personali e di volontariato), per garantire un migliore accesso ai percorsi di formazione e promuovere e sviluppare un'offerta

formativa maggiormente integrata e flessibile;

2. rafforzare il collegamento tra formazione e lavoro, attraverso l'elaborazione di moduli di formazione permanente basati sull'analisi delle competenze che risultano essere più critiche all'interno dei contesti di lavoro di destinazione degli OSS, concentrandosi in particolare modo sui servizi residenziali e domiciliari, e alle quali non viene dedicata sufficiente attenzione nei percorsi formativi di base.

Tali obiettivi si traducono operativamente in attività finalizzate al raggiungimento dei seguenti risultati attesi:

- elaborazione partecipata di linee guida che definiscano i criteri per la valutazione e il riconoscimento degli apprendimenti precedenti (non formali ed informali);
- mappatura delle competenze: individuazione delle competenze maggiormente utilizzate e percepite come cruciali nei vari settori di lavoro e definizione di proposte per la progettazione di specifici percorsi di formazione permanente;
- creazione di una rete permanente di soggetti interessati a livello nazionale e regionale, rappresentanti sia della formazione sia dei servizi socio sanitari, che contribuisca alla sensibilizzazione sulle tematiche cardine del progetto e alla diffusione e valorizzazione dei risultati.

Il contributo del progetto per affrontare e dare una risposta efficace alle problematiche lavorative dell'OSS delineate in precedenza è basato sulla promozione del dialogo intersettoriale e sulla cooperazione tra *stakeholder*. Tale coinvolgimento allargato è fondamentale per una futura progettazione e implementazione di un quadro nazionale che rispecchi le prospettive e i bisogni delle parti interessate nel campo dei servizi socio sanitari.

La logica del progetto Forth, la metodologia e le attività previste

Le attività previste si incardinano sui due obiettivi operativi precedentemente esposti, ovvero, da una parte, la definizione partecipata di criteri per il riconoscimento degli apprendimenti pregressi, dall'altra, la definizione di percorsi di formazione permanente fondati sui bisogni formativi emergenti dai contesti di lavoro target degli OSS. Per garantire il raggiungimento di entrambi gli obiettivi specifici del progetto sono stati creati due *Work Package* (da ora WP) dedicati, ma strettamente interconnessi e integrati tra loro. Entrambi i processi, rappresentati in fig. 1, seguono un approccio *bottom-up* e prevedono l'utilizzo di una serie di strumenti come seminari, *working group* e forum tematici di discussione.

FIGURA 1

I processi di lavoro. Rappresentazione delle attività funzionali al raggiungimento degli obiettivi del progetto.

OBIETTIVO 1
RICONOSCIMENTO APPRENDIMENTI PREGRESSI (NON FORMALI E INFORMALI).

SEMINARIO NAZIONALE
L'Operatore Socio Sanitario in prospettiva europea.

WORKING GROUP
Criteri per il riconoscimento degli apprendimenti pregressi.

FORUM VIRTUALE
Discussione partecipata sull'adeguatezza dei criteri sviluppati.

OBIETTIVO 2
MAPPATURA DELLE COMPETENZE ED ELABORAZIONE DI MODULI DI FORMAZIONE PERMANENTE.

3 WORKING GROUP (Nord, Centro e Sud Italia). Elaborazione partecipata della mappa delle competenze agite dagli OSS nelle RSA e nei SAD.

WORKING GROUP
Elaborazione di proposte per un'offerta di formazione continua nelle RSA e nei SAD.

FORUM VIRTUALE
Discussione partecipata sull'adeguatezza dell'offerta di formazione permanente sviluppata.



Tali metodologie partecipative sono state scelte per garantire che le strategie sviluppate riflettano le reali esigenze di studenti, lavoratori ed enti di formazione professionale. Per sostenere, inoltre, la loro validità a livello nazionale, si è deciso di coinvolgere nel progetto partner appartenenti a diversi contesti territoriali, rappresentativi del Nord, del Centro e del Sud Italia, scegliendoli tra le principali regioni impegnate sui temi legati alla certificazione delle competenze degli OSS, ovvero Trentino, Veneto, Lazio e Puglia.

Il lavoro previsto nel WP dedicato alla validazione degli apprendimenti pregressi si articola in un seminario, un *working group* e un forum di discussione, funzionali all'elaborazione di linee guida per il riconoscimento e la convalida dell'apprendimento non formale e informale.

Il processo ha avuto inizio con l'organizzazione di un seminario nazionale intitolato "L'Operatore Socio Sanitario in prospettiva europea", tenutosi in Puglia, durante il quale un gruppo di sei relatori scelti dai partner ha affrontato il tema delle buone pratiche europee e degli strumenti e metodologie per la convalida dell'apprendimento non

formale e informale. L'evento ha avuto carattere pubblico e ha visto la partecipazione di enti di formazione, organizzazioni ISFOL. La scelta di avviare il progetto in questo modo è basata sulla convinzione che condividere un *framework* comune fosse fondamentale per sostenere l'emergere di una coscienza nazionale.

Il secondo *step* del processo di validazione degli apprendimenti pregressi ha previsto l'organizzazione di un *working group* in Veneto che ha visto il coinvolgimento di rappresentanti di enti di formazione provenienti da diverse regioni. In tale occasione ci si è confrontati su limiti e sfide da affrontare e su strategie e metodologie da adottare per elaborare delle linee guida per la progettazione di un'offerta modulare che riconosca le competenze acquisite in precedenti esperienze di apprendimento non formale e informale. Il *working group* si è articolato in:

1. identificazione degli apprendimenti non formali e informali che è possibile riconoscere e convalidare;
2. uso della metodologia ECVET per attribuire crediti alle competenze acquisite per ogni via;
3. elaborazione di una proposta condivisa.

L'output finale è stato un dispositivo per la certificazione delle competenze acquisite per via non formale e informale, ora disponibile pubblicamente sul sito del progetto.

A seguito della realizzazione di tale output, sempre all'interno del sito di progetto, è stato attivato un forum virtuale di discussione sui criteri di riconoscimento delle competenze sviluppati. Tale strumento rappresenta una forma di partecipazione allargata non solo a partner e *stakeholder* selezionati, ma a tutti i possibili utenti, in particolar modo studenti e lavoratori nel settore socio sanitario non in possesso di qualifica OSS. All'interno del forum è possibile lasciare commenti, esprimere opinioni, dare stimoli e in generale partecipare al dibattito sui temi cardine del progetto e in particolare sull'adeguatezza dei prodotti realizzati. Questa metodologia è infatti finalizzata ad assicurare la trasparenza dei risultati e ad ottenere una valutazione esterna della loro qualità.

Relativamente all'altro obiettivo specifico, le attività previste sono state strutturate su due percorsi paralleli che vanno a convergere nel tratto finale: due *working group* per ciascuno dei due contesti di lavoro dell'OSS sui

Elenco delle principali attività previste per l'Operatore Socio Sanitario

AMBITO DI ATTIVITÀ	ATTIVITÀ
Assistenza diretta e aiuto domestico alberghiero	<ul style="list-style-type: none"> - assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale; - realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico; - collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale; - realizza attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi; - coadiuva il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente; - aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita, cura la pulizia e l'igiene ambientale.
Assistenza diretta e aiuto domestico alberghiero	<ul style="list-style-type: none"> - osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente; - collabora all'attuazione degli interventi assistenziali; - valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre; - collabora all'attuazione di sistemi di verifica degli interventi; - riconosce e utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione-relazione appropriati, in relazione alle condizioni operative; - mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale e il mantenimento e recupero dell'identità personale.
Supporto gestionale, organizzativo e formativo	<ul style="list-style-type: none"> - utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio; - collabora alla verifica della qualità del servizio; - concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini e alla loro valutazione; - collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento; - collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione di attività semplici.

quali il progetto Forth ha deciso di focalizzare la propria attenzione, ovvero le RSA e i servizi domiciliari, che consentiranno di arrivare alla stesura di un unico documento finale contenente la mappatura delle competenze espresse dall'OSS nei due ambiti d'interesse e le relative proposte di formazione continua. Infine, anche in questo caso, tale prodotto sarà sottoposto a valutazione esterna attraverso il ricorso ad un forum virtuale pubblico.

Per raggiungere l'obiettivo di superare gli squilibri tra formazione e lavoro, nel portare avanti questo secondo processo di lavoro, gli attori principali con cui ricercatori e formatori si sono interfacciati sono stati i coordinatori di servizi e gli OSS operanti al loro interno. I primi *working group*, funzionali all'elaborazione partecipata della mappa delle competenze agite dagli OSS nei due contesti di lavoro, sono stati realizzati in tre differenti territori (Bari, Roma e Trento) in modo da raccogliere le esperienze del Nord, del Centro e del Sud Italia.

L'organizzazione di tali momenti di lavoro partecipato è stata funzionale all'avvio di un processo di sensibilizzazione e coinvolgimento delle parti interessate che è fondamentale per l'elaborazione di percorsi di formazione continua che siano mirati ed efficaci. La mappa delle competenze, e conseguentemente dei bisogni formativi, così elaborata è stata quindi utilizzata nei successivi *working group*, durante i quali sono state elaborate le proposte per una offerta di formazione continua che soddisfi i requisiti e le esigenze raccolte nella fase precedente. Non appena il *report* finale relativo alle proposte di formazione permanente sarà ultimato, sarà reso disponibile pubblicamente sul sito di progetto, a disposizione dei decisori politici, delle istituzioni competenti per le qualifiche, dei fornitori di istruzione e formazione professionale e di tutte le altre parti interessate. Anche in questo caso, a seguito della pubblicazione del *report*, verrà attivato un forum tematico di discussione

sul sito di progetto con lo scopo di ampliare la partecipazione al dibattito delle parti interessate al di fuori del partenariato e di promuovere un processo di sensibilizzazione allargato. I soggetti interessati avranno la possibilità di scambiare opinioni, lasciare commenti, dare *feedback* ed elaborare ulteriori proposte alternative o integrative. Tutti i contributi ottenuti attraverso questo strumento di partecipazione dal basso saranno presi in considerazione per integrare e migliorare i prodotti del progetto, e soprattutto costituiranno una voce esterna nei processi di valutazione della qualità dei risultati ottenuti.

Risultati attesi e scenari futuri per il progetto Forth

Nella fase di stesura del Forth prima, e nella sua fase di realizzazione poi, abbiamo ipotizzato che il progetto potesse avere un impatto su una molteplicità di soggetti: gli studenti o aspiranti studenti



Note

- 1 Consultabile on line: <http://bit.ly/secondo-rapporto-sulla-non-autosufficienza-in-italia> ultima consultazione 29 novembre 2012.
- 2 *Ibidem*, p. 19.
- 3 COM (2012) 485 final

Precisazioni: Il paragrafo "La rilevanza e le problematiche lavorative dell'Operatore Socio Sanitario" è stato scritto da Francesca Gennai - I paragrafi "Un ponte tra formazione e lavoro: la finalità e gli obiettivi del progetto" e "La logica del progetto Forth, la metodologia e le attività previste" sono stati scritti da Antonio Cristoforetti - Il paragrafo "Risultati attesi e scenari futuri per il progetto Forth" è stato scritto da Francesca Gennai e Antonio Cristoforetti.

Bibliografia

- Bagnasco A., Barbagli M., Cavalli A., *Elementi di sociologia*, Il Mulino, 2005.
- Bernardini S., *La società anziana, ovvero l'altra faccia delle società avanzate*, Franco Angeli, 1994.
- CEDEFOP, *European Guidelines for validating non – formal and informal learning*, Office for Official Publications of the European Communities, 2009.
- Consiglio dell'Unione europea, *Progetto di conclusioni del Consiglio e dei rappresentanti dei governi degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio relative ai principi comuni europei concernenti l'individuazione e la convalida dell'apprendimento non formale e informale*, 2004, 9600/04 EDUC 118 SOC 253.
- Del Favero A. L. (a cura di), *Secondo Rapporto sulla Non Autosufficienza in Italia. Assistenza territoriale e cure domiciliari*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2011.
- Parlamento europeo, Consiglio, *Decisione del Parlamento Europeo e del Consiglio 2241/2004/CE del 15 dicembre 2004 relativa ad un quadro comunitario unico per la trasparenza delle qualifiche e delle competenze (EUROPASS)*.
- Parlamento europeo, Consiglio, *Raccomandazione 2008/c 111/01/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 aprile 2008 sulla costituzione del Quadro europeo delle qualifiche per l'apprendimento permanente*.
- Parlamento europeo, Consiglio, *Raccomandazione del Parlamento europeo e del Consiglio 2009/C 155/02 del 18 giugno 2009 sull'istituzione di un sistema europeo di crediti per l'istruzione e la formazione professionale (ECVET)*.

OSS, sia di provenienza italiana che internazionale, gli OSS operanti nei servizi, i fornitori di istruzione e formazione professionale, i responsabili delle politiche, i servizi socio sanitari e tutte le realtà che offrono assistenza e, non in ultimo, i titolari di cura, che potranno beneficiare di personale qualificato. La previsione, infatti, è che Forth possa avere un impatto sia a livello di istruzione e formazione, sia a livello occupazionale e professionale.

In primis, riteniamo che le linee guida elaborate nel corso del progetto possano rappresentare un lavoro preparatorio per i responsabili decisionali, per delineare politiche e dispositivi condivisi a livello nazionale. Per quanto riguarda la formazione continua, l'obiettivo è che il modello elaborato possa essere implementato accrescendo le opportunità di apprendimento degli OSS.

A beneficiarne non sarebbero solo i partecipanti alla formazione continua, che potrebbero così migliorare la propria *performance* lavorativa e la propria mobilità territoriale (nazionale e internazionale), ma anche le organizzazioni che erogano servizi di cura.

Queste ultime potrebbero così migliorare i propri standard di qualità grazie alla presenza di personale più qualificato. Non ultimo, a trarre vantaggio da queste azioni formative sarebbero le persone assistite, che potrebbero contare su un personale in grado di rispondere adeguatamente ai loro bisogni specifici. Riteniamo inoltre che il progetto possa rappresentare un ulteriore contributo per sviluppare un quadro nazionale ed europeo nell'ampio settore della formazione professionale e per promuovere la raccomandazione europea³ che invita i paesi membri ad istituire entro il 2015 sistemi nazionali che offrano a tutti i cittadini l'opportunità di ottenere una qualifica professionale (o facilitarne il percorso di acquisizione) attraverso la convalida di conoscenze, capacità e competenze sviluppate mediante l'apprendimento non formale e informale.

Approfondimento

OBIETTIVI E DISPOSITIVI DEL PROGRAMMA EUROPEO PER L'APPRENDIMENTO PERMANENTE

Lifelong Learning Programme (LLP)

Il *Lifelong Learning Programme* (LLP) è stato istituito con la decisione n. 1720/2006/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 novembre 2006, GU L 327 del 24/11/2006 (emendata con la decisione 1357/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 dicembre 2008).

Il LLP riunisce al suo interno tutte le iniziative di cooperazione europea nell'ambito dell'istruzione e della formazione dal 2007 al 2013 e, come si evince dal suo atto di nascita, si pone l'obiettivo generale di "contribuire, attraverso l'apprendimento permanente, allo sviluppo della Comunità quale società avanzata basata sulla conoscenza, con uno sviluppo economico sostenibile, nuovi e migliori posti di lavoro e una maggiore coesione sociale, garantendo nel contempo una valida tutela dell'ambiente per le generazioni future. L'obiettivo del programma è, in particolare, quello di promuovere all'interno della Comunità gli scambi, la cooperazione e la mobilità tra i sistemi di istruzione e formazione in modo che essi diventino un punto di riferimento di qualità a livello mondiale".

Gli obiettivi specifici che caratterizzano il programma sono:

1. contribuire allo sviluppo di un sistema di apprendimento permanente di qualità che promuova il conseguimento di risultati elevati, valorizzi l'innovazione e l'europeizzazione dei sistemi, dei dispositivi e delle prassi di settore;
2. sostenere la realizzazione di uno spazio europeo dell'apprendimento permanente;
3. contribuire ad accrescere le opportunità di apprendimento permanente disponibili negli Stati membri migliorandone la qualità, il potere d'attrazione e l'accessibilità;
4. rafforzare il contributo dell'apprendimento permanente alla coesione sociale, alla cittadinanza attiva, al dialogo interculturale, alla parità tra donne e uomini e alla realizzazione personale;
5. contribuire a promuovere la creatività, la competitività, l'occupabilità e lo sviluppo di uno spirito imprenditoriale;
6. promuovere l'apprendimento delle lingue e la diversità linguistica;
7. contribuire a una maggiore partecipazione di persone di tutte le età, comprese quelle con particolari esigenze e le categorie svantaggiate, all'apprendimento permanente, a prescindere dal retroterra socioeconomico;
8. promuovere lo sviluppo, nel campo dell'apprendimento permanente, di contenuti, servizi, soluzioni pedagogiche e prassi a carattere innovativo basati sulle TIC;
9. rafforzare il ruolo dell'apprendimento permanente sia nello sviluppo di un sentimento di cittadinanza europea basato sulla comprensione e sul rispetto dei diritti dell'uomo e della democrazia, sia nella promozione della tolleranza e del rispetto degli altri popoli e delle altre culture;
10. promuovere la cooperazione in materia di assicurazione per la qualità in tutti i settori dell'istruzione e della formazione in Europa;
11. incoraggiare il migliore utilizzo di risultati, prodotti e processi innovativi e scambiare le buone prassi nei settori disciplinati dal programma di apprendimento permanente, al fine di migliorare la qualità dell'istruzione e della formazione.

Il LLP tende in tal modo al raggiungimento dei cinque obiettivi quantitativi definiti nella Strategia EU 2020:

- occupazione: innalzamento al 75% del tasso di occupazione (per la fascia di età compresa tra i 20 e i 64 anni);
- R&S: aumento degli investimenti in ricerca e sviluppo al 3% del PIL dell'UE;
- cambiamenti climatici/energia: riduzione delle emissioni di gas serra del 20% (o persino del 30%, se le condizioni lo permettono) rispetto al 1990, soddisfazione del 20% del fabbisogno di energia per mezzo di fonti rinnovabili, aumento del 20% dell'efficienza energetica;
- istruzione: riduzione degli abbandoni scolastici al di sotto del 10% e aumento al 40% dei 30-34enni con un'istruzione universitaria;
- povertà/emarginazione: almeno 20 milioni di persone a rischio o in situazione di povertà ed emarginazione in meno.

Uno dei nodi centrali della strategia LLP è la convalida dell'apprendimento non formale e informale e il superamento della logica che riconosce solo il risultato dell'apprendimento di natura formale.

La Raccomandazione del Consiglio sulla convalida dell'apprendimento non formale e informale, COM (2012) 485 final dello scorso settembre, riassume i vantaggi sul piano occupazionale legati allo sviluppo di un sistema nazionale di convalida delle conoscenze, capacità e competenze acquisite indipendentemente dal contesto di apprendimento:

- aumento della trasparenza dei profili occupazionali individuali,
- miglioramento della corrispondenza tra competenze e domanda di lavoro,

Approfondimento

- possibilità di un miglior trasferimento di competenze tra le aziende e tra i settori,
- facilitazione della mobilità nel mercato del lavoro europeo e possibilità di capitalizzare per l'individuo le conoscenze apprese.

La convalida dell'apprendimento non formale e informale è parte dell'agenda politica europea fin dal 2001.

Le principali iniziative e dispositivi nell'area dell'apprendimento permanente sono:

- adozione di principi comuni europei di convalida (Conclusioni del Consiglio, 2004);
- quadro *Europass* (2004), che comprende il CV *Europass* e un portfolio di documenti che i cittadini possono usare per comunicare meglio e presentare le proprie qualifiche e competenze in tutta Europa. Altri strumenti che documentano i risultati di apprendimento sono lo *Youthpass* nell'ambito del programma "Gioventù in azione" e i passaporti delle competenze e delle qualifiche settoriali nell'ambito del dialogo sociale europeo;
- *Quadro Europeo delle Qualifiche* (EQF) per l'apprendimento permanente (Raccomandazione del Parlamento europeo e del Consiglio, 2008), che stabilisce quali sono

i livelli delle qualifiche definiti mediante i risultati di apprendimento;

- *Linee guida europee per la convalida dell'apprendimento non formale e informale* (Cedefop, 2009), che forniscono a decisori politici e operatori strumenti tecnici sulla convalida. Le linee guida affrontano la convalida da prospettive diverse (individuale, organizzativa, nazionale, europea) e costituiscono uno strumento pratico da applicare su base volontaria;
- *Sistema europeo di accumulazione e trasferimento dei crediti* (ECTS, 1989), si tratta del dispositivo di convalida dell'apprendimento formale, non formale e informale adottato per le istituzioni di istruzione superiore, sviluppato nell'ambito del processo di Bologna per facilitare la mobilità degli studenti; ulteriori informazioni sul Processo di Bologna sono reperibili al link <http://www.bolognaprocess.it> (ultima consultazione 22 dicembre 2012).
- *Sistema europeo di crediti per l'istruzione e la formazione professionale* (ECVET, 2009), è il dispositivo analogo all'ECTS adottato per le istituzioni di istruzione e formazione professionale.

Approfondimento

Apprendimenti formali, non formali e informali

Per la definizione delle tipologie di apprendimento formale, non formale e informale richiamiamo quanto espresso dalla Raccomandazione del Consiglio sulla convalida dell'apprendimento non formale e informale, COM (2012) 485 final.

L'apprendimento formale è l'apprendimento erogato in un ambiente organizzato e strutturato, specificamente dedicato all'apprendimento, che tipicamente porta all'ottenimento di qualifiche, di solito sotto forma di certificati o diplomi. Comprende i sistemi d'istruzione generale, la formazione professionale iniziale e l'istruzione superiore.

L'apprendimento non formale è l'apprendimento erogato mediante attività pianificate (in termini di obiettivi e tempi di apprendimento) con una qualche forma di supporto all'apprendimento (ad esempio la relazione studente-docente). Può comprendere programmi per l'insegnamento di competenze professionali, alfabetizzazione degli adulti e istruzione di base per chi ha abbandonato la scuola prematuramente. Sono esempi tipici di apprendimento non formale la formazione impartita sul lavoro, mediante la quale le aziende aggiornano e migliorano le

competenze dei propri dipendenti (es. le competenze relative alle tecnologie per l'informazione e la comunicazione TIC); l'apprendimento strutturato online (ad esempio con l'uso di risorse educative aperte) e i corsi organizzati dalle organizzazioni della società civile per i loro aderenti, i gruppi interessati o il pubblico generale.

L'apprendimento informale è l'apprendimento risultante dalle attività della vita quotidiana legate al lavoro, alla famiglia o al tempo libero. Non è organizzato o strutturato in termini di obiettivi, tempo o supporto all'apprendimento. Può essere non intenzionale per il discente. Esempi di risultati acquisiti mediante l'apprendimento informale sono la capacità di gestire progetti o le competenze TIC acquisite sul lavoro; le lingue e le competenze interculturali acquisite durante il soggiorno in un altro paese; le competenze TIC acquisite al di fuori del lavoro, le competenze maturate nel volontariato, nelle attività culturali e sportive, nel lavoro, nell'animazione.

a cura di **Francesca Gennai**

Le checklist: uno strumento per la valutazione dei tirocinanti dei corsi OSS

Maria Antonietta Griseta

Esperta formazione e orientamento

Maria Stella Montanaro

Infermiera Dirigente (Ospedale F. Miulli)

Giuseppe Notarnicola

Coordinatore UU.OO.CC.
di Nefrologia e Endocrinologia
(Ospedale F. Miulli)

T Con il Regolamento n. 28/2007, la Regione Puglia ha disciplinato il profilo dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) e, per la formazione di tali operatori, ha previsto un percorso di qualificazione di 1000 ore (450 ore di teoria, 100 ore di esercitazioni e 450 ore di tirocinio) e un percorso integrativo di 400 ore (300 ore di teoria e 100 ore di tirocinio).

La sede EnAIP di Acquaviva delle Fonti (a Bari) ha svolto diversi corsi, di qualificazione e integrativi, in partnership con l'Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva, polo di eccellenza per i servizi sanitari del sud Italia e polo formativo universitario per la formazione degli infermieri.

Durante la progettazione, l'attuazione e la valutazione di tali corsi, il continuo confronto tra gli operatori della formazione e gli operatori del mondo del lavoro ha fatto emergere due inderogabili e costanti necessità:

- definire l'identità dell'OSS;
- mettere a punto e validare uno strumento per valutare oggettivamente le competenze tecniche acquisite dai corsisti durante il tirocinio.

Individuare le competenze dell'OSS è importante sia per chi deve predisporre i corsi di formazione, sia per chi deve inserire l'OSS in contesti professionali

dove vi sono diverse figure che, ciascuna con la propria specificità, si occupano dell'assistenza della persona.

L'identità professionale dell'OSS

L'OSS è una figura professionale che trae origine dalla sintesi dei profili degli operatori dell'area sanitaria e di quella sociale e che svolge una serie di compiti di assistenza alla persona in funzione dei contesti in cui è inserita: aziende sanitarie, strutture socio sanitarie e socio-assistenziali (Case di Riposo, Servizi per l'integrazione sociale di persone disabili, Cooperative Sociali, Servizi di assistenza domiciliare, Residenze Protette per anziani e disabili, RSA, etc.).

Il profilo professionale dell'OSS, è stato emanato nel 2001 dalla conferenza Stato-Regioni e recepito dalla Regione Puglia nel 2007. Secondo la normativa vigente, l'OSS è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualificazione conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzate a:

- soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;

Si possono valutare le prestazioni dei tirocinanti dei corsi per Operatore Socio Sanitario contenendo il rischio di soggettività? Un gruppo di lavoro della sede EnAIP di Acquaviva delle Fonti a Bari ha redatto una serie di checklist in grado di valutare le attività svolte in autonomia dagli OSS durante il tirocinio in ospedale.



- favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

Per consentire l'inserimento di questa figura professionale nelle aziende sanitarie e dunque in una Unità Operativa (U.O.), è necessario puntare su:

- il cambiamento culturale e organizzativo;
- la stesura e l'implementazione di un'apposita procedura di inserimento in un contesto multidisciplinare.

Per ottenere risultati soddisfacenti, il presupposto è una corretta considerazione del ruolo di questi operatori, dentro il quadro organizzativo e funzionale dell'U.O., 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 (medici, coordinatori, infermieri e Operatori Socio Sanitari) entrano in gioco con le proprie

competenze e autorità, al fine di determinare una serie di attività fra loro correlate che portino al raggiungimento dell'obiettivo specifico, del risultato finale.

Un altro presupposto è quello di considerare l'OSS, al pari di ogni altra figura professionale, come una *risorsa da valorizzare*. E tale obiettivo richiede un clima non verticistico, ma di responsabilizzazione, partecipazione e collaborazione in vista di obiettivi comuni.

È indispensabile, comunque, trovare supporto nei piani di lavoro e nella metodologia della *job description* per evitare le interpretazioni differenti che, ad oggi, costringono gli OSS a differenti compiti, addirittura, da struttura a struttura (se non nella stessa struttura) e a seconda delle singole realtà.

È di fondamentale importanza, infine:

- ridisegnare gli ambiti di operatività/ collaborazione con le altre professionalità sanitarie (medici, fisioterapisti,

tecnici sanitari, ostetriche, etc.) e con il personale di supporto all'assistenza infermieristica, nel rispetto di quanto enunciato negli accordi Stato Regione del 2001;

- valutare quali e quante prestazioni sono impropriamente delegate all'OSS dal personale infermieristico.

L'OSS è una figura di supporto all'assistenza infermieristica e ostetrica; è vincolato all'organizzazione del lavoro, alle direttive ricevute e alla supervisione dei professionisti sanitari; ha compiti di esecuzione di prestazioni pianificate dal professionista e non agisce per delega di funzioni; risponde per la corretta e non corretta esecuzione delle prestazioni affidategli.

Fermo restando che l'OSS è a supporto di tutti i professionisti sanitari, appare opportuno specificare che nelle aziende sanitarie egli si trova soprattutto a collaborare con gli infermieri.

All'interno di una équipe multidisciplinare, l'infermiere, in base al suo profilo professionale, è l'unico responsabile dell'assistenza infermieristica erogata agli utenti. Per i suoi compiti, ha bisogno di essere affiancato da personale di supporto per poter migliorare la qualità dell'assistenza erogata.

Egli stesso deve valutare se effettuare direttamente gli interventi o se demandarli agli operatori di supporto, mantenendo, comunque, la pianificazione, la supervisione e la verifica di quanto effettuato da altri. L'infermiere deve dunque sapere, saper essere, saper fare, ma anche "saper far fare".

A tutti i professionisti sanitari rimane la responsabilità di non demandare a figure di supporto:

- l'autorità decisionale;
- la regia del processo assistenziale e della sua personalizzazione;
- la rilevazione critica dei bisogni e la valutazione delle condizioni psicologiche, sociali e cliniche della persona;
- la formulazione della diagnosi infermieristica;

- lo sviluppo del piano assistenziale ed educativo;
- la valutazione delle risposte dell'assistito alle cure.

E ciò perché la formazione del personale di supporto, se pur di buona qualità, non prevede un approfondimento delle conoscenze e dei metodi ad un livello tale da formare al pensiero critico: la capacità di leggere e interpretare i problemi dell'utente all'interno di un contesto è una peculiarità del *nursing*.

L'OSS risulta, quindi, solo responsabile della corretta esecuzione delle mansioni svolte e/o attribuite.

Altri aspetti certamente non delegabili riguardano quelle attività assistenziali che richiedono per la loro esecuzione "sicure ed efficaci" conoscenze specialistiche e abilità particolari, come pure tutte quelle attività relative al coordinamento del gruppo e dei processi di lavoro. L'OSS può, quindi, eseguire solo interventi caratterizzati da bassa discrezionalità e alta riproducibilità della tecnica usata. In genere, più sono stabili le condizioni del paziente, più è possibile attribuire a questo operatore parte della assistenza infermieristica. Il cosa far fare a queste figure, il quanto e il come, dipendono, come sempre nella realtà, dalle regole, ma anche dalle singole situazioni e dalle valutazioni delle capacità.

Per l'inserimento corretto del personale di supporto, è necessario che i professionisti sanitari si avvalgano di strumenti capaci di rendere meno difficile questo compito (i modelli organizzativi; una documentazione infermieristica coerente, completa e più semplice possibile, come per esempio l'utilizzo della cartella infermieristica o integrata o l'uso di protocolli e procedure).

In sostanza, dopo aver valutato il paziente e pianificato la sua assistenza, l'infermiere definisce quali compiti possono essere compiuti da altro operatore in possesso delle competenze necessarie, li assegna, li valuta e supervisiona l'esecuzione nell'implementazione del

piano di assistenza e infine, valuta se il compito è stato svolto in modo appropriato e se è stato raggiunto l'obiettivo pianificato per il paziente. L'infermiere deve sempre tener presente che l'OSS è formato per supportare l'infermiere, non per sostituirlo. Può avvalersi di lui per alcuni atti di natura sanitaria solo se ritiene che siano salvaguardate le condizioni di sicurezza per il paziente.

Comunque sia, l'attribuzione di attività infermieristiche agli operatori di supporto non deve privare l'infermiere del contatto con il paziente, anche se contemporaneamente egli deve imparare a conoscere e interpretare gli indizi e i segni clinici attraverso le risposte, gli occhi e le orecchie di un OSS o di altri operatori.

In conclusione, l'inserimento di nuovi operatori rappresenta sempre un processo di una certa complessità. Lo è specialmente quando riguarda operatori il cui ingresso nel sistema determina modificazioni nell'operatività di altri professionisti, specie gli infermieri. In base a quanto rilevato attraverso la nostra esperienza, possiamo concludere che l'inserimento delle figure di supporto nell'assistenza è da considerarsi una risorsa: l'OSS diventa a pieno titolo componente della équipe multidisciplinare, rafforzando il concetto di lavoro di squadra, per fronteggiare, insieme agli altri operatori, la complessità assistenziale.

Le checklist: le motivazioni e le finalità

Durante lo svolgimento del primo corso OSS presso la sede EnAIP di Acquaviva delle Fonti, è nata l'esigenza di mettere a punto uno strumento per valutare le competenze tecnico-professionali¹ acquisite dai corsisti durante le ore di tirocinio.

Tale esigenza è stata motivata da due considerazioni:

1. l'attività di tirocinio dell'OSS nei reparti

viene valutata dal tutor di tirocinio e dai diversi capisala che sono chiamati a esprimere un giudizio sul tirocinante. Spesso, anche a causa dell'attività febbrile del reparto e dalla presenza contemporanea di altri tirocinanti, provenienti dal Corso di Laurea in Infermieristica, il giudizio può essere formulato in modo intuitivo con una percezione soggettiva del valutatore. La qualità del giudizio rischia, pertanto, di essere inficiata da fattori soggettivi e affettivi (pregiudizi, proiezioni, attese, etc.) al punto che il valutatore può rischiare di non far altro che "confermare ciò che si aspetta dell'allievo"² e può, persino, "vedere conferme nelle smentite offerte dai fatti"³;

2. nel contesto sanitario è indispensabile garantire una prestazione efficace perché l'errore non è privo di conseguenze e può minare l'incolumità del paziente. Ad esempio: nelle attività di igiene, non cambiare i guanti monouso nel passaggio da un paziente all'altro può favorire la contaminazione con il conseguente rischio di provocare infezioni.

Si è costituito, così, un gruppo di lavoro con l'intento di costruire uno strumento di valutazione capace di contenere il rischio di soggettività dei valutatori e di valutare la prestazione dei tirocinanti. Tale gruppo è stato formato dagli scriventi in qualità di progettisti e valutatori della sede EnAIP e di tutor e docenti esperti di formazione dell'Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" con la costante collaborazione e supervisione del Direttore della sede EnAIP di Acquaviva delle Fonti e i preziosi suggerimenti degli esperti di ENAIP nazionale⁴.

Dopo una rassegna dei diversi strumenti di valutazione e di osservazione strutturata ed esperienziale⁵, la scelta è ricaduta sulle *checklist* perché, a nostro parere, tale strumento permette di raggiungere due finalità:

1. contenere il rischio di soggettività della valutazione. La *checklist* è costituita



da un elenco di comportamenti individuati "a priori" che consente all'osservatore di rilevare in modo ordinato e sistematico la loro presenza e il livello di padronanza. Pertanto, è uno strumento che permette un'osservazione strutturata e sistematica;

2. valutare la prestazione dei tirocinanti. La *checklist* contiene la sequenza completa dei "passi critici" necessari allo svolgimento corretto di una prestazione ed è, pertanto, uno strumento valido per l'osservazione e la contemporanea valutazione di procedure ad elevata caratterizzazione tecnico-pratica. Tale strumento permette di valutare la prestazione del tirocinante, piuttosto che il tirocinante, evitando così di confondere, come spesso accade, il giudizio sul comportamento complessivo di una persona ("si comporta bene") con il giudizio sulla prestazione ("è competente nel lavoro").

Le fasi di costruzione dello strumento di valutazione

Per elaborare lo strumento di valutazione abbiamo eseguito le seguenti operazioni:

1. Analisi del profilo dell'OSS e individuazione delle attività

Nell'analisi del profilo professionale dell'OSS, abbiamo focalizzato la nostra attenzione unicamente sulle competenze tecnico-professionali e non su quelle relazionali.

Al fine di individuare tali competenze, siamo partiti dallo studio della normativa vigente e dalla revisione bibliografica.

Non è stato semplice definire con chiarezza le competenze dell'OSS dall'analisi della normativa in quanto le voci spesso erano di difficile catalogazione

e dubbia interpretazione. Abbiamo approfondito, invece, la revisione bibliografica per individuare i confini operativi dell'OSS. Ad esempio nella normativa si parla di "piccole medicazioni". Per piccole medicazioni si possono intendere medicazioni non estese, medicazioni non invasive, medicazioni che richiedono semplici azioni a contenuto non particolarmente professionale, etc. Abbiamo cercato di risolvere questi dubbi considerando i piani di lavoro predisposti nelle unità operative dell'Ospedale "F. Miulli".

Dalla disamina effettuata abbiamo annotato le attività dell'OSS e tra queste abbiamo posto l'attenzione solo su quelle che egli svolge:

- in un contesto sanitario. È necessario sottolineare che abbiamo fatto esplicito riferimento al contesto dell'Ospedale "F. Miulli" dove le attività *non core* (sanificazione ambientale, ristorazione etc.) sono state esternalizzate, e dove sono presenti operatori con diversi profili sanitari, ad esempio Ausiliari Socio Sanitari, Operatori Tecnici Assistenza, etc.. Pertanto non abbiamo considerato attività come la pulizia del bagno e del pavimento e le attività di animazione e socializzazione;
- in autonomia. L'OSS svolge attività o in autonomia, o con altri professionisti. Tra queste abbiamo scelto quelle svolte in autonomia che, come abbiamo sottolineato in precedenza, sono attività che gli vengono attribuite⁶ dai professionisti sanitari (infermieri, ostetriche, fisioterapisti, etc.) sulla base dei criteri della bassa discrezionalità e dell'alta riproducibilità della tecnica utilizzata⁷.

Abbiamo successivamente raggruppatto in tre macroaree le attività individuate: bisogni primari, comfort di igiene e sicurezza negli ambienti di cura e procedure sanitarie (**vedi scheda 1**). Ogni macroarea è stata suddivisa in area e, questa, quando possibile,

in sottoarea. Ad esempio fanno parte della macroarea "bisogni primari": l'area *igiene* con la sottoarea *igiene del viso* e quindi *igiene del cavo orale*, *igiene del naso* e *igiene degli occhi*. Nella definizione delle aree abbiamo fatto riferimento al J.-J. Guilbert⁸ che distingue: obiettivi generali che corrispondono alle funzioni del personale sanitario formati in una specifica istituzione ("area"); obiettivi intermedi che sono ottenuti attraverso la scomposizione delle funzioni professionali in elementi il cui insieme fa comprendere la natura di queste funzioni ("sottoarea"); obiettivi specifici che corrispondono ai compiti professionali il cui risultato è osservabile e misurabile in base a un criterio definito (ad esempio *igiene del naso*).

2. Redazione delle *checklist*

Abbiamo scomposto ciascuna competenza in passi critici cercando da un lato di evitare la banale scansione di punti troppo dettagliati e dall'altro di mantenere un'adeguata descrizione dei diversi atti che il corsista deve compiere (**vedi scheda 2 e 3**).

Abbiamo poi definito una scala di valutazione per evidenziare non solo la presenza del comportamento (passo critico), ma anche il livello di padronanza dimostrato nel singolo passo. Abbiamo scelto di assegnare un punteggio pari a:

- 2 quando il comportamento non è presente;
- 1 quando il comportamento è presente ma non completo;
- 1 quando il comportamento è presente e completo;
- 2 quando il comportamento è presente, completo e autonomo.

Il punteggio si ottiene sommando algebricamente i valori relativi al livello di padronanza dimostrato nel singolo passo. Nella scala di valutazione abbiamo deciso di assegnare all'errore valori negativi e non pari a zero per



far sì che ad ogni errore corrisponda una decurtazione del punteggio.

Per ogni *check-list* abbiamo fissato una soglia di accettabilità ovvero il punteggio minimo al di sotto del quale la prestazione non è accettabile. Il punteggio minimo si raggiunge ottenendo un livello di padronanza pari almeno a 1 per ogni passo critico.

In corso di validazione dello strumento, ci siamo però resi conto che, in questo modo, la soglia di accettabilità è stata raggiunta anche quando il tirocinante ha ottenuto punteggi negativi a passi critici ritenuti importanti. Pertanto, abbiamo deciso di segnalare in ogni griglia con un asterisco i passi critici sui quali è necessario raggiungere un punteggio non inferiore a 1 affinché la procedura sia considerata valida.

Poiché il punteggio raggiungibile in ogni *checklist* varia in base al numero

dei passi critici previsti, abbiamo individuato una procedura per rendere paragonabili i punteggi ottenuti dal tirocinante in ogni *checklist*.

Abbiamo deciso di trasformare il punteggio di ogni *check-list* in voto secondo i seguenti criteri:

- punteggio al di sotto della soglia di accettabilità: voto 5;
- punteggio pari alla soglia di accettabilità: voto 6;
- punteggio superiore di un punto alla soglia di accettabilità: voto 7;
- punteggio superiore di almeno due punti alla soglia di accettabilità: voto 8.

La trasformazione dei punteggi di ogni *checklist* in voto ci ha permesso di costruire una tabella conclusiva (**vedi scheda 4**) che ha consentito di valutare contemporaneamente:

- tutte le competenze in rapporto al

singolo tirocinante. Facendo la media aritmetica tra i voti da lui ricevuti su ogni griglia abbiamo potuto attribuire un voto complessivo al tirocinio;

- ogni competenza in relazione al gruppo dei tirocinanti. Facendo la media aritmetica tra i diversi voti ottenuti da tutti i tirocinanti su ogni griglia abbiamo potuto valutare tutto il gruppo dei tirocinanti su ogni competenza e verificare, quindi, la presenza di procedure poco chiare.

Quest'ultima tabella si è rivelata particolarmente utile perché ha fornito un valido *feedback* di riflessione per i formatori.

Risultati

Le *checklist* sono state tarate durante il primo corso per OSS e sono state utilizzate nei corsi successivi organizzati presso la sede EnAIP di Acquaviva delle Fonti.

In tutti i casi abbiamo registrato riscontri molto positivi da parte degli studenti, dei tutor di tirocinio, dei docenti, del personale dell'Ospedale "F. Miulli" e degli altri enti partner del progetto.

In conclusione, lo strumento non solo ha permesso di raggiungere i due obiettivi su esposti (contenere il rischio di soggettività e valutare le prestazioni dei tirocinanti), ma ha avuto anche una serie di ricadute positive a più livelli.

1. La messa a punto delle griglie e la loro successiva taratura ha rappresentato un'ottima occasione di confronto tra i diversi *stakeholders* del progetto sulle competenze dell'OSS. Come è stato già sottolineato, si tratta di un profilo dai contorni non del tutto definiti e ciò a causa delle difficoltà nell'inserimento dell'OSS nel processo assistenziale.

Definire l'identità professionale dell'OSS diventa prioritario perché solo chi ha identità riesce a relazionarsi e lavorare con gli altri. «La mancanza o confusione di identità – scrive Giacomo Martelli – rende difficoltosa e conflittuale ogni relazione. Nel confronto, infatti, chi non ha definito la propria identità, o sta vivendo un momento di crisi di identità, tende ad arroccarsi e chiudersi nel proprio "guscio" e a percepire il proprio interlocutore più come potenziale nemico da cui difendersi che come compagno con il quale fare il viaggio dell'esistenza»⁹. Tutto ciò diventa ancora più urgente nel contesto sanitario dove la qualità dell'assistenza è garantita dal lavoro coordinato dei diversi professionisti. È importante sottolineare che mentre il gruppo in genere è caratterizzato dall'interazione, dalla fusione e dall'emergere delle uguaglianze, il gruppo di lavoro è caratterizzato dall'integrazione e interdipendenza tra i membri, dallo scambio e da una unità basata sulla differenza¹⁰.

2. Lo strumento di valutazione si è rivelato utile sia per calibrare il progetto didattico del corso, sia per la progettazione dei corsi successivi. La tabella conclusiva ha permesso di raccogliere informazioni sull'andamento dell'apprendimento degli allievi in tempo utile per interventi compensativi e di sostegno. In tal senso, si è potuta utilizzare la valutazione per quello che è il suo reale scopo: decidere. Marcel Postic e Jean-Marie De Ketele scrivono: «L'obiettivo della valutazione è quello di prendere una decisione. (...) L'obiettivo della valutazione non è dunque, contrariamente a una certa credenza e a una certa pratica, di "dare un giudizio". Una differenza fondamentale separa la valutazione dal giudizio: la valutazione è necessariamente orientata verso una decisione che è

ritenuta capace di fondare; il giudizio non suppone che si prenda una decisione, questo è solo nell'ordine della constatazione, dell'opinione (...). La decisione di continuare l'apprendimento o di ricorrere a un insegnamento correttivo costituisce l'obiettivo preciso della valutazione»¹¹.

Inoltre, le *checklist* sono state utilizzate per la progettazione dei corsi successivi e in particolare per la realizzazione delle 100 ore di esercitazioni pratiche che precedono il tirocinio.

3. L'utilizzo dello strumento si è rivelato formativo per i corsisti in quanto ha consentito di:

- garantire la trasparenza del processo di valutazione: i corsisti sono stati coinvolti nella valutazione, hanno ricevuto una copia di tutte le *checklist* e hanno saputo, prima ancora di svolgere il tirocinio, quali erano i criteri di valutazione e quali gli strumenti;
- comunicare efficacemente l'esito della valutazione: i corsisti hanno potuto apprezzare le loro prestazioni prendendo atto dei loro punti di forza e delle loro aree critiche. Le *checklist* permettono di evidenziare le conquiste e le lacune da colmare e allo stesso tempo, consentono di suggerire concrete indicazioni per migliorare la performance. Il giudizio così espresso, può avere le tre caratteristiche individuate da Guido Petter: è realistico, in quanto dà all'allievo la chiara conoscenza di come egli è in quel momento; ha un carattere dinamico e non etichettante, in quanto trasmette l'idea che la situazione del momento, se insoddisfacente, può essere migliorata; esprime ottimismo, ossia fiducia nella capacità dell'allievo di migliorare e nelle sue potenzialità¹². In questo modo il giudizio espresso dal tutor non ha il carattere di sanzione, ma costituisce

un "bilancio propositivo" che stimola il senso di responsabilità e la motivazione ad apprendere dei corsisti;

- incrementare le abilità di auto valutazione e riflessione. «L'allievo – scrive Benedetto Vertecchi¹³ – osserva come i docenti analizzano la lavorazione eseguita, quali controlli e quali misurazioni effettuano, e impara ad eseguire direttamente le stesse verifiche. Non si tratta solo di migliorare le caratteristiche del manufatto, ma di acquisire autonomia e consapevolezza della propria capacità professionale». Il corsista, valutato con le *checklist*, apprende così a riflettere sulle proprie prestazioni lavorative. Secondo la teoria di Donald A. Schön¹⁴, il professionista non riflette solo "durante l'azione" ma anche "sull'azione"

quando cerca di analizzare l'esperienza alla ricerca del senso e dei significati in essa contenuti. Anche Martielli¹⁵ sottolinea che l'apprendimento non dipende solo dal "fare" ma dall'attivazione di un processo di riflessione sul "fare". In tal senso lo strumento promuove lo sviluppo di capacità e abilità di metacognizione e di riflessione, perché abitua ad acquisire autonomia e consapevolezza circa il proprio agire nel contesto professionale.

Una considerazione conclusiva

Lo strumento di valutazione presentato non è né esaustivo né definitivo. Si tratta di *checklist* "affinabili" grazie a un continuo *feedback* col mondo del lavoro.

È necessario, comunque, fare una considerazione (auto)critica sull'utilizzo delle *checklist* per la valutazione delle competenze tecnico-professionali.

L'interpretazione del concetto di competenza ha subito un cambiamento: si è passati da una prospettiva "comportamentista", che la identificava con le prestazioni osservabili e misurabili del soggetto, ad una di tipo "cognitivista" che ha spostato l'attenzione sulle dimensioni interne del soggetto. Come ha sottolineato Leonardo Verdi Vighetti¹⁶, la prestazione è una parte limitata della competenza: è solo l'aspetto visibile, in quanto nasconde i processi motivazionali, volitivi, etc.; è statica, in quanto rivela unicamente ciò che la competenza è oggi; si manifesta in uno spazio lavorativo limitato e definito.

Mentre prima si pensava che bastasse scomporre la competenza in un insieme di prestazioni osservabili per

Bibliografia

- Carlo Calamandrei, Carlo Orlandi, *La dirigenza infermieristica – manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*, McGraw-Hill, Milano, 2009.
- Fulvio Corrieri, Vincenzo Maffi, Floriana Malvezzi, Enrico Marsella, *Aiutare, assistere, soccorrere*, Editrice Padus, Cremona, 2003.
- Luca Benci, *L'Operatore Socio Sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica*, Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie, n. 3, 2001.
- Enrico Malinverno, *L'infermiere e l'Operatore Socio Sanitario: un progetto d'integrazione organizzativa*, Tutor, Volume 7, n. 2, 2007.
- Jean-Jacques Guilbert, *Guida Pedagogica per il Personale Sanitario*, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, 2002.
- Silvia Ciafanelli, Laura D'Addio, Marco Capecci, Damasco Donati, *L'Operatore Socio Sanitario: orofilo, competenze e aree d'intervento*, Carrocci Faber, Roma, 2008.
- Marina Cuel, Attilio Così, *La formazione sanitaria dell'OSS*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2004.
- Maria Teresa Bernardi, Maria Paola Masiero, *Analisi delle competenze nella selezione, nell'orientamento e nello sviluppo del personale*, Rivista Management Infermieristico, n. 1, 2005.
- M. Cicogna, *L'Operatore Socio Sanitario nell'azienda ospedaliera. Indagine sull'allocatione delle risorse*, Rivista Management Infermieristico, n. 4, 2004.
- Stefano Citterio, Oreste Ronchetti, Dorian Valle, *Indagine conoscitiva sull'utilizzo delle figure di supporto all'assistenza infermieristica nelle strutture sanitarie della provincia di Como*, Giornale Italiano di Scienze infermieristiche, n. 5, 2007.
- Anna Grimaldi, Alessia Rossi, Giuseppa Montalbano (a cura di), *Bi.dicomp.: un percorso ISFOL di bilancio di competenze*, Collana Temi&Strumenti – Studi e ricerche, n. 16, ISFOL, Roma, 2006, p. 137.
- Lucia Genovese, *Insegnare e apprendere*, Monolite Editrice, Roma, 2006.
- Giacomo Martielli, *Moralità, socialità, legalità – per una progettualità formativa*, Viverein, Monopoli, 2009.
- Gian Piero Quaglino, Sandra Casagrande, Anna Maria Castellano, *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992.
- Marcel Postic, Jean-Marie De Ketele, *Osservare le situazioni educative*, SEI, Torino, 1993.
- Guido Petter, *Il mestiere di insegnante*, Giunti, Firenze, 2006.
- Benedetto Vertecchi, *La valutazione nel sistema scolastico*, in Giuditta Alessandrini (a cura di), *Le funzioni della valutazione*, Maggioli Editore, Rimini, 1987.
- Donald A. Schön, *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari, 1993.
- Leonardo Verdi Vighetti, *Competenze vs prestazioni: ipotesi di soluzione di un'aporìa*, in «Quaderni Formazione & Lavoro», Dicembre 2007.
- Mario Castoldi, *Apprendimento, insegnamento, valutazione quali relazioni?*, Indire, 2007.

Note

- 1 Le competenze tecnico-professionali sono costituite, secondo la definizione data dall'ISFOL, dai saperi e dalle tecniche connesse all'esercizio delle attività richieste dai processi di lavoro nei diversi ambiti professionali. CFR: Anna Grimaldi, Alessia Rossi, Giuseppa Montalbano (a cura di), *Bi.dicomp.: un percorso ISFOL di bilancio di competenze*, Collana Temi&Strumenti – Studi e ricerche, n. 16, ISFOL, Roma, 2006, p. 137
- 2 Lucia Genovese, *Insegnare e apprendere*, Monolite Editrice, Roma, 2006, p. 188.
- 3 Ivi.
- 4 In fase di elaborazione dello strumento di valutazione abbiamo chiesto un parere al Dott. Leonardo Verdi Vighetti che ha elaborato con la Dott.ssa Franca Rizzuni delle considerazioni molto utili per il prosieguo dei lavori.
- 5 Per una rassegna dei metodi di osservazione confronta Marcel Postic, Jean-Marie De Ketele, *Osservare le situazioni educative*, SEI, Torino, 1993
- 6 *Attribuire* è diverso da *delegare*. Benci afferma che «La letteratura internazionale ha definito l'attribuzione di compiti infermieristici al personale di supporto come delega. La sua definizione è trasferimento ad una persona competente, della autorità di eseguire un selezionato compito infermieristico, in una situazione selezionata. Nei nostri contesti assistenziali l'uso del termine delega, se connotato da accezione giuridica, non è appropriato in quanto presuppone che l'attribuzione di incarichi venga realizzata sempre per iscritto e che comporti il "reale trasferimento dei poteri decisionali al delegato". Nel caso specifico di assegnazione di compiti dall'infermiere all'operatore di supporto, difficilmente tale attribuzione avviene per iscritto, poiché ciò non sarebbe funzionale da un punto di vista organizzativo. Inoltre, l'infermiere assegna unicamente lo svolgimento di operazioni manuali che, per definizione, non devono comportare l'applicazione di un ragionamento diagnostico e quindi di un processo decisionale. Per questi motivi possiamo affermare che nei nostri contesti assistenziali, laddove la letteratura internazionale parla di delega, è opportuno parlare di attribuzione di compiti.» CFR Luca Benci, *L'Operatore Socio Sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica*, Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie, n. 3, 2001, p. 219.
- 7 Interessante da questo punto di vista è il lavoro pubblicato da Saiani e Franceschini concernente il dibattito negli USA sull'attribuzione delle attività assistenziali e i cinque criteri elaborati dal *National Council of Board of Nursing* per decidere l'attribuzione. I cinque criteri irrinunciabili, che devono essere soddisfatti dal professionista nell'identificazione delle attività attribuibili all'operatore di supporto, sono, secondo il National Council of state Board of Nursing: «il giusto compito, cioè un'attività ritenuta appropriata in base alle condizioni dell'utente, alla complessità del compito, alla capacità del delegato e alla qualità della supervisione che l'infermiere deve garantire; le giuste circostanze: la valutazione non va limitata al paziente ma si deve tenere conto anche delle circostanze, dei materiali disponibili, dell'ambiente oltre che dei regolamenti e delle politiche statali e aziendali; le giuste persone: si deve tenere conto del livello di preparazione della figura a cui si delega l'attività, ma anche del livello del singolo operatore; le giuste istruzioni e la buona comunicazione, una comunicazione efficace, cioè messaggi chiari e precisi cosa fare, come, perché, in che tempi e un ascolto attento, sono la base del successo della delega; la giusta supervisione e valutazione: si deve valutare sia la performance dell'operatore sia la risposta della persona assistita.» CFR Enrico Malinverno, *L'infermiere e l'Operatore Socio Sanitario: un progetto d'integrazione organizzativa*, Tutor, Volume 7, n. 2, 2007, p. 115
- 8 Jean-Jacques Guilbert, *Guida Pedagogica Per Il Personale Sanitario*, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, 2002.
- 9 Giacomo Martielli, *Moralità, socialità, legalità – per una progettualità formativa*, Viverein, Monopoli, 2009, p. 54.
- 10 Per approfondire la differenza tra gruppo e gruppo di lavoro e l'evoluzione nelle organizzazioni dal gruppo al gruppo di lavoro, CFR: Gian Piero Quaglini, Sandra Casagrande, Anna Maria Castellano, *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992.
- 11 Marcel Postic, Jean-Marie De Ketele, Op. cit., p. 10.
- 12 Guido Petter, *Il mestiere di insegnante*, Giunti, Firenze, 2006.
- 13 Benedetto Vertecchi, "La valutazione nel sistema scolastico", in Giuditta Alessandrini (a cura di), *Le funzioni della valutazione*, Maggioli Editore, Rimini, 1987, p. 62.
- 14 Donald A. Schön, *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari, 1993.
- 15 Giacomo Martielli, Op. cit., cap. II.
- 16 Leonardo Verdi Vighetti, *Competenze vs prestazioni: ipotesi di soluzione di un'aporìa*, in «Quaderni Formazione & Lavoro», Dicembre 2007, pp. 31-52.
- 17 Mario Castoldi, *Apprendimento, insegnamento, valutazione quali relazioni?*, Indire, 2007 reperibile in <http://www.cdviadana.it/aggiornamento.htm>
- 18 Ivi.

verificare il livello di padronanza del soggetto, oggi si evidenzia che per cogliere "l'iceberg della competenza" nella sua complessità "è necessario dotarsi di modalità e strumentazioni attraverso cui andare "sotto la superficie dell'acqua" e sondare le componenti soggettive interne del processo di apprendimento dell'individuo"¹⁷. In tale prospettiva, uno strumento di valutazione delle prestazioni dei tirocinanti ha senso solo se utilizzato

assieme ad altri strumenti di valutazione, che consentano di restituire le diverse componenti della competenza e non solo quelle osservabili. «La rilevazione di una realtà complessa - scrive Mario Castoldi - richiede l'attivazione e il confronto di più livelli di osservazione per consentire una ricostruzione articolata e pluriprospectica dell'oggetto di analisi. Non è sufficiente un unico punto di vista (...) occorre osservarlo da molteplici prospettive e tentare

di comprenderne l'essenza attraverso il confronto tra diversi sguardi che esercitiamo, la ricerca delle analogie e delle differenze che li contraddistinguono (...). Il rigore della valutazione consiste proprio nella considerazione e nel confronto incrociato tra le diverse prospettive»¹⁸. Solo così è possibile evitare il rischio di ridurre la complessità e individuare una serie di strumenti che permettano di "abitarela". ■

Metodologie e strumenti

Scheda 1: le tre macro aree di attività dell'OSS.

(PAG 1/4)

Macro area 1: bisogni primari			
Area	Sotto-area	Griglia	Competenze
1. Igiene	Igiene del viso	1.1. Igiene occhi	Essere in grado di assicurare l'igiene degli occhi
		1.2. Igiene naso	Essere in grado di assicurare l'igiene del naso
		1.3. Igiene cavo orale	Essere in grado di assicurare l'igiene del cavo orale
	Igiene del corpo	1.4. Igiene torace	Essere in grado di assicurare l'igiene del torace
		1.5. Igiene perineale dell'uomo	Essere in grado di assicurare l'igiene perineale dell'uomo
		1.6. Igiene perineale della donna	Essere in grado di assicurare l'igiene perineale della donna
		1.7. Igiene piedi	Essere in grado di compiere un pediluvio
2. Alimentazione		1.8	Essere in grado di somministrare le diete in base ai livelli di autonomia del paziente
3. Movimento		1.9	Essere in grado di favorire la mobilitazione del paziente allettato (1 operatore)
		1.10	Essere in grado di favorire la mobilitazione del paziente allettato (2 operatori)
		1.11	Essere in grado di trasferire il paziente dal letto alla sedia a rotelle – poltrona (1 operatore)
		1.12	Essere in grado di trasferire il paziente dal letto alla sedia a rotelle – poltrona (2 operatori)
		1.13	Essere in grado di trasportare il paziente in carrozzella
		1.14	Essere in grado di trasportare il paziente in barella
4. Eliminazione urinaria e intestinale		1.15	Essere in grado di favorire l'eliminazione urinario/fecale a letto
		1.16	Essere in grado di applicare il <i>condom</i>
5. Ricomposizione della salma		1.17	Essere in grado di ricomporre una salma
Macro-area 2: comfort di igiene e sicurezza negli ambienti di cura			
Area		Griglia	Competenze
6. Sanificazione unità di degenza		2.1	Essere in grado di sanificare l'unità di degenza
		2.2	Essere in grado di gestire la biancheria pulita
7. Gestione biancheria		2.3	Essere in grado di gestire la biancheria sporca
8. Stoccaggio, trasporto e smaltimento rifiuti		2.4	Essere in grado di effettuare stoccaggio, trasporto e smaltimento dei rifiuti
9. Trasporto del materiale biologico sanitario e dei campioni per gli esami diagnostici		2.5	Essere in grado di trasportare il materiale biologico e i campioni per gli esami diagnostici
10. Rifacimento letto		2.6	Essere in grado di rifare il letto vuoto
		2.7	Essere in grado di effettuare il rifacimento di un letto occupato
11. Preparazione materiale da sterilizzare		2.8	Essere in grado di preparare il materiale da sterilizzare
Macro-area 3: procedure sanitarie			
Area		Griglia	Competenze
12. Piccole medicazioni non chirurgiche		3.1	Essere in grado di fare piccole medicazioni non chirurgiche
13. Rilevazione temperatura		3.2	Essere in grado di rilevare la temperatura ascellare
14. Misurazione glicemia		3.3	Essere in grado di misurare le glicemia attraverso puntura cutanea

A cura di **Maria Antonietta Griseta, Maria Stella Montanaro, Giuseppe Notarnicola.**

(PAG 2/4)

Scheda 2: esempio di *checklist*.

Macro area 2: Comfort di igiene e sicurezza negli ambienti di cura.

Area 10: Rifacimento letto.

Griglia 2.7 - Essere in grado di effettuare il rifacimento di un letto occupato (2 operatori).		
Passi critici	Livello di padronanza dimostrato nel singolo passo	Errore rilevato
1. Preparazione del materiale (carrello della biancheria pulita, carrello della biancheria sporca, guanti monouso).	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
2. Lavarsi le mani e indossare i guanti.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
3. Informare e spiegare la procedura al paziente e invitarlo ad assumere la posizione più idonea.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
4. Avvicinare il carrello della biancheria.*	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
5. Porre una sedia in fondo al letto per appoggiarvi biancheria da riutilizzare, coperte e cuscini	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
6. Se le condizioni dell'assistito lo consentono, posizionare il letto in orizzontale e lasciare un solo cuscino.*	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
7. Scalzare le coperte e le lenzuola, ripiegarle e disporle sulla sedia, eccetto il lenzuolo superiore scalzato che viene lasciato per mantenere coperto l'assistito.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
8. Aiutare la persona ad assumere la posizione laterale, mantenendola coperta e facendo attenzione che anche la testa sia ben sostenuta.*	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
9. L'operatore verso il quale la persona è rivolta deve: sostenere il corpo della persona mantenendo una mano in corrispondenza della spalla e una in corrispondenza dei fianchi, parlare con la persona e rassicurarla.*	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
10. L'operatore alle spalle della persona deve: arrotolare traversa, telo impermeabile, lenzuolo di sotto fino a portarli a contatto con il dorso dell'assistito; distendere il lenzuolo pulito, rimboccandolo e facendo gli angoli dal lato esterno, e arrotolare quello interno fino al dorso dell'assistito; eseguire la stessa operazione per telo impermeabile e/o traversa.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
11. Aiutare la persona a girarsi sul lato opposto.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
12. L'operatore alle spalle della persona deve: rimuovere la biancheria sporca e introdurla immediatamente nell'apposito sacco, distendere con delicatezza, per evitare trazione e sfregamento sulla cute della persona, ma molto accuratamente, il lenzuolo di sotto, controllando che non vi siano pieghe; ripetere la stessa operazione per telo impermeabile e/o traversa impermeabile; rimboccare la biancheria e confezionare gli angoli.*	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
13. Aiutare l'assistito ad assumere la posizione supina; se necessario sollevare la testata del letto.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
14. Abbassare il lenzuolo superiore fino alla vita della persona, distendere sul petto il lenzuolo superiore pulito facendolo scorrere verso il basso, mentre contemporaneamente si rimuove quello sporco.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
15. Rimboccare in fondo il lenzuolo superiore e/o la coperta di lana, il copriletto.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
16. Cambiare le federe e sistemare i cuscini secondo la posizione da assumere.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
17. Riferire all'infermiere del rifacimento del letto.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Criteri di valutazione:	Punteggio ottenuto:	
-2: Comportamento non presente	<p>Si ottiene sommando algebricamente i valori relativi al livello di padronanza dimostrato nel singolo passo.</p>	
-1: Comportamento presente ma non completo		
1: Comportamento presente e completo		
2: Comportamento presente, completo e autonomo		
<p>Per gli <i>item</i> contrassegnati con l'asterisco (*) è necessario raggiungere un punteggio non inferiore a 1. Nel caso in cui tale punteggio non venga raggiunto la procedura in esame non sarà considerata valida.</p> <p>Soglia di accettabilità: 8</p> <p>(punteggio minimo al di sotto del quale la prestazione non è accettabile)</p>		

Scheda 3: esempio di *checklist*.

Macro-area 3: Procedure sanitarie.

Area 14: Rilevazione della glicemia.

Griglia 3.3: Essere in grado di rilevare la glicemia attraverso puntura cutanea.

Passi critici	Livello di padronanza dimostrato nel singolo passo	Errore rilevato
1. Preparazione del materiale (apparecchio destro stick, lancette, penne, cotone idrofilo, disinfettante)	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
2. Lavarsi le mani e indossare i guanti.*	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
3. Informare e spiegare la procedura al paziente.*	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
4. Inserire la striscia reattiva nell'apparecchio e controllare il codice.*	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
5. Scegliere il dito che deve essere punto, massaggiarlo delicatamente.*	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
6. Disinfettare l'area della puntura e assicurarsi che sia perfettamente asciugata.*	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
7. Rimuovere la protezione della lancetta o dalla penna per la puntura e pungere il dito prescelto.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
8. Asciugare la goccia iniziale di sangue con un batuffolo di cotone.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
9. Premere l'area della puntura delicatamente, o massaggiare la pelle attorno al dito per ottenere una consistente goccia di sangue.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
10. Far cadere la goccia di sangue sulla striscia reattiva e tamponare con il batuffolo.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
11. Leggere il risultato trascrivendo sullo strumento operativo e riferirlo all'infermiere.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
12. Pulire e riordinare il materiale utilizzato.	-2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Criteri di valutazione:	Punteggio ottenuto:	
-2: Comportamento non presente		
-1: Comportamento presente ma non completo		
1: Comportamento presente e completo		
2: Comportamento presente, completo e autonomo		
Per gli <i>item</i> contrassegnati con l'asterisco: (*) è necessario raggiungere un punteggio non inferiore a 1. Nel caso in cui tale punteggio non venga raggiunto la procedura in esame non sarà considerata valida.		
Soglia di accettabilità: 12 (punteggio minimo al di sotto del quale la prestazione non è accettabile)		Si ottiene sommando algebricamente i valori relativi al livello di padronanza dimostrato nel singolo passo.

Scheda 4: griglia riepilogativa.

(PAG 4/4)

Studente		Area 1: bisogni primari										Area 2: comfort di igiene e sicurezza negli ambienti di cura										Area 3: procedure sanitarie			Voto complessivo
Nome	Cognome	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	...	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	3.1	3.2	3.3		
1.																									
2.																									
3.																									
4.																									
5.																									
6.																									
7.																									
8.																									
9.																									
10.																									
11.																									
12.																									
...																									
Voto media griglia																									

Legenda	Al di sotto della soglia di accettabilità	Pari alla soglia	Un punto in più della soglia	Due punti in più in poi
Voto	5	6	7	8

Comprendere la figura dell'OSS a partire dal suo percorso formativo. I risultati di una ricerca.

Giovanna Sonda

Ricercatrice
esperta di politiche pubbliche
e welfare

Il presente articolo presenta una sintesi ragionata dei principali risultati della ricerca condotta dall'Istituto Regionale Studi e Ricerca Sociale (IRSRS) di Trento, dal 2005 al 2011, sulla formazione e sugli sviluppi professionali dell'OSS¹.

La ricerca può essere letta come un bilancio della propria attività formativa a partire dal 2001 con l'istituzione della figura dell'Operatore Socio Sanitario (OSS)², ma anche come un'occasione di riflessione sulla formazione e sulle prospettive professionali dell'OSS.

Lo studio, infatti, ha indagato come vengono impiegate le competenze di questa figura professionale e raccoglie suggerimenti di carattere formativo e organizzativo.

Sono stati presi in esame, in particolare modo, l'ambito delle residenze sanitarie assistenziali (RSA) e dei servizi di assistenza domiciliare (SAD), dove l'assistenza di base è affidata principalmente all'OSS.

Questa scelta ha permesso di valutare come vengono impiegate le competenze dell'Operatore Socio Sanitario e di raccogliere le considerazioni degli enti rispetto al profilo e alla formazione dell'OSS.

In sintesi la ricerca intendeva rispondere ai seguenti interrogativi:

- Come è valutato il tirocinio in termini formativi e organizzativi?
- Quali criticità incontra l'OSS nell'esercizio della professione?
- Che rapporto c'è tra le competenze acquisite durante il corso e la loro applicazione nei diversi ambiti lavorativi?
- Quali esigenze e suggerimenti emergono dagli enti e dagli operatori?

Sulla base di questi interrogativi l'indagine ha restituito un quadro aggiornato e organico della formazione dell'OSS, che potrà essere uno spunto di riflessione sul futuro di questa professione.

Aspetti metodologici della ricerca

La ricerca è stata condotta attraverso una serie di *focus group* e interviste in profondità ai soggetti coinvolti nella formazione (studenti, tutor, coordinatori degli enti coinvolti nei tirocini³).

Lo studio ha permesso di ricostruire e mettere in luce l'articolazione di questo percorso formativo e l'importanza del coordinamento tra i diversi attori coinvolti nella formazione dei futuri OSS. Dal confronto e dalla ricomposizione delle testimonianze dei diversi *stakeholders* è stato possibile dar forma ad una sintesi organica dei punti di forza, delle criticità

L'Istituto Regionale di Studi e Ricerca Sociale di Trento presenta una riflessione sulla formazione e sugli sviluppi professionali dell'OSS, commentando i risultati di un'indagine condotta nell'arco di sei anni, dal 2005 al 2011, per valutare in quale misura il percorso formativo che porta alla qualifica degli OSS si concilia con i cambiamenti del contesto professionale, in particolare nelle residenze sanitarie assistenziali e nel servizio di assistenza domiciliare.

e delle prospettive di sviluppo del corso per OSS. Le varie posizioni infatti si completano a vicenda e offrono un quadro piuttosto articolato e dettagliato della formazione che il corso offre.

Ad esempio, mentre gli studenti hanno potuto esprimersi maggiormente sugli aspetti organizzativi del corso, sul tirocinio, sull'equilibrio tra teoria e laboratori, gli OSS che hanno frequentato la scuola dell'IRSRS hanno potuto testimoniare anche della loro esperienza lavorativa successiva al corso e aggiungere dunque un elemento valutativo di grande interesse, ovvero il ruolo del corso nella futura collocazione lavorativa e il livello della preparazione ricevuta in rapporto a quanto richiesto dalle strutture. Allo stesso modo le testimonianze dei coordinatori sono state molto importanti per acquisire un punto di vista esterno, sia per quanto riguarda la gestione dei tirocini, sia per quanto riguarda la valutazione degli studenti e degli OSS formati all'IRSRS.

La valutazione del tirocinio: quale utilità, qualità ed efficacia?

Il tirocinio costituisce parte integrante dell'intero percorso (700 ore su 1400 complessive). Oltre alla rilevanza numerica, il tirocinio è ritenuto cruciale anche da un punto di vista qualitativo. Si tratta infatti di un'esperienza fondamentale per mettere in pratica gli aspetti teorici affrontati in aula; per misurarsi con le realtà organizzative e le loro diverse modalità di lavoro e per mettersi alla prova con le problematiche degli utenti.

Se andiamo a recuperare le testimonianze degli OSS che hanno studiato all'IRSRS, una delle prime riflessioni riguarda proprio il peso del tirocinio nelle future scelte lavorative. L'esperienza avuta nel tirocinio, anche quando piuttosto forte o negativa, non va ad escludere completamente certi ambiti

lavorativi. Si è osservato, infatti, che l'influenza che il tirocinio esercita nelle scelte lavorative, pesa soprattutto a livello di aspettative o di pregiudizi con cui si affronta poi l'ingresso nel mondo del lavoro, ma non pregiudica completamente la scelta di un determinato settore. Probabilmente gli studenti riescono a contestualizzare il tirocinio e la struttura in cui sono stati e a riconoscere che una breve esperienza può non rispecchiare completamente il funzionamento di una struttura e che ciascuna realtà organizzativa ha regole e ritmi propri che non possono essere generalizzati ad altre strutture.

In particolare, il tirocinio in RSA è risultato più ostico della successiva esperienza lavorativa, mentre, per quanto riguarda il contesto domiciliare, il problema maggiore è stato il venir meno di una dimensione d'équipe e il trovarsi a diretto contatto con l'utente senza il supporto del tutor e, in molti casi, senza un gruppo di operatori con cui confrontarsi.

Una considerazione su cui concordano sia gli OSS⁴, sia i coordinatori, riguarda l'utilità della preparazione all'esperienza del tirocinio, non tanto a livello teorico, quanto per introdurre al tipo di esperienza che si andrà ad affrontare in modo da sfatare pregiudizi, luoghi comuni o aspettative che possono influire sul rapporto col personale e con i pazienti.

La gestione del tirocinio è resa complessa dalla necessità di coordinare persone e situazioni diverse:

- gli studenti e le loro esigenze formative,
- gli utenti e la qualità del servizio,
- i supervisori e la loro *routine* lavorativa.

Supervisori e tutor sono soggetti fondamentali nel tirocinio. In particolare i tutor rappresentano un'interfaccia tra lo studente e i supervisori degli enti, ma anche una figura ponte tra la scuola e gli enti. In tal senso la figura del tutor si configura come una sorta di membrana che dovrebbe facilitare la

comunicazione tra due realtà altrimenti separate. Da una parte il tutor condivide con l'ente (coordinatori e supervisori) gli obiettivi della scuola e le competenze che lo studente dovrebbe acquisire nel tirocinio, dall'altra riporta alla scuola alcune dinamiche delle realtà organizzative che altrimenti rimarrebbero sconosciute. Questo doppio flusso di informazioni dovrebbe aiutare entrambi a definire il percorso di tirocinio e a correggere le aspettative degli studenti rispetto alle diverse realtà professionali.

Dal profilo alla pratica: gli OSS nell'esercizio della professione

Nonostante l'Accordo Stato-Regioni del 2001 abbia definito il profilo dell'OSS e la Provincia Autonoma di Trento abbia ulteriormente specificato le competenze e i compiti affidati a questa figura, attualmente rimangono ancora margini di discrezionalità nell'impiego degli operatori nelle diverse strutture socio-sanitarie e nei reparti ospedalieri.

La discrezionalità nell'impiego è da ricondursi alla specificità dell'organizzazione interna di ciascuna struttura, tuttavia è emersa una differenza sostanziale tra i contesti delle RSA e l'Ospedale. Questa differenza è stata unanimemente attribuita al diverso grado di autonomia degli utenti, generalmente scarsa o nulla negli ospiti delle RSA, e coincide perfettamente con la testimonianza di una coordinatrice di RSA che giustifica la sua difficoltà di affidare certe mansioni agli OSS proprio per la prevalenza di ospiti non autosufficienti e per la carenza di organico della struttura.

Gli ospiti delle RSA richiedono un maggior lavoro di assistenza da parte dell'OSS, che ha così meno possibilità di spendere le proprie competenze sanitarie. Si viene così a creare una divisione dei ruoli e delle attività tra OSS e infermieri, che tende a ridurre gli spazi di

collaborazione. Poiché in un contesto di RSA le attività svolte dal personale infermieristico rientrano in parte tra le competenze sanitarie acquisite dall'OSS, si creano inevitabilmente delle situazioni di "concorrenza di ruoli" che si risolvono o attraverso una delega di funzioni, di cui però l'OSS si sente pienamente titolare, o in una separazione delle mansioni che attribuisce all'OSS solo l'assistenza di base.

Nelle unità operative ospedaliere, nonostante le specificità legate alla tipologia dell'utente e all'organizzazione interna, è stato evidenziato un maggior lavoro d'équipe tra infermieri e OSS che permette agli Operatori Socio Sanitari di sperimentare un maggior equilibrio tra la parte assistenziale e quella sanitaria.

Dai *focus group* si sono venuti a delineare due profili operativi: uno tipico dei contesti di RSA e l'altro del contesto ospedaliero le cui principali caratteristiche sono riassunte nella **tabella 1**.

Se tuttavia gli studenti, in base ai tirocini e alle loro esperienze lavorative⁵, ritengono che in ospedale il loro ruolo sia maggiormente valorizzato, sono tutti concordi nel ritenere ugualmente importante e qualificante l'attività di assistenza di base e quella a supporto del personale medico e/o infermieristico. In particolare, trovano soddisfazione dalla relazione che riescono ad instaurare con i pazienti e attribuiscono un ruolo cruciale all'attività di intermediazione tra paziente e familiare e tra familiari e medici/infermieri. Più in generale sono consapevoli che l'utilità della professione consiste nel prendersi cura della persona in senso ampio, non esclusivamente sotto il profilo sanitario. Per questo anche le dimensioni di cura e di assistenza contribuiscono alla percezione positiva della professione.

La scarsa chiarezza del ruolo dell'OSS non si limita ai contesti di RSA e ambiente ospedaliero, ma investe anche il servizio domiciliare; in particolare nei rapporti con l'utente e i familiari. Si tratta

TABELLA 1

Confronto tra contesti lavorati RSA e Ospedale.

RSA	OSPEDALE
Prevalenza delle funzioni assistenziali sugli interventi sanitari e centralità delle competenze relazionali	Completezza del ruolo: espressione delle competenze assistenziali e sanitarie
Punto di riferimento per utente e familiari. Possibilità di sviluppare una continuità nei rapporti, vista la situazione di residenzialità	Minore visibilità della figura dell'OSS
Maggiore assistenza di base perché gli utenti non sono autosufficienti	Possibilità di spendere competenze sanitarie perché gli utenti sono autosufficienti
Divisione dei ruoli	Lavoro d'équipe
Attività concorrenti	Attività complementari

di una situazione particolarmente delicata poiché in questo caso l'operatore si trova in casa dell'utente e se manca il riconoscimento della sua professione si possono verificare delle chiusure che rendono la relazione più difficile, come si legge da queste testimonianze:

"perché capiscono chi è l'infermiere, sanno cosa si possono aspettare dall'infermiere, o dal medico. Ma dall'OSS non è chiaro. Io parlo per esempio per i familiari".

"purtroppo di tutto quello che abbiamo fatto in due anni non ci serve tutto, anche perché comunque purtroppo è provato, te lo dicono diversi utenti, tu sei la donna delle pulizie".

Dal focus con gli ex studenti emerge chiaramente che, a fronte di una preparazione omogenea, RSA e domiciliare mettono in campo competenze diverse (riassunte nella **tabella 2**).

Se confrontiamo questa tabella con la precedente, che metteva a confronto la situazione delle RSA con l'Ospedale, osserviamo il delinearsi di tre distinti modelli lavorativi in cui i compiti dell'OSS variano notevolmente, non solo per le

competenze messe in atto in ciascuna tipologia di servizio, ma anche per le modalità di lavoro e il livello di integrazione dell'OSS con le altre figure professionali.

La difficoltà di portare avanti un lavoro d'équipe in RSA è dovuta principalmente ai ritmi di lavoro serrati, alla scarsità di personale, alla cultura organizzativa dell'ente, ma anche alla tipologia di utenti che, essendo sempre meno autosufficienti, assorbe il personale nelle funzioni di assistenza di base. L'insieme di queste variabili crea una situazione complessa che limita anche la possibilità di dedicare agli ospiti attenzione e ascolto e di stimolare una loro autonomia psico-fisica.

Anche le valutazioni relative all'ambito domiciliare chiamano in causa delle questioni di tipo organizzativo. Nel domiciliare l'esercizio delle funzioni sanitarie è fortemente limitato per la mancanza di una struttura di sostegno all'operatore. Il profilo, infatti, prevede che l'OSS possa collaborare in molte attività di carattere sanitario, ma questa dicitura implicitamente intende che

TABELLA 2

Confronto tra contesti lavorati RSA e Servizio domiciliare.

RSA	OSPEDALE
Poco tempo per la relazione con l'ospite dovuto ai ritmi lavorativi	Possibilità di dedicare molto tempo alla persona
Divisione dei ruoli, scarso lavoro d'équipe	Maggiore responsabilità nella gestione dell'ospite
Messa in campo di una buona parte delle competenze acquisite (anche se principalmente nella parte relazionale e di assistenza di base)	Limitata realizzazione professionale
Supporto da parte dell'ente, presenza di colleghi	Senso di solitudine
Confusione sul ruolo dell'OSS da parte dei familiari	Scarso riconoscimento della figura OSS da parte dei familiari
Attività concorrenti	Attività complementari

l'OSS autonomamente non può occuparsi di quelle attività se non in collaborazione con il personale sanitario⁶.

Come i coordinatori di territorio sia i supervisori, sia gli ex studenti, sottolineano il *gap* tra la preparazione del corso (in termini di competenze e di aspettative) e le mansioni svolte. Ad esempio, viene sottolineata la mancanza di un'analisi e di una condivisione periodica sulla situazione dell'utente, diversamente da quanto viene insegnato al corso e da quanto avviene nei contesti di RSA, dove la capacità di osservazione, la registrazione dati, il passaggio di consegne, sono parte integrante dei compiti di un OSS.

Questa confusione sul ruolo dell'OSS non si limita solo al rapporto con utenti e familiari, ma incide anche nella percezione del lavoro.

Mentre per i tirocinanti e gli OSS il profilo rappresenta il *vademecum* a cui attenersi, tutor e coordinatori hanno un diverso modo di intendere il profilo e di renderlo 'operativo' nell'attività lavorativa. Per loro il profilo rappresenta un orientamento, da integrare nella cultura organizzativa dell'ente e nella prassi lavorativa. Ad esempio, in una situazione di forte integrazione tra figure professionali, la netta distinzione di ruoli tra un operatore e un infermiere viene a cadere, come si legge chiaramente nella testimonianza di questo coordinatore:

"C'è un lavoro d'équipe fortissimo, talmente incanalato che capire dove finiscono le competenze dell'uno e dove iniziano quelle dell'altro non è evidente, non c'è un taglio netto. [...] Quindi la competenza non è più così prettamente orientata alle attività di assistenza di base ma si sta sempre più spostando su varie forme di approccio a seconda del bisogno".

Questo modo di intendere il lavoro di assistenza mette in crisi l'esigenza di studenti e operatori di avere chiarezza sul loro profilo e apre una riflessione

importante sui diversi modi in cui il profilo può venire applicato, sulle forme migliori per valorizzare le diverse figure e per dare un servizio di qualità agli utenti.

Il ruolo della cultura organizzativa e della gestione del personale nello svolgimento della professione

Per capire meglio le ragioni della scarsa integrazione tra il profilo socio-assistenziale e quello sanitario è necessario addentrarsi nelle strutture e capire la loro organizzazione interna, la complessità di gestire figure professionali diverse che lavorano a turno. In altre parole, la cultura organizzativa e la gestione del personale e dell'utenza incidono notevolmente sulla possibilità di valorizzare gli Operatori Socio Sanitari.

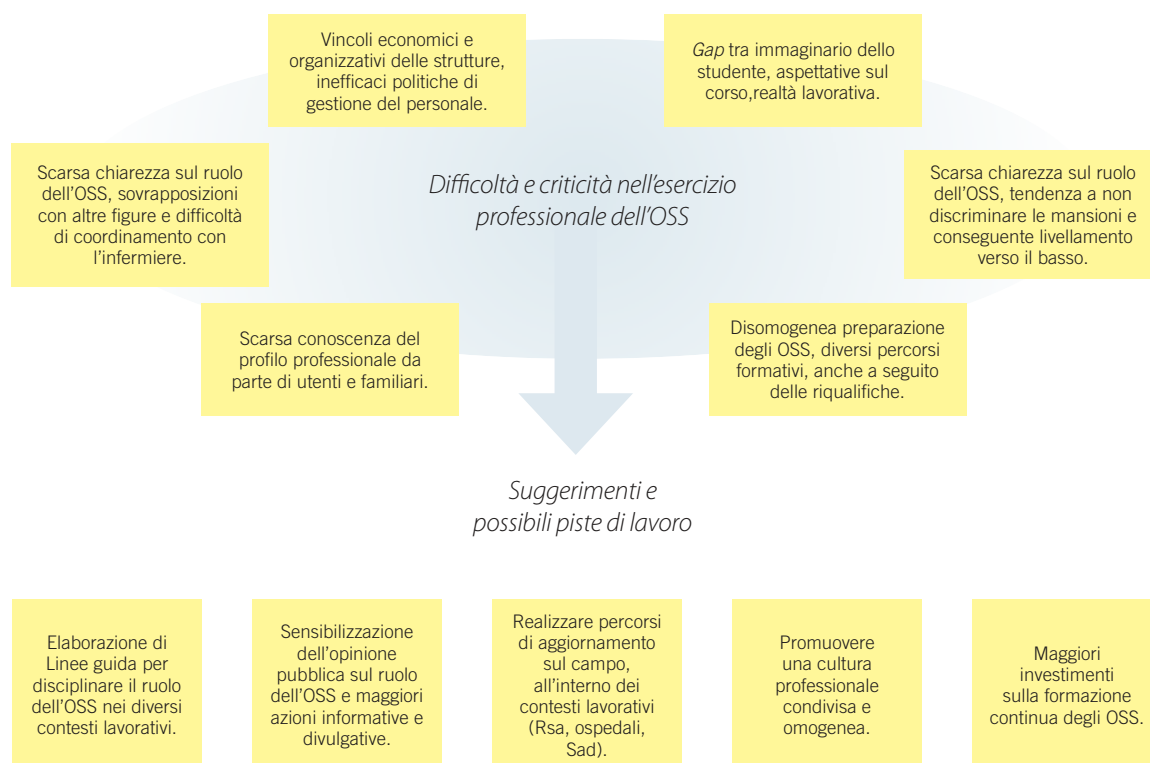
Tra gli aspetti organizzativi rientrano il sottodimensionamento del personale e la sovrapposizione di alcune mansioni tra OSS e infermiere, specie nelle

RSA. In particolare, uno dei problemi che è stato più volte sollevato dagli operatori è la difficoltà di collaborare con le altre figure, perché ciascuno segue uno schema legato al proprio *background* formativo. La settorialità dell'intervento e la separazione dei ruoli si ripercuote sulla qualità del servizio e rischia di demotivare l'operatore che vede realizzata una parte molto limitata delle sue competenze.

Un altro elemento di criticità nella valorizzazione degli OSS riguarda la loro disomogenea preparazione che rende difficile per l'ente⁷ poter affidare determinate mansioni senza discriminare. I coordinatori lamentano una notevole differenza tra la preparazione dei riqualificati e quella delle persone che hanno svolto per intero il corso e hanno quindi una formazione completa sia sul fronte teorico, sia su quello pratico attraverso il tirocinio. Di conseguenza, ritengono di non poter affidare automaticamente le competenze sanitarie ad un OSS senza verificare effettivamente le sue capacità. Per evitare di complicare ulteriormente la gestione

FIGURA 1

I processi di lavoro. Rappresentazione delle attività funzionali al raggiungimento degli obiettivi del progetto.



dei turni e per non cadere nella discrezionalità di affidare ad alcuni OSS delle competenze sanitarie e ad altri solo quelle assistenziali, molti coordinatori rinunciano completamente alle competenze sanitarie dell'OSS, dando luogo ad un livellamento verso il basso. In sintesi, le potenzialità professionali dell'OSS sono chiaramente descritte nell'Accordo Stato-Regioni del 2001 e nei decreti provinciali⁸, ma attualmente l'attuazione del profilo OSS sembra condizionato da alcuni problemi:

- gap tra l'immaginario degli studenti, le aspettative legate al corso e la realtà lavorativa;
- poca chiarezza degli enti sul ruolo dell'OSS;
- poca conoscenza della figura dell'OSS da parte di familiari e utenti;
- diverso percorso professionale

dell'OSS e dell'infermiere, che concorre a rendere difficile il rapporto tra queste due figure;

- situazioni di sovrapposizione e problemi di coordinamento tra OSS e infermiere;
- presenza di OSS con formazione diversa a causa delle riqualifiche;
- vincoli economici ed organizzativi delle strutture.

Riflessioni, osservazioni e suggerimenti

La riflessione che si può fare a partire da quanto emerso in questa ricerca è che l'integrazione e la valorizzazione dell'OSS necessitano di un ragionamento più ampio, che deve interessare e coinvolgere il sistema

formativo-lavorativo nel suo complesso, ovvero tutti gli attori istituzionali.

Attualmente l'inserimento degli Operatori Socio Sanitari varia considerevolmente nei diversi contesti lavorativi e la traduzione delle conoscenze in competenze spendibili non è affatto omogenea.

Ma non basta interrogarsi sulla corrispondenza tra la preparazione dell'OSS e le esigenze lavorative delle strutture, si tratta anche di interrogarsi sull'evoluzione di questa professione e sulle sue prospettive.

In questo senso la ricerca si pone come punto di partenza per una riflessione e una condivisione di obiettivi tra i soggetti interessati. Gli enti riconoscono alla scuola un ruolo non secondario nel veicolare un modello lavorativo attinente alle esigenze degli enti. Per questo

ritengono cruciale non solo l'investimento sulla preparazione degli studenti, ma anche un'attenzione specifica alla traduzione dei contenuti e all'immaginario che viene veicolato durante il corso, al fine di evitare uno scollamento tra la preparazione teorica e l'esperienza lavorativa.

Una proposta consiste nell'elaborazione di linee guida per disciplinare il ruolo dell'OSS nei diversi contesti lavorativi; limitare la discrezionalità di ciascun ente e rendere omogeneamente riconosciuto il profilo dell'OSS. Questa richiesta evidentemente più sentita dagli studenti e dagli OSS, potrebbe diventare un interessante argomento di discussione da affrontare con i coordinatori di struttura affinché le reciproche esigenze possano trovare un momento di confronto. In questo senso conoscere i vincoli organizzativi degli enti aiuta ad affrontare in modo più pragmatico il problema.

Un altro suggerimento che è emerso

dai *focus* è di far conoscere la figura dell'OSS, attraverso una campagna informativa rivolta sia alle persone che si affacciano a questa professione, sia in maniera più ampia ai cittadini perché conoscendo i compiti dell'OSS possano rivolgersi a loro senza pregiudizi o aspettative confuse.

Prospettive e possibili piste di lavoro

La riflessione sulle prospettive del corso OSS si è concentrata sul tema della formazione continua. Si è registrata una diffusa richiesta di occasioni di aggiornamento e di approfondimento legata sia al cambiamento dell'utenza, sia alla specificità di ciascuna struttura. Se il corso base ha il pregio di fornire una competenza articolata che può essere spesa in contesti lavorativi molto diversi, dall'altra parte le specificità dei vari ambienti professionali e la tipologia di utenti

richiedono una formazione più mirata e approfondita.

L'attenzione sulla formazione continua degli operatori risponde, da un lato, all'esigenza di aggiornare le procedure e la preparazione ricevuta, dall'altro, alla necessità di acquisire una preparazione adeguata ad affrontare situazioni nuove o particolarmente delicate, come l'approccio con patologie psichiche. In altre parole c'è una forte richiesta di aggiornamento e specializzazione sia da parte degli operatori, sia da parte dei coordinatori. Questi ultimi, infatti, ritengono che una buona preparazione assieme ad un elevato livello di motivazione siano fattori cruciali per mantenere alta la qualità del servizio e vivere bene il proprio lavoro. La formazione, dunque, incide sulla qualità del lavoro, sul clima lavorativo e, in ultima analisi, sulla qualità del servizio verso l'utente.

Il ruolo della formazione permanente è anche quello di promuovere una cultura professionale condivisa e omogenea, che permetta di superare le difficoltà legate alla compresenza di figure professionali con percorsi formativi e ruoli diversi.

In relazione alla riflessione sulla formazione continua degli operatori, sono emerse alcune indicazioni tra cui l'opportunità di iniziare a promuovere dei momenti formativi all'interno degli enti. I principali vantaggi della formazione sul campo sono:

- agevolare la partecipazione degli operatori,
- focalizzare il tema rispetto alle esigenze di quella determinata struttura,
- allargare la partecipazione anche ad altre figure per incentivare il lavoro d'équipe e svincolarsi dai limiti del ruolo.

Il problema delle risorse per finanziare la formazione degli operatori è stato evidenziato da tutti i coordinatori e rinvia a scelte che andrebbero concordate tra gli enti formativi, le strutture e gli organismi istituzionali finanziatori.

Note

1. La ricerca è stata condotta e coordinata da Giovanna Sonda, PhD, ricercatrice presso l'IRSRS dal 2005 al 2011. Si ringraziano Nicoletta Larcher e Giulia D'Alimonte per il loro supporto alla ricerca e Lara Deflorian e Orietta Fedrizzi per il supporto organizzativo.
2. Il profilo OSS viene introdotto nel 2000 con delibera provinciale n. 1643.
3. Sono stati realizzati un'intervista e tre *focus group*: due con i coordinatori di RSA (UPIPA e SPES) e uno con i coordinatori dei servizi domiciliari/centri diurni. Allo stesso modo anche per i supervisori sono stati realizzati due *focus group* distinguendo i contesti di RSA e SAD che presentano peculiarità e problematiche molto diverse. Hanno partecipato al *focus* nove studenti e nove operatori: cinque impiegati in RSA e quattro nei centri diurni. Sono stati coinvolti Operatori Socio Sanitari che hanno seguito il corso dell'IRSRS in anni diversi (da 2 a 5 anni fa) in modo da raccogliere testimonianze eterogenee e avere indicazioni rispetto all'evoluzione del corso.
4. Vale la pena ricordare che gli OSS sono portatori di una doppia testimonianza: quella del loro percorso formativo all'IRSRS e quella lavorativa. In tale veste si trovano a veder passare nella struttura in cui lavorano diversi tirocinanti, in alcuni casi addirittura ad affiancarli in veste di supervisori. Le loro testimonianze dunque tengono conto sia della loro esperienza di tirocinio, sia di quella degli studenti che ora si trovano a seguire.
5. Sei studenti su nove avevano precedenti esperienze lavorative in ambito di RSA come ausiliari.
6. Diversamente, la normativa della Regione Lombardia distingue diversi livelli di autonomia e collaborazione. L'OSS «opera in quanto agisce in autonomia rispetto a precisi e circoscritti interventi; coopera in quanto svolge solo parte delle attività alle quali concorre con altri professionisti (infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, dietologi, educatori professionali ecc.); collabora in quanto svolge attività su precise indicazioni dei professionisti». (DGR n. 8/5101/2007)
7. Nel servizio domiciliare e nei centri diurni la situazione è ancora diversa perché il compito dell'OSS è fortemente limitato a compiti di carattere assistenziale.
8. L'ultimo è il DGP n. 3020/2009, il precedente è il DGP n. 1643/2000.

Operatori Socio Sanitari e formazione: risorsa strategica in tempo di crisi (e di Europa)

Laura Visentin
CdA Kairos SpA,
Responsabile
settore socio-sanitario

Il progetto Forth nasce da alcune considerazioni frutto di una esperienza oramai ventennale per Kairos nella consulenza e nella formazione nel settore socio sanitario. È un settore dove le varie professionalità che lo caratterizzano sono determinanti per il buon esito del servizio erogato e dove la crescita e lo sviluppo delle competenze hanno felicemente subito una notevole accelerazione.

È innegabile come l'Operatore Socio Sanitario (da ora OSS) sia la figura professionale che più di altre incide nel determinare e far percepire la qualità del servizio erogato. Infatti, sia che si tratti di servizi domiciliari o di servizi residenziali, è l'OSS che direttamente interagisce con i clienti del servizio. Non usiamo a caso il termine cliente, a torto quasi sconosciuto nel settore dei servizi alla persona, dove si preferisce ancora parlare di utente.

Anziani, disabili, minori, famiglie sono invece i clienti dei servizi socio-assistenziali, che hanno diritto a ricevere un servizio del quale percepiscono e giudicano la qualità. Quest'ultima è basata principalmente – ma non solo, ovvio – sul valore delle prestazioni erogate dagli operatori che

quotidianamente in prima persona interagiscono, dialogano, assistono, si relazionano con più attori sociali: dalla persona assistita, alla sua famiglia, all'organizzazione di provenienza, ai soggetti committenti.

Nelle organizzazioni che operano nel *welfare*, in particolare in quelle che erogano servizi assistenziali residenziali, il personale addetto all'assistenza diretta all'ospite costituisce circa il 70% della forza lavoro e assorbe dal 65 al 75% delle risorse di bilancio.

Da quanto detto, è evidente che quello dell'Operatore addetto all'assistenza è un ruolo cruciale, critico, che mette in gioco le proprie competenze direttamente con la persona assistita, sia in ambito sociale sia sanitario.

Si relaziona con altre figure professionali quali medico, fisioterapista, infermiere, educatore e lo fa in una logica d'équipe, perché il Piano di Assistenza sulla persona assistita è per lo più multidimensionale. Inoltre, deve sapersi relazionare con la famiglia, elemento questo di grande delicatezza perché l'affetto per i propri familiari molto spesso si trasforma in una comprensibile invadenza, che tuttavia deve lasciare spazio all'intervento

Anziani, disabili, minori e famiglie sono i primi clienti dei servizi socio-assistenziali. Sono soggetti esigenti e capaci di valutare la qualità delle prestazioni ricevute, giudicando soprattutto la capacità dell'operatore di interagire e dialogare con la persona assistita, con la sua famiglia, e con la stessa organizzazione da cui proviene.

“

È necessario dotare gli OSS degli strumenti necessari per affrontare quotidianamente compiti delicati e spesso poco gratificanti in termini economici o di carriera. La formazione continua è uno strumento determinante per rigenerare motivazione, accrescere professionalità e migliorare gli standard del servizio, con evidenti vantaggi che ricadono tanto sul lavoratore, quanto sulle organizzazioni e sui clienti.

”

professionale. Ecco quindi che occorre dotare gli OSS degli strumenti necessari per affrontare quotidianamente questi compiti delicati e per lo più poco gratificanti in termini economici o di carriera.

Siamo convinti che la formazione continua sia ancora una volta uno strumento determinante per rigenerare motivazione, accrescere professionalità e migliorare gli standard qualitativi del servizio. Con vantaggi che evidentemente ricadono tanto sul lavoratore, quanto sulle organizzazioni di appartenenza e, non ultimo, sui clienti.

Si potrebbe obiettare che in una situazione di crisi, dove i tagli alla spesa pubblica e in particolare alla spesa sociale e sanitaria sono stati effettuati e recentemente ribaditi, la qualità sia un fattore di gestione assolutamente ridondante. Certo che sì, se la qualità è intesa come costo, come “sovrastruttura” burocratica o ancora come insieme di procedure a sé stanti. Ma se essa è invece concepita come sistema di gestione integrato, coerente e coeso con l'organizzazione, se è volta al monitoraggio dei processi e alla costante verifica dell'efficacia (e della linearità) delle attività e quindi alla prevenzione di costose duplicazioni nelle operazioni quotidiane, allora il giudizio si rovescia e la qualità diventa quell'elemento che contraddistingue le organizzazioni professionali e virtuose che sanno stare in un “mercato” sempre più incerto, dalle organizzazioni “casuali”. In tempo di crisi quindi, perseguire la qualità significa prevenire e gestire criticità. In sostanza, vuol dire attuare piccoli investimenti volti a minimizzare quando non evitare possibili onerosi inceppamenti.

Nei servizi socio assistenziali alla persona, orientare l'organizzazione alla qualità significa anche:

1) riconoscere la responsabilità degli

OSS nell'essere di fatto interfaccia con le persone assistite²,

2) comprendere, affrontare e anticipare il *burn out*, o gli altri rischi professionali,

3) prevedere piani formativi sia di aggiornamento, sia di sviluppo delle competenze trasversali tanto decisive nel rapporto con le persone assistite e i familiari. Pianificare percorsi formativi significa quindi prevenire situazioni di tensione e di potenziale conflitto, che in tempo di crisi si rivelerebbero ancor più costose.

Se a queste considerazioni si aggiungono alcune brevi analisi sulla possibile evoluzione del *welfare*, l'attenzione alla qualità del servizio – e a tutti i fattori che su questa incidono – assume rilevanza ancor maggiore.

Già in realtà sollecitato a profonde modifiche dalla legge n. 328/2000 in una logica di sussidiarietà, il sistema di *welfare* – o, meglio, i sistemi di *welfare* – dei nostri territori sono soggetti a profonda mutazione. Appare infatti inevitabile che le pubbliche amministrazioni debbano a breve riflettere e scegliere in merito a quanti e quali fabbisogni soddisfare attraverso le risorse pubbliche, e quanti e quali invece lasciare ad una scelta di libero mercato, attestandosi su un ruolo di regolatore dell'offerta attraverso sistemi di accreditamento³.

I modelli di accreditamento diventano quindi gli elementi regolatori dei sistemi nei quali vengono applicati. Oggi presenti in molte regioni d'Italia, essi di fatto definiscono standard organizzativi e strutturali, arrivando ad indicare i requisiti di base, le dimensioni qualitative e di efficienza tali da rendere una certa struttura idonea ad erogare servizi socio-assistenziali e ad operare sul mercato.

Ecco quindi delineate alcune ragioni

che spingono le organizzazioni che erogano servizi socio-assistenziali a riflettere e a pianificare azioni volte alla qualità. Ma anche in generale il sistema formativo a mettere in campo percorsi formativi che rispondano ai bisogni che abbiamo indicato, e che sono frutto certo dell'analisi di settore, ma ancor di più dell'ascolto di tanti interlocutori e attori del sistema.

E l'Europa? Sappiamo bene quanto le figure che operano nell'assistenza siano spesso protagoniste di esperienze di migrazione. Come sappiamo bene che noi stessi, soprattutto i giovani, saremo tanto più avvantaggiati nel lavoro e nei percorsi di carriera quanto più ci libereremo dai confini ed entreremo effettivamente in una dimensione transnazionale, dove i cervelli non fuggono, ma si intercettano. Ben vengano quindi percorsi di formazione continua fruibili anche in territori diversi o mirati ad acquisire competenze da spendere in altri paesi, che mirano a dotare i lavoratori in Italia o nei paesi partner di quelle competenze post qualifica che entrano in gioco nel contesto lavorativo.

Averle chiare e dotarsi di formazione continua pertinente, significa orientarsi ovunque a risultati positivi per l'organizzazione, per il lavoratore e per le persone assistite. Ecco perché oltre a Forth, esperienze come i progetti IQEA Evolution e IDECO – descritti in questo numero di «Formazione e Lavoro» da Giuseppe Paxia - hanno portato e stanno conducendo a percorsi formativi basati sul sistema Ecvet per il trasferimento, la capitalizzazione e il riconoscimento dei risultati dell'apprendimento, consentendo il trasferimento da un paese all'altro, e mantenendo integro, valido e spendibile il proprio percorso di studi nonché la validazione dell'apprendimento avvenuto in contesti non formali e informali. ■

TABELLA 1

Le attività e le competenze della figura professionale dell'Operatore Socio Sanitario.

Fonte: ISFOL Orientaonline - Tabella a cura di: Laura Visentin.

ATTIVITÀ	COMPETENZE
<p>Assistenza diretta e aiuto domestico alberghiero, in cui l'OSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - assiste la persona non autosufficiente anche a domicilio nelle attività quotidiane e di igiene personale e ambientale; - svolge semplici compiti di supporto diagnostico e terapeutico; - contribuisce al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione e al recupero funzionale della persona bisognosa; - compie attività di animazione e socializzazione per singoli e gruppi; - coadiuva il personale sanitario nell'assistenza dei malati terminali. - cura interventi igienico sanitari e di carattere sociale, dove collabora alla rilevazione dei bisogni dell'utente; - attua gli interventi assistenziali; - valuta (nell'ambito delle proprie competenze) gli interventi da proporre e ne verifica l'efficacia; - identifica linguaggi e sistemi di comunicazione appropriati alle condizioni in cui opera; - mette in atto relazioni d'aiuto con l'utente e la famiglia, volte all'integrazione sociale, al mantenimento e al recupero dell'identità personale; - fornisce supporto gestionale, organizzativo e formativo, e utilizza strumenti informativi per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio; - collabora alla verifica della qualità del servizio stesso; - concorre alla realizzazione dei tirocini e alla valutazione dei tirocinanti; - definisce i propri bisogni formativi e frequenta corsi di aggiornamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conosce le problematiche connesse alle principali tipologie di utenti, nonché le diverse fasi di elaborazione dei progetti d'intervento personalizzati. - Conosce gli strumenti per migliorare la relazione d'aiuto con i soggetti beneficiari, individuando le dinamiche più appropriate per rapportarsi con loro e sapendo, quando è necessario, coinvolgere differenti competenze tecniche. - Conosce le modalità di rilevazione e segnalazione dei problemi generali e specifici della persona bisognosa, nonché i rischi e le più comuni sindromi da prolungata immobilizzazione a letto. - Effettua semplici interventi di educazione alla salute, collabora con l'utente e la sua famiglia nel governo della casa, nell'igiene, nella preparazione e nell'aiuto all'assunzione dei pasti, seguendo le diete prescritte. - Rispetta le norme di raccolta, stoccaggio e trasporto del materiale biologico-sanitario e deve saper assistere l'utente nella cura dell'igiene personale, nella deambulazione, nell'assunzione corretta dei farmaci e nell'utilizzo di eventuali attrezzature.

Note

1. Iurlaro F., "Come gestisco il personale in RSA", in *Welfare Oggi. Cultura e gestione del sociale*, n. 6, 2011, Maggioli Editore.
2. Battistella A., "Qualità nelle strutture residenziali per anziani e costi di gestione crescenti", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, vol. 42, n. 2, 2012, pp. 6-11.
3. Spano P., Gruppo Ricerca Ires Veneto, *Qualità e trasparenza nei servizi*, pubblicazione di Joint Venture Sociale, Iniziativa Comunitaria Equal – PS IT-G2-VEN-029.

Paolo Verticchio
Educatore professionale

Formazione e responsabilità. Il futuro dell'Operatore Socio Sanitario in Italia

La qualifica professionale dell'OSS ha radici professionali profonde, ma ha vissuto una genesi travagliata che si riflette sul suo presente ancora incerto: il percorso formativo e di accesso al lavoro, per esempio, non sono uniformi in tutte le regioni. C'è ancora molto da fare e da decidere sul piano normativo per il pieno riconoscimento di questa professionalità.

Nel diritto inteso in senso giuridico, una legge è un atto normativo che pone principi e individua regole comportamentali all'interno di territori, in genere nazioni e quindi popolazioni.

Potremmo sostenere con una certa tranquillità che le leggi nascono o da un'esigenza di tipo meramente sociale, o da una protesta della collettività (pensiamo all'aborto o al divorzio), oppure – come accade nella maggioranza dei casi – da una futura esigenza che il legislatore prevede si possa manifestare all'interno di un'aggregazione e/o di un territorio.

In questa prospettiva – tralasciando le eccezioni di quest'ultimi tempi – potremmo ancora sostenere che la grande preponderanza delle leggi ha un seme di predittività: ossia prevede che, di lì a qualche tempo, si possa manifestare un'esigenza di natura sociale che presuppone la formazione di una nuova legge o l'istituzione di una nuova figura professionale, che la normativa nazionale andrà a regolamentare per il bene esclusivo della collettività (come nel caso che andiamo a indagare in questo articolo rispetto alla figura dell'Operatore Socio Sanitario, d'ora in poi OSS).

Le esigenze sociali sono quindi alla base e, di conseguenza, sono il fulcro di un tale ragionamento normativo. Spesso le

leggi, com'è giusto che sia, si modificano nel corso della storia del territorio in cui sono state emanate, vanno bene cioè per un'epoca e per un insieme di persone che in quel momento vivono quell'epoca e si modificano, generalmente in meglio, per quella successiva e/o per le esigenze e cambiamenti che quella successiva impone.

Il caso che tratteremo in questo breve articolo – la figura professionale dell'OSS – non sfugge, per usare un gioco di parole, in nessun modo a una tale "legge naturale" di evoluzione normativa. Vediamone un esempio concreto evidenziando la sua genesi.

La genesi della figura professionale dell'Operatore Socio Sanitario

Anticipata da un ampio dibattito tra i diversi addetti ai lavori e da varie modifiche di figure di operatori di supporto nel corso degli ultimi quarant'anni italiani, la qualifica dell'OSS così come la conosciamo oggi, si è sviluppata in principio all'interno del comparto sanitario. La sua origine la si può individuare, intorno alla fine degli anni sessanta, con la figura dell'Aiutante, più comunemente conosciuto come Portantino, istituito con il dpr n.

128/69. Egli aveva il compito per lo più di svolgere mansioni esecutive semplici, di pulizia dell'ambiente, trasporto materiale o comunque di prestazioni manuali quasi prive di ogni tipo, se non minimo, di responsabilità. Storicamente la figura dell'Ausiliario/Portantino svolgeva le sue mansioni all'interno degli Ospedali.

Con il Ccnl del 1979, circa una decina di anni dopo, venne istituito l'Ausiliario socio sanitario addetto *esclusivamente* alle mansioni di pulizia dell'ambiente ed inquadrato nel primo livello retributivo.

Qualche anno dopo, nel 1984, si avvertì la necessità di ampliare le competenze di tale figura (dpr n. 348/83) e, con un corso aggiuntivo di 300 ore, venne istituito l'Ausiliario socio sanitario specializzato che in definitiva svolgeva sempre le stesse mansioni del precedente, ma che era inquadrato al terzo livello retributivo, quindi con una maggiore se non proprio responsabilità, perlomeno considerazione salariale.

Emerse tuttavia anche all'epoca, come d'altronde oggi, l'esigenza di operatori che collaborassero direttamente con le professioni sanitarie, per un bisogno reale delle stesse (pensiamo all'infermiere) di essere sollevate sia da tutte quelle mansioni di diretta assistenza alla persona, d'igiene e di mobilitazione dei pazienti, sia dalle attività sanitarie fisse e alberghiere più in generale.

Venne così istituito, agli inizi degli anni novanta, con dpr n. 384/90 – DM n. 295/91, l'Operatore Tecnico addetto all'Assistenza (OTA). Tuttavia con i cambiamenti legislativi e organizzativi del sistema salute in generale, avvenuti negli ultimi quindici anni, è andata maturando la necessità di formare una nuova figura professionale, più versatile, capace di collaborare direttamente con gli infermieri e con gli altri professionisti della salute, e capace a sua volta di raggruppare tutte le competenze delle varie figure che si erano andate creando fin lì e che svolgevano le loro attività all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, quindi OSA, ATA, OTA, etc.



È nata così nel 2001 una sintesi di queste figure professionali, l'OSS, istituita con l'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001. Al suo interno il Ministro della salute, il Ministro per la solidarietà sociale, le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, hanno definito sia la figura e il profilo professionale dell'OSS sia l'ordinamento didattico dei relativi corsi di formazione.

Il percorso di accesso alla qualifica professionale

Per accedere a tale professione era, ed è necessario tuttora, frequentare un corso di qualifica teorico/pratico della durata *almeno* di mille ore suddivise in teoria, tirocinio pratico ed esame finale. Per accedere al corso è necessario aver prima conseguito il titolo di studio della scuola dell'obbligo. Molte Regioni, all'epoca, recepirono subito l'Accordo della Conferenza Stato Regioni, autorizzando i programmi dei corsi a livello regionale ma soprattutto finanziando con investimenti economici impegnativi - e qui iniziarono le prime falle - percorsi di riqualificazione degli operatori (OTA, ASA, etc.) già dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale.

Iniziò una vera propria riqualificazione del personale addetto al supporto sanitario. Nel 2003 poi, sempre con Provvedimento Conferenza Stato-Regioni del 16 gennaio, si ampliarono definitivamente le competenze del OSS ponendo in essere la figura del "Operatore Socio Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria" (OSS).

In questo modo le regioni e le province, autonome e non, continuarono, indipendentemente le une dalle altre, a disciplinare una formazione complementare appunto in assistenza sanitaria dell'OSS, permettendo a quest'ultimo di collaborare in stretto contatto sia con l'infermiere che con l'ostetrica e, in definitiva, con qualsiasi membro del personale specializzato che svolga la sua mansione all'interno dell'ambito sanitario e/o socio sanitario di appartenenza, il tutto sotto la supervisione degli stessi operatori.

In realtà, però, quest'ultimo aggiustamento della figura professionale dell'OSS non venne mai pienamente recepito dagli enti responsabili: solo quattro regioni (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Marche) ad oggi hanno formalizzato questo ulteriore percorso formativo regionale, non inferiore a 300 ore, di cui la metà da svolgere in tirocinio.

Ciò nonostante, sembra che gli sforzi

definitori del legislatore siano stati insufficienti. Come vedremo di seguito – ma come in definitiva si può cogliere anche dalla semplice adesione di sole quattro regioni alla nuova figura professionale dell'OSS – il campo di azione, le competenze, la responsabilità e, non in ultimo e forse più importante, la formazione stessa di tale figura, restano differenziate e indipendenti da regione a regione, come se, al cambiare della latitudine, variassero anche i profili professionali.

Questo comporta attualmente una frammentazione e, a dir poco, una confusione anche da parte degli stessi interessati corsisti. Due esempi. Nel 2011 la Puglia ha dichiarato fabbisogno zero rispetto a tale figura; gli interessati, conseguentemente, per acquisire il titolo sono andati in Emilia Romagna. Il Veneto propone a sua volta una formazione di base dell'OSS con moduli aggiuntivi di 200 ore che non sono quelli richiesti per la formazione dell'OSS complementare¹.

Luci e ombre nella formazione degli OSS

Insomma, la frammentazione della formazione inizia a palesarsi come il vero problema di tale figura professionale. Ma andiamo con ordine: prima di indagare il campo d'azione di tale figura all'interno dei contesti dove opera e quindi i suoi conflitti con altre figure professionali, analizziamo alcune regioni, scelte a caso, da nord a sud della nostra nazione, per cogliere le differenze dell'offerta formativa². Ci renderemo conto, così facendo, che la formazione è una delle cause delle dinamiche controverse che ancora oggi travagliano questa figura.

Abbiamo visto, dopo il breve *excursus* storico sopra esposto, che il profilo dell'OSS è stato normato attraverso l'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001; al suo interno la richiesta di formazione era di un corso non inferiore a 1000 ore dopo l'assolvimento della scuola dell'obbligo.

- Nella **Provincia autonoma di Trento** (Trentino Alto Adige) la durata del corso è di 1400 ore diviso in due cicli per la durata di due anni, di cui 700 ore di teoria (550 di base e professionalizzanti e 150 di moduli integrativi specifici) e 700 ore di tirocinio (almeno 60 ore nel servizio assistenza domiciliare o nei servizi territoriali e almeno altre 150 nei servizi ospedalieri, nelle Aziende pubbliche di servizi alla persona o nelle residenze sanitarie assistenziali); il corso è cofinanziato dalla Provincia. La giunta in questione autorizza, secondo il fabbisogno, i posti disponibili, l'attivazione dei corsi presso le sedi formative. Fatto non di secondo piano: a volte vengono usate sedi periferiche per agevolare chi vive lontano dai grandi centri urbani. L'OSS, in questa regione, viene inserito nell'équipe assistenziale e, attraverso griglie predisposte, rileva le condizioni di rischio della persona da assistere. Esegue anche, previo accordo con l'équipe, misure di primo soccorso e di pronto intervento, massaggio cardiaco, manovra di Heimlich, posizionamento della canula di Mayo e assistenza nella somministrazione della terapia orale.

La commissione scientifica della Provincia di Trento dichiara di aver elaborato il progetto di formazione per l'OSS partendo dalla definizione del suo ruolo e soprattutto individuando le sue competenze distintive. Durante il periodo formativo si lavora proprio su tali competenze piuttosto che sull'insegnamento disciplinare; si facilita, quindi, l'acquisizione di un repertorio simbolico, assiologico e comportamentale che si dovrebbe avvicinare molto a quello realmente necessario per l'esercizio della professione. Bisogna sottolineare, inoltre, come in questa Provincia vi sia stata una formazione differenziata per l'OSS operante in ambito sociale e per quello che lavora in ambito sanitario.

- Nel **Veneto** la durata del corso è invece di 1000 ore (distribuibili in un massimo di 18 mesi), di cui 480 di teoria e 520 ore di tirocinio (di cui 200 ore in unità di degenza ospedaliera, 120 in strutture per anziani e due esperienze di 100 ore ciascuna in strutture e servizi afferenti alle aree della disabilità, dell'integrazione sociale e scolastica, dell'assistenza domiciliare e della salute mentale). A seconda del fabbisogno di tale figura, la regione si è occupata della definizione degli strumenti operativi per la realizzazione degli interventi formativi; questo compito è stato affidato alla direzione dei servizi sociali e alla direzione risorse umane e formazione del servizio socio sanitario regionale per il solo settore socio sanitario. Per l'OSS complementare, al 31 dicembre 2010, la Regione Veneto dichiara sospeso l'incremento formativo di 400 ore per il mancato inquadramento giuridico ed economico di tale figura all'interno del comparto sanitario. Come dicevamo poco sopra, questa Regione sta inoltre proponendo una formazione di base dell'OSS di 200 ore in più (quindi 1200), da non confondere tuttavia con l'OSS complementare.

- In **Puglia** il corso formativo per OSS è ancora di 1000 ore (da svolgersi in un massimo di 12 mesi), di cui 450 di teoria, 100 di esercitazione e 450 di tirocinio. Il corso è a carico del FSE e della Regione Puglia, quindi non si prevede alcun costo a carico dei partecipanti. La Regione Puglia ritiene che la formazione di tale figura professionale, sia a livello sanitario sia a livello sociale, debba richiedere interventi di preparazione adeguati ai compiti assegnati dal legislatore; per questa ragione è stato stabilito che il numero massimo di allievi per corso deve essere pari a 18. Nel 2011 la Regione Puglia ha dichiarato saturo il comparto, quindi non ha più autorizzato la formazione di tale figura.

- Nella **Regione autonoma della Sicilia** il corso formativo è di 1000 ore come in Puglia³, da svolgersi in 12 mesi, divise – senza precise indicazioni – tra tirocinio e teoria di base. Attualmente in Sicilia, secondo i dati del Ministero del Lavoro, sembra esistere ancora un fabbisogno di OSA, che viene soddisfatto con corsi di formazione finanziati sia con fondi europei, sia per mezzo delle tasse d'iscrizione pagate dai corsisti. In un momento successivo, gli OSA hanno la possibilità di divenire OSS integrando la loro formazione. Sembra, inoltre, che in questa Regione diverse qualifiche vengano rilasciate anche se in presenza di frequenze irregolari. In Sicilia emergono poi in maniera esemplare i limiti dei dispositivi normativi nazionali. A causa delle differenze di rilievo nella formazione degli OSS, la Regione non riconosce i titoli conseguiti all'esterno del suo territorio. Il provvedimento, però, non è riuscito a impedire l'accesso di lavoratori provenienti da, o formati in, altre parti d'Italia, creando parallelamente difficoltà di riconoscimento dei titoli acquisiti nelle altre regioni.
- Nella **regione autonoma della Valle D'Aosta** il corso formativo di base è anch'esso di 1000 ore, divise a metà tra tirocinio e teoria di base. Tuttavia si pensa di accrescere questo monte ore sino a raggiungere le 1200, come, ad esempio, in Veneto. Per ridurre il livello del conflitto tra la categoria degli OSS e quella degli infermieri, la Regione prevede, dopo aver stipulato i necessari accordi e aver redatto gli altrettanto necessari protocolli, di modificare i corsi di formazione finalizzandoli allo sviluppo delle competenze peculiari delle diverse categorie professionali. È da sottolineare, infine, che in questa regione non è mai stata attivata la formazione per l'OSS complementare.

Dunque, osservando rapidamente quanto riportato, si coglie inevitabilmente una mancanza di uniformità nei dispositivi formativi dell'OSS, figura che, per essere spendibile all'interno della stessa nazione, dovrebbe perlomeno possedere lo stesso profilo professionale, ossia competenze equivalenti. Equivoci del genere, possiamo tranquillamente sostenere, generano soltanto confusione intorno ad una figura la cui immagine sociale è ancora poco chiara.

I limiti della normativa nazionale e regionale non influenzano solo l'uniformità dei percorsi formativi: mancano alcune delibere regionali, altre non vengono rispettate; il controllo sull'accreditamento degli enti di formazione non è sempre sufficiente per garantire un'offerta formativa di alta qualità; è capitato più d'una volta che il numero di OSS formati eccedesse il fabbisogno.

Le conseguenze del quadro delineato sui destini professionali individuali sono diverse e negative: chi ha partecipato ai corsi di formazione, a volte, non è soddisfatto del servizio che ha ricevuto, altre volte, consegue un titolo che può spendere limitatamente, sia perché la qualifica non viene "universalmente" riconosciuta sia perché il lavoratore non trova occupazione.

Da quanto affermato emerge chiaramente, quindi, la necessità inderogabile di disciplinare meglio i dispositivi di formazione di base dell'OSS sia sul piano nazionale sia su quello regionale.

I mutamenti intervenuti all'interno del paese negli ultimi decenni, quali la speranza di vita, il miglioramento delle condizioni stesse della salute, ma anche l'invecchiamento e l'espandersi di varie forme di disagio e/o fragilità sociale, rendono indispensabile ripensare l'organizzazione sanitaria e socio sanitaria assistenziale. L'evoluzione dei servizi offerti a chi ne ha bisogno, dovrebbe in qualche maniera andare di pari passo con l'evoluzione delle figure chiamate a soddisfare tali bisogni. Per quanto

riguarda gli OSS, queste considerazioni accrescono l'urgenza di avere perlomeno delle linee guida valide per tutto il territorio nazionale, cercando di centrare il problema innanzitutto sulla formazione, bloccandola dove in eccesso, e concentrandosi sulle funzioni, il ruolo e, non in ultimo, il fabbisogno reale di tale figura all'interno del comparto sociale e sanitario.

Il rapporto tra OSS e infermieri

Questi interventi normativi per essere realmente efficaci non possono limitarsi a disciplinare solo la formazione. È opportuno che intervengano ancora sulla definizione del profilo professionale dell'OSS adattandolo alle esigenze espresse sia dal sistema produttivo sia da quello sociale.

Questa figura, da quanto appare a livello normativo, nasce prima di tutto per una riqualificazione del personale dipendente all'interno del SSN e successivamente per agevolare il lavoro ad alcune figure professionali che a loro volta sono cambiate. Stiamo parlando degli infermieri per i quali è cambiato il profilo professionale e la formazione è divenuta universitaria: oggi l'infermiere, così com'è riconosciuto, è il professionista responsabile dell'assistenza infermieristica generale (DM n.739/94) e non più una semplice figura ausiliaria esecutrice di prestazioni/mansioni (leggi 42/99 e 25/00).

Con questo non si sta cercando di sostenere che l'OSS debba regredire fino alla figura iniziale del portantino; stiamo cercando di sottolineare l'importanza di tale figura che, a nostro avviso, ad oggi ancora non è stata recepita. A tale riguardo, molti *stakeholders* sostengono che tra gli obiettivi lungimiranti delle leggi sull'OSS dovrebbe esserci, in primo luogo, quello di intervenire concretamente nella riorganizzazione



dell'attività professionale dell'infermiere che, nonostante i cambiamenti riguardanti i percorsi di formazione, sul piano sostanziale si è modificata poco negli ultimi dieci anni. In secondo luogo, dopo le dovute sperimentazioni, si dovrebbe stabilire quale sia il nuovo ruolo dell'OSS, dotandolo di una responsabilità diretta.

In merito a quest'ultimo punto, un esempio abbastanza elementare risiede nel fatto che la responsabilità di qualsiasi prestazione sanitaria ricade sempre sulla figura professionale dell'infermiere o dell'ostetrica. Questi conseguentemente, anche quando si parla della semplice somministrazione di un farmaco non invasivo ma comunque di elevata importanza per il paziente, non acconsentiranno o acconsentiranno difficilmente a delegarla, a meno di una fiducia indiscussa nei confronti dell'OSS. Le cose andrebbero diversamente se all'OSS fosse riconosciuta una sua responsabilità oggettiva. Il discorso ricade qui ancora una volta sulla formazione. Lo conferma l'operato della regione Valle D'Aosta che, di concerto con i professionisti sanitari, sta cercando, attraverso accordi

e protocolli stesi *ad hoc*, di individuare le specifiche competenze dell'OSS e, più generale, di dividere più razionalmente il lavoro sanitario tra i diversi professionisti.

Oggi più di un tempo, infatti, vi è la necessità di operatori formati e qualificati in grado di collaborare *in primis* con coloro che hanno la responsabilità dell'assistenza o della riabilitazione. L'OSS può o potrebbe essere la risposta più adeguata, a patto che gli si riconosca una responsabilità oggettiva/professionale che richiede, lo ripetiamo ancora, una profonda revisione dei percorsi formativi.

Un esempio concreto emerge dalle interviste effettuate ad alcuni *stakeholders*. Spesso gli interventi socio-assistenziali non necessitano espressamente di una competenza infermieristica; essi, infatti, sono finalizzati semplicemente a fornire assistenza ad una persona autosufficiente nella attività di vita quotidiana. Bene, l'OSS in questo caso potrebbe agevolare il lavoro dell'infermiere permettendogli di organizzare meglio il piano assistenziale. In questo modo si migliorerebbe

significativamente sul piano qualitativo la qualità del servizio offerto. Tuttavia, per svolgere l'assistenza domiciliare in ambito sociale, non sempre si necessita di un titolo OSS, o almeno in tutte le regioni, e il beneficio diventa così, pressoché, ridotto al minimo. Certo è che in questo caso, la precarietà, in un tale momento di difficoltà dei mercati, fa la sua parte. Ma tralasciando per un momento questo cono d'ombra attuale, siamo convinti che sia la formazione lo snodo cruciale delle difficoltà che incontra l'OSS. In questa prospettiva, sarebbe necessario individuare con precisione le attività che svolge questo operatore, le competenze che conseguentemente dovrebbe possedere e strutturare coerentemente la formazione.

Una ricerca effettuata dall'Istituto Regionale Studi e Ricerca Sociale di Trento, sui dieci anni della figura dell'OSS e sul suo utilizzo (in RSA e SAD) mostra come nelle RSA rischiano di essere "sottooccupati" sia gli OSS sia gli infermieri.

Ai primi, infatti, viene attribuita la cura di base degli ospiti – spesso non autosufficienti; in questo modo non vengono valorizzate le competenze dell'OSS in campo socio sanitario.

Gli infermieri conseguentemente continuano a svolgere, anche a causa dei problemi già denunciati riguardanti l'attribuzione della responsabilità oggettiva, prestazioni sanitarie molto semplici (come la somministrazione dei farmaci o il cambio della flebo) che potrebbe tranquillamente eseguire anche l'OSS. In questo modo si pongono le premesse per l'insorgere di conflitti tra i due operatori "poiché in un contesto di RSA le attività svolte dal personale infermieristico rientrano in parte tra le competenze sanitarie acquisite dall'OSS, si creano inevitabilmente delle situazioni di "concorrenza di ruoli" che si risolvono o attraverso una delega di funzioni, di cui però l'OSS si sente pienamente titolare, o in una

separazione delle mansioni che attribuisce all'OSS solo l'assistenza di base¹⁴.

Diversamente nel contesto ospedaliero, sempre nella provincia autonoma di Trento, l'organizzazione del lavoro in équipe permette all'OSS, da una parte, di collaborare in modo più equilibrato con l'infermiere, dall'altra, di mobilitare tutte le sue competenze, sia quelle assistenziali sia quelle sanitarie.

Un'esperienza interessante, forse una buona pratica da riprodurre e trasferire in altri contesti.

Il profilo professionale dell'OSS e la riorganizzazione dei servizi socio sanitari

Un primo passo verso la stabilizzazione di tale figura all'interno dei contesti in cui opera, consiste nel delineare le sue competenze mediante la cosiddetta *Job description*, ossia quel metodo organizzativo molto diffuso che definisce le responsabilità e le competenze di un professionista e/o, come in questo caso, dell'operatore nell'organizzazione del lavoro. Attraverso questa strada, per esempio, si potrebbero disciplinare i rapporti tra OSS e infermieri.

In merito, il primo passo da fare potrebbe essere quello della riorganizzazione dei servizi di assistenza. Attribuyendo, per esempio, un ruolo centrale agli utenti, si potrebbe facilmente ridefinire la *mission* dell'infermiere e dell'OSS e successivamente, per mezzo della *Job description*, si potrebbero individuare le rispettive competenze.

Last but not least attraverso questo processo si potrebbero individuare gli strumenti che facilitano una collaborazione costruttiva ed efficace tra infermieri e OSS (si pensi alla cartella clinica integrata) prima di tutto per il paziente.

La ri-definizione, semmai ce ne fosse bisogno ulteriore di specificarlo, della centralità di quest'ultimo, potrebbe

essere in definitiva un ottimo punto di partenza per rendere omogenee e costanti le prestazioni cosiddette standardizzabili, come appunto dovrebbe essere quella dell'OSS.

Un lavoro simile svolto anche in altri contesti permetterebbe, inoltre, di risolvere altri problemi che incontra questo operatore. Ci riferiamo all'assistenza domiciliare, ovviamente.

Nella ricerca sopra citata dell'Istituto Regionale di Studi e Ricerca Sociale si fa riferimento ad una confusione generata proprio dalla mancanza di tale standardizzazione. I familiari delle persone, ad esempio, che necessitano di assistenza, sono al corrente di quali siano le competenze dell'infermiere e al contrario sono all'oscuro delle competenze dell'OSS. Insorgono così incomprensioni e chiusure inevitabili che declassano sensibilmente la figura e l'immagine di questo operatore; o per usare gli stessi termini dei diretti interessati: ne fanno una donna o uomo delle pulizie specializzato.

Il profilo professionale dell'OSS e la riorganizzazione dei servizi socio sanitari

In base a quanto affermato sembra necessaria una profonda revisione dei dispositivi normativi nazionali e regionali. Questo processo dovrebbe produrre dispositivi o linee guida nazionali capaci di ridurre le incoerenze che si

riscontrano attualmente tra le diverse Regioni, soprattutto per ciò che concerne la formazione.

Quest'ultima dovrebbe consentire l'acquisizione di una qualifica riconosciuta su tutto il territorio nazionale, ma dovrebbe anche produrre un profilo professionale, come dire, leggermente più alto, al quale attribuire compiti che comportano una responsabilità oggettiva.

Percorrendo questa strada è possibile regolare con più chiarezza i rapporti dell'OSS con altre figure professionali; abbiamo velocemente analizzato quelli con gli infermieri, non ci siamo soffermati su quelli altrettanto rilevanti con gli assistenti domiciliari. Contemporaneamente si modificherebbe l'immagine sociale di questo operatore.

Auspichiamo tutto ciò per evitare, lo sosteniamo ancora un'ultima volta, che tale figura sia superata ancor prima di aver potuto dimostrare la sua importanza; in altri termini, ancor prima di aver potuto dispiegare tutta la sua reale capacità operativa a beneficio dei pazienti, delle altre figure professionali e non in ultimo dei familiari, che sono partecipi in tali processi alla stessa maniera dei pazienti coinvolti.

Ricordando con questo, che una maggior professionalità all'interno di contesti sanitari e socio sanitari dovrebbe essere una costante in evoluzione e non una sporadica peculiarità riguardante solamente poche regioni e con loro, pochi eletti del territorio nazionale. ■

Note

1. Dati al 31 ottobre 2010
2. A tal fine ci avvaleremo dei dati resi pubblici dalla Federazione Nazionale Migepe. Coordinamento Collegiato. Associazione delle Professioni Infermieristiche e Tecniche e reperibili sul sito www.migepe.it
3. Nella maggior parte delle regioni italiane, escludendo quelle di cui si scrive, la formazione di base richiesta per l'OSS è di mille ore formative, divise in tirocinio e teoria di base. Si differenzia in alcune regioni il tempo necessario per completarle.
4. Ibidem, p. 13.

Emiliano Stroppiana

Responsabile servizio progettazione

Aesseffe S.c.p.a. – Liguria

La formazione degli OSS in Liguria: domanda e offerta in costante crescita

La Liguria presenta i più alti tassi di anzianità del paese: un importante fabbisogno sociale che in tempi di crisi offre, sul territorio, interessanti prospettive occupazionali. Nel giro di pochi anni, la regione ha rivisto e ampliato l'offerta formativa per le figure socio sanitarie, ha aperto agli enti di formazione, e introdotto diverse novità. Dalla rete ENAIP, l'esperienza di Aesseffe.

Dal momento in cui l'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 ha definito il nuovo profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario e fino al 2008, in Liguria la formazione degli OSS è stata gestita direttamente dal sistema sanitario, attraverso i propri centri di formazione.

Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 638 del 13 giugno 2008 (Approvazione Piano Attività "Programmazione corsi di prima formazione e riqualificazione per Operatori Sanitari"), la Regione Liguria ha dato il via a un importante piano di formazione, articolato in due grandi fasi e, soprattutto, ecco la novità più importante, utilizzando le risorse finanziarie del Fondo Sociale Europeo.

Ciò ha comportato un sostanziale cambiamento anche nella programmazione e gestione delle attività finalizzate alla formazione degli OSS: infatti, a partire da quella deliberazione, le attività formative sono state affidate agli enti di formazione, pur lasciando alle AA.SS.LL territorialmente competenti la responsabilità della trasmissione della competenza sanitaria. Il piano è stato approntato per rispondere a bisogni di tipo sanitario e sociale molto pressanti nella regione ligure, che nel panorama nazionale è al primo posto per anzianità della popolazione, visto che gli over 65 anni sfiorano il 27%.

Questo dato condiziona l'organizzazione socio-economica del territorio, che si trova a rispondere in maniera capillare e costante ai bisogni di cura e di assistenza attraverso le molte strutture pubbliche e private.

Ne consegue un importante, ampio e diversificato bisogno formativo, che va dalla riqualificazione del personale che già opera all'interno di tali strutture, alla prima formazione, con la quale garantire al settore un ulteriore incremento di forza lavoro.

Il Piano Regionale per la qualificazione degli OSS

Per rispondere a questo bisogno formativo, il Piano della regione Liguria si è quindi articolato in due fasi.

Prima fase (2008-2010) dgr n. 638/2008

- *corsi di prima formazione*, (Asse II Occupabilità), rivolti a giovani e adulti disoccupati, inoccupati, occupati e cittadini stranieri in possesso di un titolo di formazione sanitaria acquisito nel loro paese d'origine. Durata dei corsi: 1200 ore (di cui 400 di teoria, 50 di attività complementari, 550

di tirocinio e 200 di formazione teorico-pratica);

- *corsi di riqualificazione*, (Asse I Adattabilità), rivolti ad operatori in possesso della qualifica OTA (Operatore Tecnico addetto all'Assistenza), OSA (Operatore Socio Assistenziale), ADEST (Assistente Domiciliare E dei Servizi Tutelari) o situazioni similari. Durata dei corsi: variabile, in funzione del titolo posseduto, da un minimo di 210 ore a un massimo di 300 ore, articolate in teoria, tirocinio e approfondimento individuale.

Seconda fase (2010-2013) dgr n. 123/2010

- *corsi di riqualificazione*, rivolti ad operatori privi di qualifica, con formazione pregressa insufficiente, con esperienza lavorativa di almeno due anni in ambito socio-assistenziale e/o sanitario presso strutture sanitarie private e socio-assistenziali pubbliche e private. Durata dei corsi: 600 ore (450 ore di attività teorica, di cui 50 di rielaborazione dell'esperienza, e 150 ore di attività pratica – tirocinio).

I dati riportati nella **tabella 1**, gentilmente forniti dalla Regione Liguria, testimoniano la portata numerica dell'importante piano formativo. Inoltre, va ricordato che nel 2011 sono

state approvate dalla Regione Liguria "Disposizioni specifiche per il riconoscimento di attività private finalizzate alla riqualificazione degli Operatori Socio Sanitari", ai sensi delle quali gli Enti di formazione possono anche organizzare corsi di riqualificazione OSS a pagamento.

Il panorama si sta ulteriormente arricchendo in queste settimane, attraverso l'emanazione di avvisi provinciali che vanno a programmare ulteriori corsi di prima formazione e di riqualificazione.

La svolta per gli enti di formazione professionale

In questo quadro regionale, a partire dal 2008, Aesseffe, che ha propri centri di formazione in tutte le quattro province liguri, ha realizzato numerose attività riservate alla formazione degli OSS, sia di prima formazione, sia di riqualificazione.

Abbiamo evidenziato fin dall'inizio come la dgr n. 638/2008 abbia costituito una svolta davvero importante per il sistema formativo ligure: nell'ambito socio sanitario, gli organismi di formazione avevano realizzato, fino ad allora, corsi dedicati alle diverse figure afferenti ai servizi di assistenza alla persona, quali ADEST, OSA, OTA, ecc.

Il passaggio della formazione degli OSS al sistema formativo ha rappresentato per gli enti liguri l'apertura a interessanti novità:

- l'ampliamento e la crescita delle proprie competenze in un settore così strategico del panorama professionale;
- l'opportunità di stringere accordi per formare i raggruppamenti d'impresa richiesti dai bandi per la progettazione e per la gestione delle attività formative;
- la definizione di una stretta e costante collaborazione con il sistema sanitario, attraverso i partenariati con le AA.SS.LL.

La ricchezza di questo nuovo contesto organizzativo e relazionale ha portato, sul piano dell'esperienza, ben oltre i semplici vincoli progettuali e gestionali posti dagli avvisi pubblici. Ogni ente, dal 2008, è stato inserito in un percorso di crescita, agito attraverso il confronto e il lavoro di rete, la messa in valore e in sinergia delle competenze di ciascun partner, la possibilità di osmosi tra diverse realtà e ambiti.

Nel seguito dell'articolo intendiamo evidenziare alcuni aspetti significativi che hanno caratterizzato l'esperienza di Aesseffe.

TABELLA 1

Dati sui corsi di qualificazione e riqualificazione OSS in Liguria.

Fonte: Regione Liguria. Dipartimento Istruzione, Formazione e Lavoro – Settore Sistema Regionale della Formazione.

	TOTALI PER REGIONE				
	Posti disponibili	Iscritti	Qualificati	Totale allievi	Totale edizioni
corsi di prima formazione	440	440	400		
corsi di riqualificazione (I fase)	400	275	243		
corsi di riqualificazione (II fase)				1351	54

Progettazione e gestione dei corsi per OSS

In ogni provincia, per la progettazione e gestione dei corsi è stata costituita un'ATS (Associazione Temporanea di Scopo) composta, oltre che da Aesseffe (in alcuni casi capofila mandatario, in altri partner), anche da altri organismi formativi presenti nelle diverse province. In ogni ambito provinciale è stato poi firmato un partenariato con l'ASL territorialmente competente.

Ogni ATS ha gestito in molti casi diverse edizioni di corsi, mettendo in comune un interessante bagaglio di esperienze e di competenze che sono state proficuamente valorizzate in tutti i percorsi formativi. Il coordinamento dei corsi è stato garantito da un gruppo formato dai rappresentanti dei diversi partner, cui hanno fatto da braccio operativo le équipes afferenti ai diversi organismi formativi per la gestione delle singole edizioni di corso. Le équipes erano costituite dai tutor e dai docenti sia degli enti, che dell'ASL, e hanno attuato modalità e strumenti di lavoro che hanno consentito una gestione omogenea degli interventi e hanno raggiunto risultati davvero confortanti.

Uno degli ambiti in cui si è maggiormente dato significato al lavoro d'équipe, partendo dalla consolidata esperienza delle AA.SS.LL. è sicuramente il processo di valutazione.

Nel descrivere questo specifico ambito facciamo riferimento in particolare ad un corso di riqualificazione realizzato da Aesseffe a Genova, nell'ambito di un'ATS composta da altri tre enti e in partenariato con l'ASL n. 3.

Nella scheda allegata si riporta il programma formativo svolto.

La valutazione del percorso

In questo tipo di corso, la valutazione è un aspetto tanto più importante e delicato se si considerano le particolari

caratteristiche dei partecipanti, che in questo caso erano tutti lavoratori (anzi, al 98% circa lavoratrici), di non elevato titolo di studio e di età adulta (età media di poco inferiore ai 45 anni).

Nell'ambito dell'intero corso, il processo di valutazione si è esplicitato in quattro fasi diverse:

1. valutazione didattica del percorso (*in itinere*);
2. valutazione del tirocinio;
3. valutazione dell'attività di rielaborazione e sintesi;
4. valutazione finale (esame).

Va premesso che su un totale di 400 ore di teoria previste, circa il 50% delle ore (che riguardava le docenze relative alle competenze sanitarie) è stato affidato a docenti dell'ASL n. 3; il rimanente 50% del monte ore (che riguardava docenze relative alle competenze sociali) è stato attribuito a risorse dell'ATS.

Per quanto riguarda la valutazione del percorso, questa è consistita nella predisposizione da parte dei docenti di prove diversificate in funzione delle diverse aree di contenuto, ma sostanzialmente caratterizzate da due strumenti:

- a) questionario finale di apprendimento (con domande prevalentemente a risposta multipla, ma in alcuni casi anche aperte);
- b) prova orale, attraverso la quale valutare non solo le capacità cognitive ma anche le capacità espositive del candidato.

La valutazione del tirocinio

Una particolare attenzione è stata poi rivolta alla valutazione del tirocinio. Prima di iniziare il tirocinio è stato condotto, per ogni allievo, un colloquio supportato dalla compilazione di una scheda individuale. Il colloquio ha avuto l'obiettivo di:

- trarre un *feedback* sulla valutazione complessiva del percorso da parte degli allievi;

- raccogliere bisogni, interessi e aspettative degli allievi e personalizzazione degli orari, ai fini di ottimizzare l'articolazione del tirocinio con gli impegni lavorativi;
- illustrare e condividere gli obiettivi e gli strumenti di valutazione del tirocinio (è stata predisposta *ad hoc* una scheda contenente gli obiettivi articolati in dieci aree).

Al termine dei colloqui, in funzione dei conseguenti riscontri, è stata operata l'assegnazione delle sedi di tirocinio ai diversi allievi.

Per la valutazione delle attività svolte dai partecipanti, in sede di tirocinio, i responsabili dell'ASL hanno costruito una scheda di valutazione delle attività svolte. La griglia prende in considerazione cinque diverse aree:

- Area 1: attitudini/personalità;
- Area 2: capacità di collaborare;
- Area 3: capacità di comunicare/relazionarsi;
- Area 4: capacità di osservazione e decisione;
- Area 5: capacità organizzative e manuali.

Ogni area è articolata in diversi parametri che sono valutati su una scala che va da un valore minimo di 4 (pari a insufficiente) ad un valore massimo di 10 (pari a ottimo); è previsto anche un n/o che equivale a un "non osservato".

I corsi, come da delibera regionale, prevedevano anche un'attività finale di rielaborazione e sintesi dell'esperienza di tirocinio. Per supportare l'allievo in questa attività, che sarebbe stata peraltro oggetto di discussione in sede di esame, sono stati elaborati due strumenti *ad hoc*:

- a) una griglia di osservazione: relativa alle attività presenti nella struttura in cui hanno svolto il tirocinio, modalità e tempi di lavoro, valutazione;
- b) presentazione di un caso assistenziale: valutazione dello stato e della dipendenza del paziente, descrizione del bisogno e dei relativi interventi attuati dall'OSS.

L'esame di qualifica

In sede di esame di qualifica, i partecipanti hanno sostenuto una prova teorica e una pratica: si ricorda in proposito che l'esame si è tenuto presso le strutture del Centro di Formazione dell'ASL n. 3, dotate delle idonee attrezzature per le simulazioni pratiche.

Il punteggio totale, espresso in centesimi, è dato dalla seguente formula:

$$PT (100/100) = GA (40/100) + PO (20/100) + PP (40/100)$$

dove PT indica il punteggio totale, GA equivale al giudizio di ammissione (valutazione complessiva del corso), PO è la prova orale, e PP la prova pratica.

Un ultimo, ma non meno importante, ambito della valutazione è quello relativo al "questionario di gradimento" che ha raccolto, prima del tirocinio, il parere dei corsisti rispetto alla gestione dell'attività formativa, all'organizzazione, all'équipe, ai docenti.

Riflessioni conclusive

Più che i dati "quantitativi" derivanti da questa valutazione, ci piace concludere queste riflessioni con alcune considerazioni "qualitative" espresse dagli allievi, soprattutto sul significato che per loro



ha avuto portare a termine positivamente (tutti hanno ottenuto la qualifica) questa non semplice esperienza formativa. Innanzitutto le motivazioni alla partecipazione, che per molti non erano solo legate al mantenimento del posto di lavoro, ma anche e soprattutto guidate dall'obiettivo di migliorare le proprie competenze, dalla voglia di imparare, anche in età adulta.

Le motivazioni forti sono state la molla che ha permesso di vincere la pesantezza del percorso che, ricordiamo, veniva condotto in parallelo all'attività lavorativa, presso strutture private socio-assistenziali: il

corso ha comportato uno stravolgimento degli abituali tempi di vita personale e di lavoro e questo ha anche innescato un positivo meccanismo di auto-aiuto e di sostegno reciproco tra i corsisti.

Rispetto alle competenze acquisite con il corso, prevale nei partecipanti il pensiero complessivo dell'acquisizione di una maggiore consapevolezza e sicurezza nel muoversi nell'ambiente lavorativo e nell'ottemperare alle varie mansioni e procedure. Fondamentali l'acquisizione della terminologia tecnica corretta, che dà senso di competenza e maggiore sicurezza, e lo studio dell'aspetto psicologico, soprattutto per l'approccio all'anziano in stato di bisogno, per farlo sentire importante, per farlo sentire persona.

A rafforzare la consapevolezza delle competenze acquisite, ha sicuramente contribuito la serietà e la cura con cui è stata condotta la fase di valutazione.

Condividere con i partecipanti i criteri e i parametri della valutazione della propria preparazione e delle attività prestate nelle sedi di tirocinio, ha restituito loro quel senso di "competenza oggettiva" che va al di là della mera qualifica raggiunta, e che viene agita quotidianamente, con serietà e coscienza a favore delle persone assistite. ■

Per contatti e approfondimenti:

- **Emiliano Stroppiana**, Responsabile servizio progettazione, Aesseffe S.c.p.a., Liguria
emiliano.stroppiana@aesseffe.com

- La Sede

Aesseffe S.c.p.a. (Agenzia Servizi Formativi) opera in Liguria dal 2001 e fa parte della rete ENAIP. La sede direzionale si trova a Genova. Le sedi operative e i relativi centri di formazione si trovano a Genova, Savona, La Spezia, Sanremo e Ventimiglia. Aesseffe eroga servizi di formazione e orientamento, assistenza tecnico-organizzativa, finanziamenti per la formazione.
<http://www.aesseffe.com/>

Metodologie e strumenti

Corso di riqualificazione per OSS realizzato da Aesseffe Liguria.
Programma didattico (durata 600 ore)

(PAG 1/3)

Modulo 1. Area socio-culturale-istituzionale*(durata: 108 ore)***Elementi di legislazione e normative in materia sociale, sanitaria, previdenziale** *(durata: 46 ore)*

- organizzazione generale dello Stato: organizzazione e funzioni;
- cenni delle funzioni decentrate (Reg., Prov., Com.);
- la legislazione sociale nazionale;
- la legislazione regionale in materia socio-assistenziale;
- cenni sulle organizzazioni di volontariato;
- la responsabilità civile penale, amministrativa;
- caratteristiche principali e obiettivi essenziali (dal punto di vista sociale) di: residenze protette, case protette, centri diurni per anziani, comunità alloggio, servizio di assistenza domiciliare, centri semiresidenziali e residenziali per diversamente abili, comunità terapeutiche e comunità di vita, servizi di accoglienza dei bambini, centri di accoglienza immigrati;
- rapporto di lavoro pubblico e privato;
- il sistema previdenziale in Italia (storia ed evoluzione);
- l'assicurazione generale obbligatoria (INPS);
- fondi sostitutivi dei lavoratori dipendenti;
- casse professionali;
- legislazione e normative nazionali e regionali in materia previdenziale.

Programmazione e organizzazione dei servizi e della rete sanitaria*(durata: 62 ore)*

- la rete sanitaria in Italia e in Liguria;
- organizzazione e programmazione dei servizi;

- figure professionali: direzione, coordinamento, funzioni operative, responsabilità, integrazione, emarginazione delle persone;
- definizione, caratteristiche principali e obiettivi essenziali (dal punto di vista sanitario) di: residenze sanitarie - assistenziali, assistenza domiciliare integrata, presidi ospedalieri;
- il Servizio Sanitario Nazionale in Italia;
- cenni storici sulla sua evoluzione;
- la struttura del S.S.N.;
- il Piano Sanitario Nazionale;
- la legislazione sanitaria nazionale;
- la legislazione regionale in materia sanitaria;
- aspetti giuridici.
- modelli organizzativi del lavoro;
- fasi della pianificazione;
- strumenti del lavoro;
- elementi di qualità e di valutazione del lavoro;
- indicatori-criteri di qualità nei servizi socio assistenziali;
- sperimentazione di modelli organizzativi e di processi assistenziali;
- discussioni di casi;
- lavoro nelle varie realtà operative;
- specificità dell'intervento sanitario;
- specificità dell'intervento sociale.

Modulo 2.**Area psicologica e sociale***(durata: 106 ore)***Elementi di psicologia***(durata: 28 ore)*

- sviluppo affettivo, psicomotorio, psicosociale e cognitivo della persona;
- relazione tra corpo e psiche;
- comunicazione;
- comunicazione verbale e non verbale;
- relazione operatore-utente;
- relazione all'interno del gruppo di lavoro;

- analisi delle risposte comportamentali degli operatori;
- relazioni psicologiche degli operatori in relazione alle condizioni di malattia e di disagio sociale degli utenti.

Elementi di sociologia*(durata: 20 ore)*

- sistemi sociali: loro caratteristiche, la società come sistema, il mutamento sociale, norme e istituzioni, la devianza;
- il gruppo: gruppi maggiori, caratteristiche del gruppo, criteri di distinzione dei gruppi etnici emergenti (multietnia e globalizzazione);
- società, qualità e funzioni delle culture e sistema di valori.

Interventi assistenziali rivolti alla persona in particolari situazioni di vita*(durata: 58 ore)*

- nozione di handicap, origine e natura;
- conseguenza fisiche dell'handicap sulle principali funzioni dell'organismo;
- conseguenze psicosociali dell'handicap sulla vita personale, familiare, sociale e professionale;
- handicap e deficit di autonomia;
- tipologie: terminale/HIV, psichiatrico, anziano, portatore di handicap, bambino.

Modulo 3.**Area igienico-sanitaria***(durata: 58 ore)***Infezioni, malattie da infezione, fattori di rischio***(durata: 25 ore)*

- concetti di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- cenni di demografia ed epidemiologia sanitaria;

(PAG 2/3)

- salubrità ambientale: aria, acqua, suolo e sistema fognario;
- microclima;
- microorganismi;
- controllo delle infezioni ospedaliere;
- igiene dell'operatore e della divisa;
- lavaggio delle mani;
- utenti con sindrome HIV.

Sanificazione, sanitizzazione e sterilizzazione degli ambienti

(durata: 13)

- introduzione: il concetto di pulizia, deterzione, sanificazione, disinfezione, sterilizzazione;
- definizioni;
- tipologie d'intervento;
- decontaminazione delle superfici ambientali;
- spazzatura dei pavimenti;
- sanificazione dei pavimenti con carrello MOP;
- sanitizzazione dei pavimenti;
- spolveratura ad umido di superfici e arredi;
- disinfezione di superfici e arredi;
- il processo di sterilizzazione negli ambienti sanitari;
- preparazione del materiale da sterilizzare (decontaminazione e pulizia);
- accettazione, confezionamento del materiale da sterilizzare;
- procedure tecniche e strumenti di sterilizzazione;
- gestione adeguata dei disinfettanti/antisettici e loro corretta conservazione;

Raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti

(durata: 10 ore)

- il materiale biologico: definizione, classificazione, rischi;
- deposito temporaneo;
- deposito preliminare;
- raccolta e trasporto del materiale biologico e sanitario;
- imballaggi;
- procedure;
- smaltimento;

- tipologie di materiali tecnico-sanitari;
- i materiali economici;
- tecniche di raccolta dei materiali;
- trasporto dei materiali: percorsi orizzontali, verticali, puliti e sporchi;
- tecniche e procedure di consegna dei materiali;
- tipologia dei rifiuti;
- contenitori utilizzati;
- modalità di smaltimento dei rifiuti in ospedale e nelle strutture extraospedaliere;
- confezionamento e stoccaggio dei rifiuti speciali.

Sicurezza e protezione

degli operatori - d.lgs. n. 81/09

(durata: 10 ore)

- il quadro normativo in materia di sicurezza dei lavoratori e la responsabilità civile e penale;
- la tutela assicurativa, le statistiche e il registro degli infortuni;
- i rapporti con i RSL;
- la valutazione dei rischi;
- i principali tipi di rischio e le relative misure tecniche, organizzative e procedurali di sicurezza;
- i D.P.I.;
- la prevenzione incendi e i piani di emergenza;
- la prevenzione sanitaria;
- l'informazione e la formazione dei lavoratori;
- la prevenzione del rischio biologico;
- movimentazione dei carichi.

Modulo 4.

Area tecnico-operativa

(durata: 128 ore)

Mobilizzazione

(durata: 25 ore)

- movimento e mobilizzazione;
- posizionamento: posture principali;
- prevenzioni dai danni da immobilità;
- sindrome da immobilizzazione;
- arredo e attrezzature delle unità di degenza;
- ausili: conoscerne l'utilizzo;
- posizioni abituali e posizioni assunte

- o fatte assumere obbligatoriamente ai fini della prevenzione e cura;
- trasporto e accompagnamento di persone autonome o in barella o in carrozzella;
- modalità per alzare e trasportare persone affette da patologie geriatriche e/o neurologiche dal letto alla carrozzella, alla poltrona;
- applicazione di semplici programmi di riabilitazione motoria previsti dal programma assistenziale;
- applicazione corretta della modalità di trasporto dei farmaci, del materiale biologico, di sostanze infiammabili, di bombole di gas terapeutici.

Primo soccorso (durata: 21 ore)

- nozioni generali;
- distinzione tra gravità e urgenza;
- concetti e norme comportamentali inerenti l'aspetto legale;
- competenza specifiche e varie figure interessate;
- nozioni elementari per riconoscere le modificazioni macroscopiche delle funzioni vitali;
- arresto cardiocircolatorio: generalità, provvedimenti da adottare, manovre da evitare;
- tipi di intervento che l'operatore può attivare come primo soccorso in struttura protetta e a domicilio;
- comportamento in caso di crisi epilettica.

Alimentazione (durata: 16 ore)

- bisogno alimentare nelle varie fasi della vita;
- alimentazione dell'uomo sano e dell'uomo malato;
- principali regimi dietetici;
- igiene degli alimenti, trasporto, approvvigionamento, conservazione degli alimenti;
- principali tecniche per la preparazione dei cibi;
- sistema di distribuzione dei pasti;
- aiuto alla persona non autosufficiente al pasto, riordino ambientale e pulizia degli ausili dopo il pasto.

(PAG 3/3)

Elementi di economia domestica, assistenza domiciliare e tutelare, assistenza infermieristica - strutture ospedaliere (durata: 30 ore)

- principali caratteristiche degli ambienti, arredi e ausili nelle strutture ospedaliere;
- cambio della biancheria;
- cura del vestiario;
- sistemazione della salma;
- materiali biologici;
- fattori che influenzano l'eliminazione intestinale;
- problemi frequenti legati all'eliminazione intestinale;
- fattori che influenzano l'eliminazione urinaria;
- problemi frequenti legati all'eliminazione urinaria;
- aiuto alla persona che vomita;
- aiuto alla persona nella espettorazione;
- fattori che influenzano il sonno;
- condizioni favorevoli al riposo;
- problemi frequenti legati al sonno;
- interventi atti a favorire il sonno;
- assistenza del paziente e rapporti con il personale infermieristico;
- sorveglianza all'auto-somministrazione del farmaco da parte degli utenti.

Elementi di economia domestica, assistenza domiciliare e tutelare, assistenza infermieristica - strutture territoriali (durata: 18 ore)

- principali caratteristiche degli ambienti, arredi e ausili a domicilio, nelle residenze territoriali;
- adattamento dell'ambiente ai bisogni della persona e prevenzione di eventuali incidenti in ambiente domestico e nelle strutture extra-ospedaliere;
- cure igieniche generali della persona;
- cambio della biancheria;
- cura del vestiario;
- sistemazione della salma;
- fattori che influenzano il sonno;
- condizioni favorevoli al riposo;
- problemi frequenti legati al sonno;

- interventi atti a favorire il sonno;
- sorveglianza all'auto-somministrazione del farmaco da parte degli utenti.

Assistenza domiciliare dell'anziano (durata: 6 ore)

- aspetti demografici culturali e condizioni di vita dell'utente anziano;
- invecchiamento e vari aspetti ad esso correlati: la solitudine, la sessualità;
- relazione e rapporto con la famiglia dell'utente anziano.

Tecniche di animazione (durata: 12 ore)

- tecniche di animazione: finalità dell'animazione nelle strutture sanitarie e socio sanitarie,
- esperienze di animazione,
- analisi dei bisogni,
- predisposizione di programmi di animazione con il Fisiokinesiterapista e gli altri operatori,
- aree di intervento: creativa, ricreativa, socio-culturale, motorio-corporea,
- le possibili attività: laboratori, animazione del tempo libero, attività di interesse culturale, attività di psicomotricità e musicoterapia, attività di stimolo alla quotidianità.

Modulo 5.

Attività pratica di tirocinio

(durata: 150 ore)

L'attività pratica consiste nel tirocinio presso strutture sanitarie per chi opera nel sociale e presso strutture socio assistenziali e per chi presta servizio in ambito sanitario, e può essere integrato da visite guidate, incontri seminariali, ecc.

Principali obiettivi del tirocinio sono:

- analisi delle principali caratteristiche dell'organizzazione del lavoro, con particolare riferimento alla struttura formale e informale;
- individuazione dei propri compiti e della loro relazione con le attività di lavoro e con il contesto organizzativo di riferimento, nella consapevolezza

del processo globale a cui sta partecipando;

- instaurazione di rapporti positivi con l'utente, i familiari e gli operatori coinvolti nel processo di assistenza, adottando gli stili di comunicazione adeguati;
- gestione con equilibrio emotivo dell'inserimento in un contesto lavorativo, dei rapporti interpersonali e delle dinamiche legate ai processi di lavoro;
- esecuzione delle fasi di lavoro previste dalle mansioni specifiche del ruolo per l'apprendimento delle tecniche specifiche e dell'uso corretto delle risorse;
- completamento/apprendimento delle fasi/operazioni di lavoro trattate nel periodo di formazione all'interno della struttura formativa.

Modulo 6.
Attività di rielaborazione e sintesi

(durata: 50 ore)

Questa attività, che completa il monte ore teorico, risponde agli obiettivi di recupero e rielaborazione delle esperienze pregresse e cursuali, e di sintesi fra le conoscenze teoriche e le abilità pratiche, nonché di supervisione del tirocinio. I partecipanti dovranno, attraverso una relazione finale:

- descrivere l'esperienza del tirocinio
- dimostrare di aver svolto approfondimenti in specifici contesti operativi;
- sintetizzare il bagaglio acquisito, l'integrazione fra le conoscenze teoriche e le abilità pratiche.

Lavoro di rete e welfare di comunità: l'esperienza della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

Giuditta Bambara
Coordinatrice regionale
dei profili afferenti
al socio sanitario
EnAIP FVG

La Regione Friuli Venezia Giulia si è distinta, già sul finire degli anni novanta, per le politiche formative rivolte agli operatori di assistenza diretta alla persona creando percorsi formativi sperimentali prima, e consolidati dopo. Grazie alla definizione dei nuovi profili professionali e alla produzione legislativa specifica, i nuovi concetti di assistenza alla persona, che sono affermati nella Legge di Riforma 328/2000 a cui ha fatto seguito nel 2006 la legge regionale n. 6, hanno fatto in modo che si creasse un focus di interesse prioritario sulla formazione e riqualificazione degli operatori di assistenza e sul personale già impegnato nell'assistenza.

L'integrazione socio sanitaria nella Regione Friuli Venezia Giulia

La Regione Friuli Venezia Giulia, infatti, ha saputo coniugare le profonde innovazioni previste dalla Legge di Riforma con le politiche formative del settore innovando i percorsi per l'Operatore di assistenza domiciliare (ADEST), afferente agli enti locali, e per l'Operatore Tecnico di Assistenza (OTA), afferente alla sanità, nella separatezza dei ruoli e con modelli prestazionali.

Già nel 2000, la Regione ha affrontato in termini formativi il tema dell'integrazione di queste due figure di assistenza per:

- fornire una risposta globale alle esigenze di benessere dei cittadini;
- promuovere e salvaguardare la qualità della vita del singolo e della comunità;
- evitare/ridurre duplicazioni e sprechi;
- utilizzare al meglio le risorse esistenti pubbliche e private.

È iniziato così un decennio di grande progettualità e di cambiamenti: il "sociale" e il "sanitario" hanno dovuto necessariamente affrontare nodi fondamentali come:

- l'analisi del rapporto tra le prestazioni e la soddisfazione dei bisogni (efficiacia);
- l'analisi del rapporto fra costi e benefici (efficienza);
- l'analisi del rapporto tra domande, offerte, bisogni e condizioni socio-economiche (equità);
- l'analisi del rapporto tra qualità offerta, qualità percepita, qualità attesa.

Per affrontare questi nodi e per ottimizzare questi punti, è stato necessario, e fondamentale, favorire un alto

La costruzione di un welfare di comunità, al cui baricentro c'è la formazione e qualificazione degli Operatori Socio Sanitari, è prima di tutto un'opera culturale, che richiede adeguamenti normativi, lavoro di rete, etica professionale. Una sfida che la Regione Friuli Venezia Giulia ha lanciato sul territorio dieci anni fa e che oggi può dirsi vinta.

Corso OSS - EnAIP FVG.



livello di integrazione dei servizi sanitari con quelli socio-assistenziali, soprattutto nelle cosiddette aree ad alta integrazione socio sanitaria: anziani, materno-infantile, disabili, tossicodipendenti, malati di mente e non autosufficienti per varie patologie.

È stato subito evidente che l'evoluzione dei bisogni espressi dagli utenti e i nuovi modelli organizzativi dei servizi avrebbero imposto la necessità di un operatore unico per interventi socio-assistenziali e sanitari di base, che proprio per la sua collocazione a più diretto e continuo contatto con la persona, avesse il compito di sostenerla nel proprio contesto di vita quotidiana e di favorirne l'autonomia e il benessere.

Un operatore unico con una forte professionalità che, tenendo conto della centralità del soggetto, potesse

rispondere alla soddisfazione dei suoi bisogni primari, in un contesto sociale e/o sanitario, inserito in un'équipe in collegamento con le varie specificità professionali (assistenti sociali, medici, infermieri, servizi specialistici, etc.).

Si è lavorato quindi sul tema dell'operatore unico, qualificato, in grado di collaborare per l'assistenza diretta alla persona non autosufficiente o temporaneamente tale, di attuare interventi sanitari e di assistenza a domicilio, nelle residenze, nei centri diurni, negli ospedali, e di eseguire interventi predisposti da figure funzionalmente superiori nel contesto dei servizi sociali e dei servizi sanitari.

La finalità generale è stata quella di avere operatori in grado di garantire all'utenza un insieme di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, sia di carattere continuativo che estemporaneo,

che rispondessero in maniera globale ai bisogni favorendo il recupero e la conservazione del maggior grado possibile di autonomia, consentendo quindi alla persona la permanenza parzialmente protetta nel proprio ambiente, con il fine ultimo del miglioramento della qualità della vita.

Per arrivare ad attuare realmente tale obiettivo, è stato necessario strutturare modelli operativi articolati che, attraverso livelli reali di lavoro integrato, fossero in grado di:

- dare risposte diversificate, personalizzate e appropriate al bisogno socio sanitario evidenziato;
- offrire alla famiglia il necessario sostegno e stimolo alla più ampia collaborazione e partecipazione ai programmi;
- favorire, laddove è possibile, momenti di socializzazione dei destinatari;
- utilizzare tutte le risorse umane disponibili ottimizzandone l'impegno in una logica di lavoro in équipe.

L'evoluzione del profilo professionale e la formazione

La centralità di una simile figura è riconducibile all'obiettivo del mantenimento e dell'integrazione del cittadino nel proprio ambiente. Tutto ciò, sia attraverso una rete di servizi territoriali di sostegno alla persona, tra cui quello di assistenza domiciliare integrata, sia attraverso soluzioni sostitutive, come l'assistenza residenziale in presidi tutelari, la cui organizzazione favorisca i rapporti della persona con il proprio ambiente di vita, contrastando i rischi di isolamento e di emarginazione, qualora per motivi di grave non autosufficienza o di carenza totale di supporti familiari e di vicinato, non risulti sufficiente il servizio di assistenza domiciliare.

Un operatore di base, quindi, con una formazione professionale che permetta di agire in tutte le sedi in cui è richiesto un intervento di sostegno all'autonomia della persona, per tutte le condizioni e le fasce di età in cui si verifichi la necessità delle sue prestazioni. Un operatore che sia orientato verso obiettivi da raggiungere e verso progetti da formulare e realizzare. Non più solo una professionalità per prestazioni, ma una professionalità per risultati e quindi in grado di mantenere i collegamenti tra i servizi sanitari e sociali e le famiglie o le Residenze: si realizza così la possibilità di domiciliare uomini e donne che hanno bisogno di cure mediche, ma non necessariamente di soggiornare in un presidio ospedaliero. È pleonastico evidenziare la capacità di assorbimento che il mercato occupazionale ha avuto in relazione a questa figura, il cui profilo, all'inizio sperimentale, ha risposto da subito ai nuovi bisogni espressi dai soggetti e dai servizi.

L'evoluzione demografica, i mutamenti sociologici e sociali dei contesti, hanno posto problemi di sostenibilità della rete di assistenza e interrogativi complessi al sistema integrato dei Servizi riguardanti le modalità, l'appropriatezza e la qualità degli interventi in favore della popolazione, specie per le persone che riescono a mantenersi nel proprio domicilio.

La sfida è stata avere un sistema sensibile ai mutamenti socio demografici in atto in grado di cogliere e accogliere la conseguente trasformazione della domanda di salute, intesa nella sua concezione ampia, in cui le componenti sanitaria e sociale convivono.

Le politiche regionali hanno messo in campo strategie orientate a dare risposte ai bisogni della popolazione anziana attraverso:

- il potenziamento degli interventi di sostegno alla domiciliarità e di con-



- trasto all'istituzionalizzazione;
- lo sviluppo di cure intermedie, attraverso il potenziamento della residenzialità temporanea e diurna;
- la riqualificazione dell'attuale rete delle strutture residenziali per anziani.

Le strategie della Regione per un welfare di comunità

Tra le strategie elencate, prioritario è senza dubbio il sostegno alla domiciliarità. Vanno in questa direzione le significative risorse messe a disposizione a livello regionale, sia in forma di incentivi economici sia come modificazione dei servizi e delle prestazioni. Il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP), ad esempio, rappresenta una risorsa essenziale all'interno della rete dei servizi ad alta integrazione socio sanitaria e ha l'obiettivo specifico di evitare l'istituzionalizzazione e favorire il mantenimento della

persona (non solo anziana) nel proprio domicilio.

Inoltre l'innovazione del sistema di *welfare* regionale ha delineato progressivamente un modello di sistema integrato di interventi socio assistenziali e sanitari, con l'obiettivo di creare servizi che siano in grado di rispondere ai bisogni assistenziali complessi delle persone, anziane e non.

I Distretti Sanitari e i Servizi Sociali dei Comuni, infatti, hanno assunto un ruolo centrale nell'organizzazione dei servizi e nella definizione del percorso di accesso ai servizi socio sanitari; ciò ha consentito di sviluppare strumenti di integrazione socio sanitaria sia a livello gestionale che a livello professionale. La continuità assistenziale, per fare un esempio, con i protocolli interaziendali attraverso strumenti e prestazioni integrati ha permesso una significativa riduzione delle degenze ospedaliere e dei ricoveri impropri e reiterati.

Per quel che riguarda le politiche di integrazione tra i servizi e la presa in carico integrata si può quindi affermare che il territorio regionale, in particolare quello di Trieste, è stato un laboratorio privilegiato di innovazione, buone pratiche di salute e di integrazione socio sanitaria.

Si vuole ricordare, a titolo esemplificativo, come il Progetto Microaree che l'Azienda per i Servizi Sanitari Triestina svolge assieme al Comune di Trieste, l'Atter, la Cooperazione sociale e Volontariato e l'EnAIP FVG, sede della Microarea Molino a Vento-EnAIP, interpreta a pieno le innovazioni legislative nel campo della salute e del benessere, vale a dire promuovere il lavoro integrato con la comunità per produrre salute; costruire benessere sociale a partire dalla partecipazione delle persone; spostare il baricentro dell'intervento dal "servizio" alla "persona", che diventa così protagonista del proprio progetto di salute.

Anche sul versante della residenzialità sono avvenute sostanziali modificazioni, prima tra tutte l'impegno che la Regione ha profuso nella formazione/aggiornamento del personale che operava senza alcun titolo; nella revisione in essere delle classificazioni delle Case di riposo con gli standard minimi di qualità, nei protocolli operativi con i Distretti, nell'apertura delle Residenze al territorio con il potenziamento dei Centri diurni.

È alla consapevolezza di tutti, istituzioni, operatori e familiari, che la risposta residenziale rappresenta, e rappresenterà per una fascia di popolazione anziana, in particolare non autosufficiente, l'unica possibile risposta a fronte dell'assenza di una adeguata rete familiare e dei limiti delle risorse pubbliche.

Emerge, quindi, un reale bisogno di assistenza da parte del territorio e all'ente pubblico spetta il compito di organizzarne la risposta, in forme diversificate, attingendo alle risorse esistenti, in termini di servizio pubblico e di privato sociale, di reti solidali e di mercato.

I percorsi di qualificazione e riqualificazione

A questo fermento progettuale che ha ridisegnato il ruolo e le competenze dei servizi e l'organizzazione degli stessi, è seguito un fortissimo impegno di qualificazione e riqualificazione del personale di assistenza, di cui di seguito diamo conto, totalmente sostenuto con risorse pubbliche, il Fondo Sociale Europeo, gestito dall'Ente Regione Friuli Venezia Giulia attraverso gli Enti formativi accreditati.

Per quel che riguarda le figure di base dell'assistenza ospedaliera, cioè l'Operatore Tecnico dell'Assistenza (OTA) già nel 2000 la Regione è partita con un piano di riqualificazione per la formazione dell'operatore unico, chiamato provvisoriamente ADEST/OTA, per poi divenire ufficialmente Operatore Socio Sanitario (OSS), con l'Accordo Stato-Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 21 febbraio 2001. Tutte le Aziende Sanitarie della Regione Friuli Venezia Giulia sono state chiamate ad adeguare la qualifica dei propri operatori OTA in OSS, diventata anche contrattualmente la nuova figura professionale nella sanità.

Con il già citato accordo del 2001, che sanciva il nuovo profilo e gli ambiti lavorativi nonché l'ordinamento didattico dell'OSS, la Regione Friuli Venezia Giulia dichiarava conclusa la formazione separata sia per l'ADEST, che per l'OTA e prendeva l'avvio dell'era della formazione degli Operatori Socio Sanitari, che con attenta analisi dei bisogni e fabbisogni qualificava in media 200 operatori ogni anno sul tutto il territorio regionale.

Gli Enti formativi accreditati, *in primis* l'EnAIP FVG, hanno praticamente gestito la formazione, con un altissimo livello di coinvolgimento delle Aziende sanitarie, ospedaliere e universitarie, degli Enti locali, delle strutture residenziali e dei Servizi domiciliari e per

l'handicap, usufruendo di una regia regionale dedicata da parte dell'Assessorato alla Formazione, attenta e aperta alle innovazioni. In dieci anni, la Regione Friuli Venezia Giulia ha formato circa 1.500 nuovi operatori di cui il 40% è stato qualificato presso l'EnAIP FVG.

La ricchezza progettuale, la capacità di analizzare e di leggere i contesti e prevedere scenari futuri hanno caratterizzato tutta l'attività formativa in questa Regione e, cogliendo anche opportunamente il sostegno della produzione legislativa regionale degli anni duemila (legge n. 18/2005 e legge n. 6/2006), hanno prodotto riferimenti normativi che hanno veicolato il diritto alla riqualificazione e alla formazione permanente delle persone anche occupate, imponendo a Servizi e strutture, standard qualitativi superiori che prevedono operatori adeguatamente formati.

Nel 2002, è partito il programma Misure compensative per conseguimento della qualifica di OSS, che vede gli Enti accreditati impegnati a riqualificare le operatrici e gli operatori ADEST, dipendenti dagli enti locali e da cooperative di Servizio in Operatore Socio Sanitario (OSS), così come aveva fatto qualche anno prima la Sanità regionale.

Questo programma, conclusosi nel 2007, ha completato la riqualificazione ADEST e OTA azzerando così le figure settoriali, fatta eccezione per una piccola parte residuale che per motivi validi ha deciso di non accedere a questa opportunità, come per esempio, essere alla soglia della pensione.

Va da sé che queste operazioni di riqualificazione, che hanno coinvolto migliaia di lavoratrici e lavoratori a livello regionale, sono state un'operazione importante dal punto di vista della dignità e della crescita professionale soggettiva, ma soprattutto dal punto di vista della stabilizzazione del posto di lavoro. Sempre di più, infatti, gli

Corso OSS - EnAIP FVG.



operatori non riqualificati vedevano a rischio il proprio posto di lavoro, in particolare l'operatore dipendente del privato e del privato sociale.

A partire proprio dai concetti di dignità e crescita professionale e stabilizzazione del posto di lavoro, nel 2004 la Regione Friuli Venezia Giulia ha promosso un altro Programma formativo conclusosi nel 2012, "Competenze minime nei processi di assistenza alla persona", con l'obiettivo/obbligo di avviare un processo formativo per gli operatori di residenze, servizi privati e cooperative, privi di qualsiasi formazione e assunti prima delle nuove normative che prevedono operatori adeguatamente formati.

Attraverso corsi di formazione prevalentemente aziendali, messi in essere dalla Regione e finanziati dal Fondo Sociale Europeo, gli Enti accreditati hanno formato circa tremila persone, personale privo di alcun credito formativo e quindi ad alto rischio di espulsione dal mondo del lavoro.

Attualmente la Regione ha varato il Programma 34, triennale, che si chiuderà il 31 dicembre 2014, in cui un'ATI di enti accreditati – di cui EnAIP FVG è capofila – sta gestendo i corsi per completare la formazione di operatori con crediti formativi nell'ambito dell'assistenza diretta alla persona, per acquisire la Qualifica di Operatore Socio Sanitario. Nei primi otto mesi di attività sono in formazione e/o sono stati già formati, circa 900 persone. Il bacino di utenza, che non potrà esaurirsi in questo primo triennio, supera le 3000 persone.

In Regione si è lavorato quindi per costruire un *welfare* di comunità anche attraverso la formazione e la qualificazione delle persone: la costruzione condivisa di un futuro auspicabile di una comunità locale è un'opera culturale e relazionale di grande importanza. Condurre in maniera equilibrata ed efficace un processo di questa natura significa fare leva su dimensioni cruciali

del lavoro di rete: la responsabilità comune dei problemi, la collaborazione fra gli attori del sistema, la partecipazione al governo del sistema, l'incremento delle relazioni fiduciarie, lo sviluppo delle competenze. E la Legge regionale sul *welfare* (6/2006) individua i soggetti del territorio come attori principali nella costruzione di una comunità vivibile: il territorio si articola in dimensioni nuove e su queste dimensioni assieme ai cittadini e alle cittadine si opera per la fruizione dei diritti primari e di cittadinanza. È importante spingersi su queste logiche per stimolare nella società, nelle sue aggregazioni, nelle sue espressioni anche istituzionali, le energie e le risorse più aperte e costruttive, agevolando fra di esse dialogo e collaborazione, perché l'intera comunità maturi sensibilità ai temi del benessere, della socializzazione e della emarginazione, se ne faccia carico, sviluppi partecipazione attiva e solidarietà sociale.

In termini di risultati, la partita è stata alta. Potremmo dire che i servizi in Friuli Venezia Giulia possono dotarsi di un operatore di base unico, in grado di adottare:

- un approccio relazionale con la persona che è al centro di tutto il procedimento, che valorizza la sua identità e che utilizza il più possibile le sue risorse, quelle della sua famiglia e quella della sua rete di appartenenza;
- un approccio che riconosce al lavoro anche un valore di scambio e socialità e che ponga attenzione alla diversità dei soggetti facendone emergere le esigenze, con particolare attenzione alla dimensione multiculturale;
- un approccio complesso ai problemi (psicologico, sociologico e sanitario ma, integrato) per favorire analisi equilibrate e interventi articolati, con un orientamento del lavoro per obiettivi più che per adempimenti;

e che:

- pratica una cultura professionale vista non come attività di singoli, ma come intervento coordinato all'interno di una rete di servizi e di solidarietà, capace di sviluppare un lavoro interdisciplinare inserito in un'équipe, per evitare lo spreco delle risorse e la sovrapposizione degli interventi;
- possiede conoscenze e abilità per confrontare stili professionali che, troppo spesso, nella sanità tendono ad essere imperniati sul concetto di "prestazione", e che nel sociale sono invece più imperniati sul concetto di "relazione", e sintetizzare quindi le risposte ai bisogni socio sanitari;
- gestisce e cura i rapporti con il gruppo di lavoro, si relaziona con i livelli superiori, consapevole e disponibile a migliorare la propria professionalità;
- agisce per la concretizzazione di un nuovo stile di lavoro, integrato, multidisciplinare, di rete, basato sull'individualizzazione di criteri comuni nella gestione delle problematiche e sulla formulazione di una concreta progettualità;

- opera la realizzazione di una nuova concezione dell'Assistenza e della Sanità che permetta concretamente la diminuzione e la prevenzione di ricoveri e di istituzionalizzazione, soprattutto per le fasce deboli.

Considerazioni conclusive

L'impegno che EnAIP FVG ha profuso in tutto il processo è sempre stato attento, competente, costante e puntuale. Si è trattato e si tratta di un vero e proprio lavoro di rete ed EnAIP, con la propria specificità, ne è un nodo che produce trasformazione.

L'alto grado di relazione/integrazione che EnAIP FVG ha con il settore socio sanitario - Aziende Sanitarie e Ospedaliere, Enti Locali e Ambiti, ASP e Case di Riposo, Case di cura, Cooperative - costruito nel tempo con attività in partenariato su molti progetti di diversa natura, curando la formazione degli utenti/ospiti, degli operatori e del personale; promuovendo e curando iniziative convegnistiche sui temi del *welfare* e dei diritti, delle metodologie di intervento e della organizzazione/*governance* dei servizi stessi, ha consentito di essere partner riconosciuto anche nell'impegno della formazione/qualificazione dell'Operatore Socio Sanitario (OSS).

L'esperienza maturata in questi anni ci permette quindi di affermare che l'integrazione di percorsi formativi, in passato separati e disgiunti, ha qualificato personale con una maggiore professionalità, in grado di contribuire a elevare lo standard medio delle prestazioni e degli interventi forniti dai servizi dove è stato impiegato, che ha usufruito di una più ampia gamma di opportunità di inserimento lavorativo e di una maggiore mobilità trasversale tra il settore sanitario e quello assistenziale. Assistere giorno dopo giorno, talvolta per anni, persone in difficoltà come

anziani non autosufficienti, disabili, pazienti psichiatrici, malati terminali, donne e bambini; prendersi cura di loro, nella quotidianità e nel tempo, promuovere pratiche di assistenza indirizzate a implementare i diritti oltre che i sistemi di protezione: è questo l'impegno dell'Operatore Socio Sanitario (OSS), operatore di base preposto ai bisogni fondamentali delle persone assistite.

I gesti necessari per aiutare le persone nelle funzioni basilari della vita (lavarsi, vestirsi, mangiare, dormire, muoversi) sono apparentemente semplici; in realtà, richiedono molta cura e attenzione, per essere investiti di senso e realizzati con coscienza e responsabilità.

Aver cura della persona, e non solo curare le malattie, significa che tutti coloro che hanno un approccio diretto con la persona in difficoltà, devono aggiornare le proprie competenze anche sul piano psicologico e relazionale, iniziando a fare i conti con un cambiamento profondo dell'etica professionale, con la considerazione che hanno della persona da assistere, con il proprio stesso vissuto come persone che hanno il potere di portare sollievo.

Chiunque si sia trovato in una condizione di fragilità, anche temporanea, ha ben presente l'importanza di essere accolto con professionalità fin dalle prestazioni di base, considerate elementari e quindi spesso date per scontate, talvolta perfino sottovalutate: insieme al desiderio di prendersi cura dell'altro e a quelle doti umane che rendono possibile una relazione di aiuto, sono indispensabili, per l'assistenza di base, competenza e professionalità. La produzione legislativa che nell'ultimo decennio è stata prodotta a tutti i livelli, nazionale e regionale, va in questa direzione: formare a una metodologia che si avvicina sempre più alla prevenzione e al risanamento di situazioni invalidanti, senza sottovalutare le tecniche relative alla cura e alla prestazione. ■



Da quando dieci anni fa, con l'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 (accordo tra il Ministero della Sanità, il Ministero per la solidarietà sociale e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano), è stata istituita la figura dell'Operatore Socio Sanitario, le funzioni e le competenze di chi si occupava di assistenza nell'ambito sanitario o in quello sociale, si sono fuse e integrate in un unico contesto professionale.

Ne è derivato un nuovo profilo: complesso, articolato e fortemente richiesto dal mercato del lavoro. Un tipo di lavoro che pare non conoscere flessioni, e per il quale si intravede un futuro occupazionale più roseo di altri.

Eppure in questi anni non si è ancora riusciti a mettere a sistema un percorso omogeneo di qualificazione degli OSS.

Tuttora, permangono differenze tra le regioni non solo nella formazione, ma anche nel riconoscimento dei crediti pregressi, e nella stessa certificazione delle competenze.

E pensare che disporre di procedure omogenee di certificazione favorirebbe quella mobilità geografica che, secondo gli analisti, è tra i fattori che più incidono positivamente nel favorire l'occupabilità degli OSS.

Su questo e altri temi abbiamo chiesto un parere a un'esperta di settore.

Il punto di vista di



Vittoria De Astis

Coordinatrice rete professioni sanitarie
Regione Liguria

A cura di
Irene Bertucci
e **Emiliano Stroppiana**

1ª domanda

Negli ultimi anni si è fatto molto per formare e qualificare la figura dell'Operatore Socio Sanitario. Alla luce di quanto è stato fatto finora, e tenendo conto di quanto si sta programmando per il prossimo futuro, come valuta oggi la professionalità dell'OSS? Come si presenta il mercato della domanda e dell'offerta per questa figura professionale?

L'attività dell'OSS è complessa. Per rendersene conto è sufficiente partire dalla considerazione dei settori a maggiore occupazione: ospedali e il settore della residenzialità di vario tipo (disabili, psichiatrici, anziani). È pertanto evidente che i contenuti di lavoro, le attività e le stesse competenze che deve possedere un OSS sono anche di tipo sanitario. Anche se tali attività sono agite dall'OSS a seguito dell'attribuzione da parte di altri professionisti (prevalentemente infermieri), è comunque evidente che il

trattamento ad esempio di un soggetto con Alzheimer, o con esiti di fratture, o di ictus comporta problematiche sanitarie e assistenziali che vanno gestite con la necessaria competenza. La stessa utenza anziana è nel tempo profondamente cambiata. La signora d'un tempo che decideva di ritirarsi in una casa di riposo, per questioni familiari o di semplice comodità, non esiste praticamente più. Oggi, l'anziano che accede ai servizi sanitari o alle strutture residenziali presenta spesso problematiche importanti, demenza avanzata, grandi fragilità, che richiedono di agire competenze sanitarie specifiche. Poi è vero che l'OSS può lavorare anche in contesti diversi da questi, come nell'accompagnamento di disabili, o nel sostegno scolastico, ma si tratta di attività residuali e comunque non meno impegnative. Il sistema sanitario nazionale ha quindi tutto l'interesse al fatto che la competenza sanitaria sia parte integrante di questa attività e che sia acquisita nel migliore dei modi, altrimenti rischieremmo di avere operatori non in grado di rispondere ai bisogni reali dell'utenza.

In questo settore c'è una prevalenza femminile fortissima, come accade nelle altre professioni di aiuto e

assistenza, ma che va di pari passo con il più generale problema dell'occupazione femminile che è sempre più debole. Ecco quindi che frequentare un corso di aggiornamento, riqualificare le proprie competenze, conseguire un titolo riconosciuto, significa acquisire garanzie, per la propria occupabilità, che non vanno sottovalutate.

Nel corso della mia esperienza lavorativa presso le diverse commissioni d'esame in Liguria, ho sempre riscontrato una buona preparazione degli operatori, nelle diverse tipologie di corsi. Per esempio, tutti dimostravano di aver acquisito un linguaggio tecnico, corretto, formalmente adeguato, che riflette la consapevolezza del ruolo, e l'acquisizione di un certo tipo di mentalità. Ho riscontrato questa buona preparazione anche in quelle persone che per età o esperienze pregresse non avevano molta familiarità con lo studio. In particolare nei corsi di riqualificazione, ho riscontrato una motivazione molto forte, perché c'era la consapevolezza che svolgere un lavoro senza alcun titolo riconosciuto, rende professionalmente molto deboli. Nei corsi per disoccupati abbiamo registrato qualche abbandono, peraltro fisiologico, ma nel complesso ritengo che lo sforzo compiuto dagli enti di

formazione con le ASL, abbia prodotto veramente ottimi risultati.

Sul versante domanda-offerta, è molto difficile fare delle stime. Tenendo conto di quello che accade nella mia regione, in Liguria, riceviamo continue richieste da parte di persone che vorrebbero svolgere questo lavoro. Quindi una domanda importante. Se parliamo del fabbisogno espresso dalle aziende sanitarie e dalle strutture private, dobbiamo fare delle distinzioni. Secondo le rilevazioni in atto, il sistema sanitario regionale non è destinato ad assorbire un numero elevato di persone che escono dalla prima formazione anche per via del blocco delle assunzioni, mentre per il privato accreditato, l'offerta è costante ed elevata. La richiesta di OSS esiste, e dalle valutazioni effettuate praticamente nella nostra regione tutti gli operatori formati sono stati inseriti.

2ª domanda

Secondo diversi esperti, uno dei problemi che ostacolano il pieno riconoscimento della figura professionale dell'OSS è l'assenza di un sistema nazionale di certificazione delle competenze che consenta tra l'altro la mobilità degli operatori tra le regioni. Qual è la sua opinione in materia?

La qualifica OSS è riconosciuta e valida su tutto il territorio nazionale, anche se le modalità di realizzazione dei corsi non sono uniformi sul territorio. In alcune regioni, infatti, la formazione si svolge presso le strutture formative del SSN mentre in altre se-

ne fanno carico Enti Formativi accreditati. Ciò che però ha creato qualche problema è il punto dell'Accordo Stato-Regioni del 2001 che prevede che spetti alle regioni e alle province autonome, nel contesto del proprio sistema della formazione, quantificare il credito formativo da attribuirsi a titoli e servizi pregressi, in relazione all'acquisizione dell'attestato di qualifica relativo alla figura professionale di Operatore Socio Sanitario, prevedendo misure compensative in tutti i casi in cui la formazione pregressa risulti insufficiente, per la parte sanitaria o per quella sociale, rispetto a quella prevista dal decreto. Quindi è sulla parte cosiddetta di riqualificazione che si sono verificate differenze nel riconoscimento di titoli e attività pregresse determinando la realizzazione di percorsi formativi anche fortemente differenziati tra loro. Inoltre anche il contributo economico del corsista è diverso, e in molti casi arriva e supera i duemila euro.

Quindi abbiamo una situazione a macchia di leopardo aggravata dal fatto che ad oggi non esiste alcuna forma di registrazione dei titoli che vengono rilasciati e questa situazione in futuro potrebbe comportare dei seri problemi nel riconoscimento delle qualifiche.

Vale la pena ricordare che nel 2001 si decise di istituire la qualifica di Operatore Socio Sanitario proprio per riunire in un'unica figura la miriade di qualifiche regionali che prima operavano indifferentemente nelle strutture ospedaliere pubbliche o in quelle private, tanto per citarne alcune, l'OTA, l'ADEST, l'ASA e l'OSA. Quindi, non esistendo più queste figure, il problema del riconoscimento delle qualifiche, in teoria tra le Regioni non dovrebbe esistere. Sicuramente è necessario dare maggiore omogeneità alla qualifica degli OSS, anche perché potendo accedere ai concorsi del Servizio

Sanitario Nazionale, non ha senso che questa figura professionale provenga da percorsi formativi così differenziati. Certamente l'ideale sarebbe istituire se non un vero Albo professionale, almeno una forma di Registro che certifichi alla fonte la validità del titolo. In questo modo si eviterebbe anche il rischio di veder circolare diplomi falsi, una realtà che purtroppo esiste e che noi stessi abbiamo recentemente denunciato.

Comunque sono stati istituiti presso il Ministero della Salute, alcuni tavoli tecnici tra le regioni per confrontare dispositivi, trasferire buone pratiche, ed elaborare politiche interregionali su questa figura.

3ª domanda

In un quadro così frammentato di qualificazione degli OSS, c'è anche il problema di come riconoscere i crediti pregressi. Qual è lo stato dell'arte?

La questione dei crediti è alquanto spinosa perché non ci sono regole valide sul piano nazionale, come accennavo prima. In Liguria, abbiamo un sistema di riconoscimento dei crediti derivanti da attività lavorative e formative pregresse che funziona molto bene grazie al lavoro di una Commissione interprovinciale che fino ad oggi ha valutato diverse situazioni, ha deliberato in merito ai crediti formativi da assegnare ai partecipanti per la frequenza ai corsi OSS con criteri e regole ben precisi, e non abbiamo registrato problematiche di alcun tipo. Non conosco la situazione delle altre Regioni con l'eccezione dell'Emilia Romagna. In quella Regione è stato

attivato un sistema di certificazione delle competenze grazie al quale, attraverso un ente accreditato si può, se in possesso di precisi requisiti, accedere direttamente ad un esame. Lo stesso esame si può concludere con il rilascio della qualifica, se si dimostra di possedere tutte le competenze necessarie, oppure con una certificazione parziale. Questo sistema, pur essendo in linea con le raccomandazioni europee, ci ha creato qualche difficoltà. Alcuni Enti, infatti, hanno avviato percorsi formativi pubblicizzati in modo ingannevole anche sul nostro territorio.

Mi risulta che questo sia accaduto anche in altre regioni. Tali Enti sono stati ovviamente sanzionati in vario modo dalla Regione Emilia Romagna ma ovviamente i disagi si sono creati. Inoltre io personalmente ritengo che questo sistema possa inficiare la programmazione delle regioni relativamente a questa figura. Un numero elevato di persone che faccia ricorso alle procedure di Certificazione delle Competenze è certamente in grado di alterare le stime regionali sulla domanda di lavoro nel settore sanitario e la conseguente programmazione dei corsi.

4ª domanda

In alcune regioni, la formazione degli OSS, che in passato era gestita dalle AA.SS.LL., è da qualche anno di competenza degli enti di formazione che organizzano i corsi in partenariato con le AA.SS.LL. stesse. Dal suo osservatorio regionale come giudica tale cambiamento?

Il cambiamento, che è stato introdotto con l'accesso al FSE, ha rappresentato un vantaggio per il sistema, perché ha dato la possibilità di qualificare adeguatamente un discreto numero di addetti. Per esempio la Liguria è una regione che presenta un tasso di anziani altissimo, circa il 27% ha più di 65 anni, quindi c'è un altrettanto forte fabbisogno professionale. Avevamo già fatto un importante lavoro di riqualificazione del personale del servizio sanitario regionale, mentre era necessario un input forte sul versante del privato accreditato.

Il fatto che molti operatori possano frequentare un corso di qualifica senza particolari oneri a proprio carico è un aspetto estremamente positivo, anche perché si deve tenere presente che l'attività dell'OSS garantisce una certa continuità lavorativa, ma i livelli retributivi sono medio-bassi, quindi si tratta di una fascia di lavoratori che avrebbero molti problemi a investire nella propria formazione per aggiornarsi e mantenere il posto di lavoro.

La possibilità di introdurre nuove modalità di gestione della formazione con il FSE ha anche sgravato il Sistema Sanitario Nazionale di un costo notevole che, in questo periodo di crisi, poteva anche mettere a serio rischio gli investimenti in formazione.

Il partenariato tra gli organismi formativi e le AA.SS.LL. ritengo funzioni benissimo anche perché i primi hanno esperienze, figure professionali, competenze e apparati, mentre le seconde continuano a mantenere un proprio ambito di responsabilità come le docenze, il tutoraggio, il coordinamento dei tirocini e più in generale la supervisione sulla componente sanitaria dei corsi. Soprattutto i tirocini richiedono sforzi organizzativi ed economici importanti. Infatti, dopo tanti anni, si è superata la cultura del tirocinio come un modo di avere "braccia lavorative" a costo zero, e finalmente si

è consapevoli che si tratta di un impegno che richiede personale dedicato a supportare e accompagnare il tirocinante, che va inserito, seguito, formato sul campo.

Inoltre, il partenariato delle ASL con gli enti di formazione comporta un altro vantaggio, cioè la possibilità di superare il rischio di essere autoreferenziali, e consente invece contaminazioni positive, un arricchimento e un allargamento degli orizzonti.

Senza l'impegno degli enti formativi non saremmo riusciti a riqualificare un gran numero di operatori, se non mettendo in campo una quantità enorme di risorse. E questo ci ha anche permesso di sistemare una situazione di irregolarità presente in alcune strutture del privato accreditato.

Non vedo punti di debolezza, forse solo un maggior impegno burocratico per via del tipo di rendicontazioni richieste dal FSE. Nel complesso i punti di forza sono di gran lunga maggiori di quelli di debolezza. ■

Le caratteristiche professionali dell'OSS: alcune evidenze empiriche da studi ISFOL

Massimiliano Franceschetti

Ricercatore ISFOL

Struttura "Lavoro e professioni"

Come è noto, in virtù dell'accordo siglato in sede di Conferenza Stato-Regioni il 22 febbraio 2001, l'Operatore Socio Sanitario è colui che svolge attività finalizzata a soddisfare i bisogni primari della persona in un contesto sia sociale che sanitario, con l'obiettivo fondamentale di favorire il benessere e l'autonomia dell'utente. Si tratta, nei fatti, di una figura che sta diventando sempre più centrale nella nostra società, perché strettamente legata alla possibilità di rispondere ai bisogni emergenti legati all'invecchiamento della popolazione e alle difficoltà delle famiglie di farsi carico di situazioni di disabilità psico-fisica.

L'Italia è uno dei Paesi con la più alta presenza di anziani per effetto dei progressivi incrementi della speranza di vita, contemporaneamente è tra quelli con livelli di fecondità più bassi. Entro il 2015, secondo le più recenti proiezioni demografiche, la percentuale di individui con 65 anni e più potrebbe crescere fino al 22% e, parallelamente, quella dei minori ridursi al 16,6%. Nel lungo periodo le conseguenze del processo di invecchiamento sono tali che entro il 2050 gli over 65 potrebbero rappresentare il 34% della popolazione, mentre i minori

potrebbero ulteriormente ridursi al 15,4%. Se inoltre si considera la correlazione fra invecchiamento e non autosufficienza il quadro problematico generale diventa ancora più esplicito: secondo alcune stime già oggi il 18,5% degli ultra 65enni (circa 2,1 milioni di persone) riporta una condizione di totale mancanza di autosufficienza per almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana¹.

Il trend italiano, naturalmente, non è isolato. Nel Vecchio Continente, secondo la Commissione Europea, l'invecchiamento della popolazione si sta sensibilmente accelerando. Con l'ondata di pensionamenti dei figli del *baby boom*, la popolazione attiva dell'UE inizierà infatti a diminuire già a partire dal 2013-2014. Attualmente, del resto, il numero di ultrasessantenni aumenta a una velocità doppia rispetto a prima del 2007 (circa due milioni in più ogni anno contro un milione in precedenza). La diminuzione della popolazione attiva e l'aumento del numero di pensionati eserciteranno una pressione supplementare sui nostri sistemi assistenziali.

In parallelo c'è un altro aspetto di non minore interesse da considerare con particolare attenzione. Sempre gli esperti della Commissione Europea

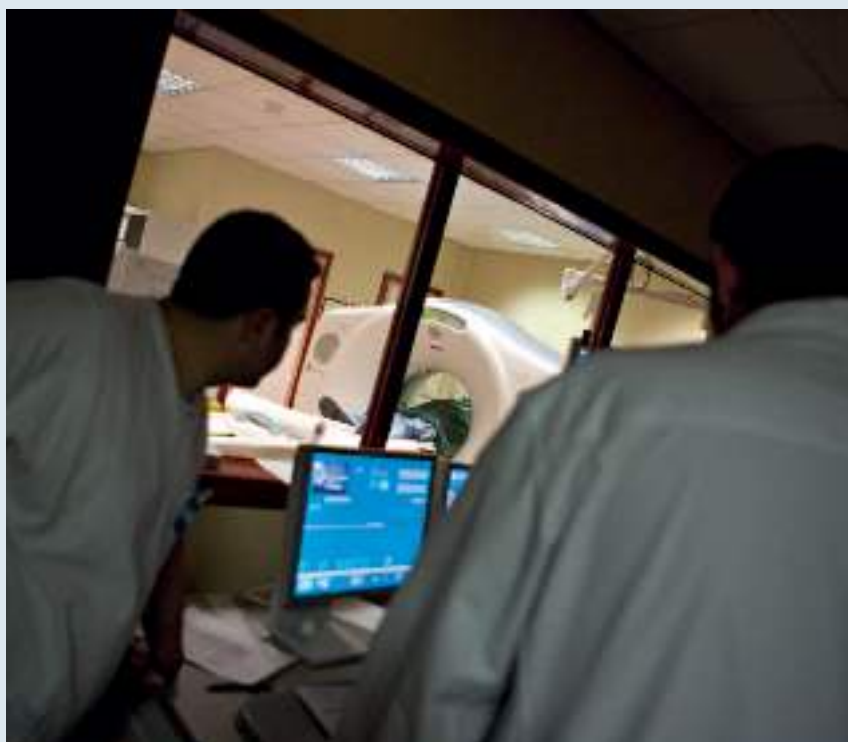
Il ruolo dell'OSS è destinato a crescere nella nostra società, considerato il progressivo invecchiamento della popolazione e il sempre maggiore investimento nei servizi alla salute. Per questa figura, è fondamentale pensare a processi di mappatura delle nuove competenze e a indagini sulla formazione continua, come suggerito anche dal progetto Forth. Per sostenere questi processi, ISFOL mette a disposizione dati e suggerimenti derivanti da indagini nazionali sulle professioni.

“

L'occupazione nel settore della salute e dei servizi sociali cresce più rapidamente che negli altri comparti economici.

Dal 2000 al 2009 nell'Unione Europea circa un quarto dei 15,5 milioni di nuovi posti di lavoro ha riguardato proprio il settore della salute e dei servizi sociali.

”



sottolineano come l'occupazione nel settore della salute e dei servizi sociali cresce più rapidamente che negli altri settori dell'economia. Nel complesso dal 2000 al 2009 nell'Unione Europea sono stati creati 15,5 milioni di posti di lavoro, una buona parte di queste nuove opportunità, circa un quarto (corrispondenti a 4,2 milioni), è stata generata proprio nel settore della salute e dei servizi sociali. Il numero di lavoratori impegnati in attività sociali e sanitarie ha raggiunto ormai la quota di 21,4 milioni (erano 17,2 milioni nel 2000, 20,6 milioni nel 2007)². Nel nostro Paese, secondo i dati Eurostat, la percentuale dei lavoratori impiegati nei servizi sanitari e sociali si attesta al 7,2% del totale degli occupati (vale a dire circa 1,6 milioni). Tra questi, secondo gli ultimi dati forniti dalla *Rilevazione continua sulle forze di lavoro* dell'Istat (anno 2011), ci sono circa 163 mila lavoratori riconducibili alla categoria delle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali che

comprende anche il profilo dell'OSS. Nell'ambito di questo quadro generale, delineato sia a livello comunitario che nazionale, acquista sempre maggiore rilevanza anche per questa figura professionale il binomio competenze-formazione, inteso da un lato come necessità di identificare e mappare le nuove abilità richieste in ambito sanitario e/o domiciliare da specifici target di utenti e dall'altro come opportunità di disegnare, in termini di dispositivi e strumenti più puntuali ed efficaci, percorsi di formazione continua più rispondenti alla realtà. In questa duplice direzione si è giustamente mosso il progetto Forth (*From non-formal and informal learning to a flexible training system for healthcare workers*), pensato appunto per migliorare la conoscenza e la comprensione delle competenze professionali richieste a questo profilo nei differenti contesti di intervento nonché per promuovere riflessioni sul tema della validazione degli apprendimenti precedenti (anche di tipo non formale e informale).

Le pagine successive, a sostegno e a supporto delle piste di azione e di analisi messe in campo nei mesi scorsi dal progetto Forth, forniscono alcuni possibili e interpretabili suggerimenti e spunti di riflessione derivanti da ricerche e studi di tipo qualitativo e quantitativo realizzati nell'ambito della struttura "Lavoro e professioni" dell'ISFOL (Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori), da anni impegnata nello studio delle professioni in generale, e dunque anche di quelle che a vario titolo si occupano di assistere anziani, portatori di handicap e altre fasce svantaggiate di popolazione.

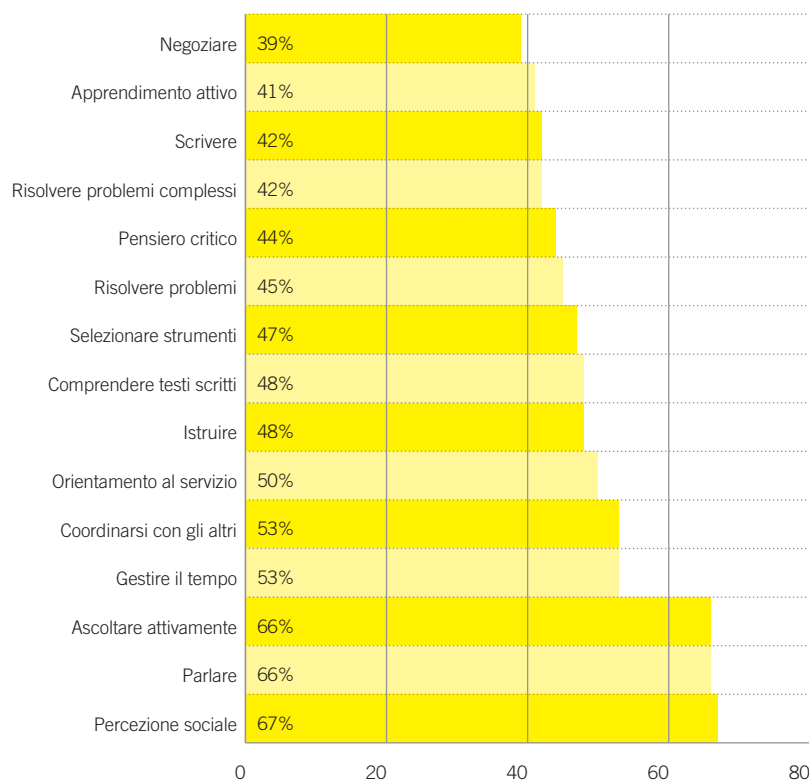
Sul versante qualitativo, soprattutto nell'ottica della formazione continua, alcune evidenze empiriche di qualche significatività possono derivare dalla prima edizione dell'*Indagine campionaria sulle professioni* realizzata da ISFOL e Istat su finanziamento del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e che si è posta l'obiettivo di

fotografare in modo dettagliato il contenuto del lavoro delle professioni esistenti nel nostro Paese. Questa indagine, al momento in corso con la sua seconda edizione, si caratterizza per offrire un contributo innovativo alla produzione di informazioni statistiche sull'occupazione e sulle professioni attualmente vigenti in Italia. L'obiettivo è infatti quello di porre l'attenzione sulla natura e sui contenuti del lavoro, nella prospettiva di descrivere in modo analitico tutte le professioni esistenti nel mercato del lavoro del nostro Paese. L'accento viene posto su differenti aspetti che caratterizzano nel complesso la dimensione professionale di una figura: requisiti specifici, caratteristiche, competenze, conoscenze, valori, attività e condizioni di lavoro. In altre parole l'*Indagine campionaria sulle professioni* fornisce una rappresentazione media della struttura di tutte le professioni esistenti in Italia ricavando tutte le informazioni direttamente sul campo: le rilevazioni sono infatti effettuate presso un campione di circa 15 mila lavoratori nell'esercizio della loro professione, una buona parte dei quali appartenenti al segmento occupazionale del comparto sanitario e sociale. Tutti i risultati dell'indagine sono consultabili in dettaglio nell'ambito del sistema informativo "Professioni, occupazione, fabbisogni" navigabile sul sito professionioccupazione.isfol.it. Le unità statistiche dell'*Indagine campionaria* coincidono con circa 800 Unità professionali (UP)³ che rappresentano un maggior livello di dettaglio (V digit)⁴ della *Classificazione nazionale delle professioni del 2001* nonché l'architettura di raccordo per navigare tra informazioni qualitative e quantitative nell'ambito del sistema informativo appena citato. La tassonomia⁵ utilizzata per l'analisi qualitativa del contenuto del lavoro delle professioni si articola secondo diverse decine di variabili di competenze, di attività generalizzate, di valori e

GRAFICO 1

Professioni qualificate nei servizi sanitari. Importanza attribuita alle competenze sul lavoro.

Fonte: elaborazione su dati Prima edizione "Indagine campionaria sulle professioni", ISFOL-Istat.



di conoscenze. Come già detto il questionario dell'*Indagine campionaria* è stato somministrato direttamente ai lavoratori e gli stessi hanno espresso, per ciascuna delle variabili considerate, un giudizio relativo a un livello di importanza (quanto è importante la variabile nello svolgimento del lavoro quotidiano) e un altro relativo a un livello di complessità (a che livello di complessità la variabile è utilizzata nello svolgimento del lavoro).

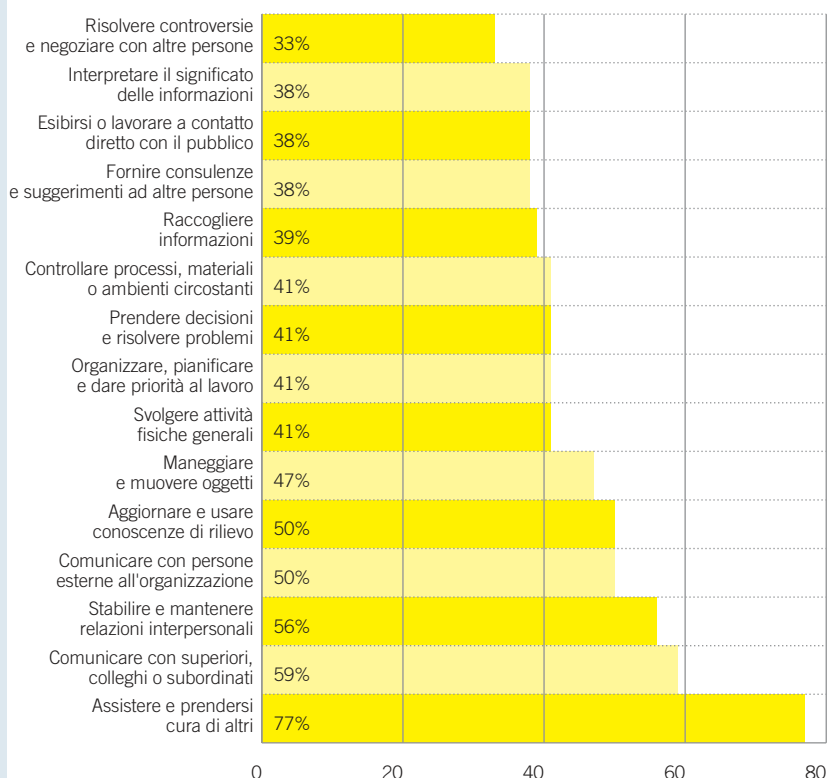
La figura dell'OSS può essere ricondotta, per natura e caratteristiche, all'Unità professionale "Professioni qualificate nei servizi sanitari", indagata in dettaglio nel corso della prima edizione dell'attività di ricerca condotta da ISFOL e Istat, con l'accortezza di ricordare fin da ora come la medesima

Unità professionale ha in sé assorbito di recente in modo più esplicito anche la cosiddetta dimensione sociale e che pertanto in questo caso l'oggetto di analisi della seconda edizione della ricerca sulle professioni, al momento ancora in corso, ha assunto la nuova e più precisa denominazione di "Professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali".

I grafici 1-2-3-4, di seguito consultabili, illustrano in dettaglio la sintesi (valore medio riproporzionato su una scala da zero a cento) dei giudizi espressi dalle professioni qualificate nei servizi sanitari intervistate nel corso della prima indagine in merito all'importanza assegnata alle categorie competenze, valori, attività generalizzate sul lavoro e conoscenze, tutti elementi di

GRAFICO 2

Professioni qualificate nei servizi sanitari. Importanza attribuita alle attività sul lavoro.
Fonte: elaborazione su dati Prima edizione "Indagine campionaria sulle professioni", ISFOL-Istat.



notevole interesse in chiave formativa. I grafici descrivono, per ciascuna delle categorie appena enunciate, i quindici valori di importanza considerati più alti dagli intervistati nel loro complesso, ricordando come l'elenco delle variabili considerate nelle figure costituisce solo una parte del ben più nutrito elenco somministrato ai lavoratori con il questionario strutturato. Questi giudizi, nell'ottica della programmazione e della progettazione di eventuali percorsi di formazione continua per gli OSS, possono suggerire delle priorità tematiche su cui concentrare l'attenzione per la messa a punto di scelte e dispositivi di aggiornamento professionale. Alla luce delle risposte fornite nel corso della prima edizione dell'indagine campionaria appare subito

evidente come tralasciare alcune variabili, in sede di declinazione formativa, sarebbe un errore piuttosto importante, considerata l'importanza rilevante assegnata a questi aspetti dagli stessi intervistati.

Tra le competenze, come si può notare dal **grafico 1**, sono considerate particolarmente importanti la percezione sociale (essere consapevole delle reazioni degli altri e comprendere perché reagiscano in determinati modi), il parlare (parlare ad altri per comunicare informazioni in modo efficace) e l'ascoltare attivamente (fare piena attenzione a quello che altri stanno dicendo, soffermandosi per capirne i punti essenziali, ponendo domande al momento opportuno ed evitando interruzioni inappropriate). A non molta distanza

“ Secondo le indagini nazionali sulle professioni, le opinioni e i giudizi sulla figura dell'OSS aiutano a comprendere quali sono le competenze ritenute strategiche per l'esercizio di questa professione e indicano i contenuti da prediligere per la formazione e l'aggiornamento. Ignorare queste indicazioni sarebbe un grave errore.

seguono il saper gestire il tempo e il coordinarsi con gli altri.

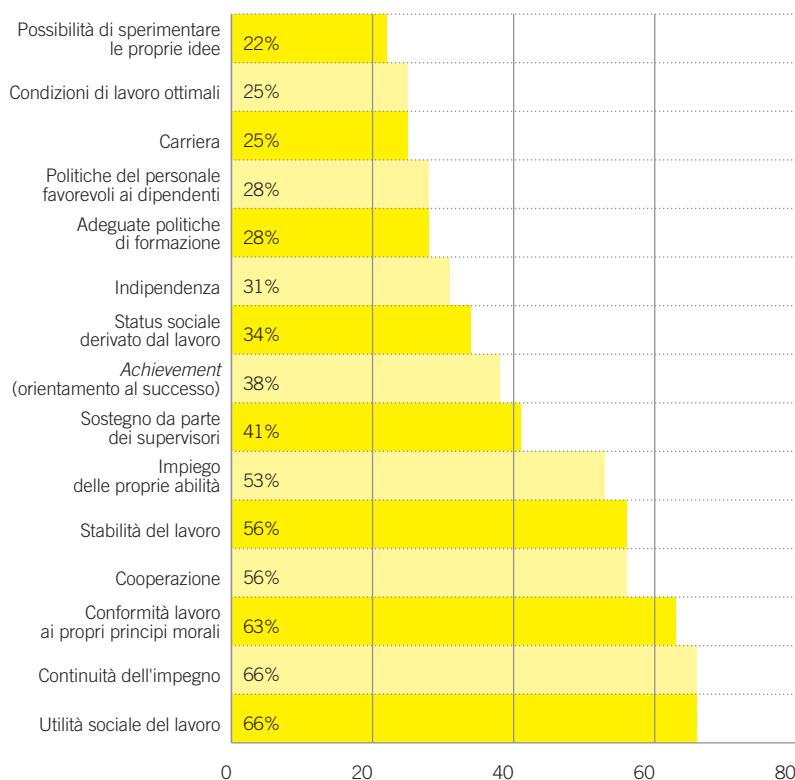
Tra le attività lavorative, invece, hanno particolare rilievo quelle attinenti l'assistere e prendersi cura di altri (fornire assistenza personale, attenzione medica, supporto emotivo o altre cure personali ad altri, per esempio colleghi, clienti, pazienti), il comunicare con superiori, colleghi o subordinati (fornire informazioni ai superiori, ai colleghi e ai subalterni, per telefono, in forma scritta, via e-mail o personalmente) nonché lo stabilire e mantenere relazioni interpersonali (creare rapporti di lavoro costruttivi e cooperativi e mantenerli nel tempo). Di buona importanza, come si evince dal **grafico 2**, anche le attività relative al comunicare con persone esterne all'organizzazione

nonché quella legata all'aggiornare e usare conoscenze di rilievo.

Sul versante degli aspetti valoriali il **grafico 3** mostra come le professioni qualificate nei servizi sanitari esprimono un giudizio di importanza significativo per quanto riguarda l'utilità sociale del lavoro (svolgere questo lavoro significa eseguire mansioni che impegnano a lavorare a favore degli altri), la continuità dell'impegno (svolgere questo lavoro significa essere impegnati costantemente) e la conformità del lavoro ai propri principi morali (svolgere questo lavoro vuol dire eseguire attività conformi ai propri principi). In seconda battuta, a poca distanza, compaiono i valori strettamente legati alla cooperazione e alla stabilità del lavoro. Infine in tema di conoscenze, come si può notare dal **grafico 4**, non ci sono sorprese particolari. A giocare la parte del leone ci sono le conoscenze relative a: servizi ai clienti e alle persone (conoscenza dei principi e delle procedure per fornire servizi ai clienti e alle persone, valutarne i bisogni e la soddisfazione e definire standard di qualità); lingua italiana (conoscenza della struttura

GRAFICO 3

Professioni qualificate nei servizi sanitari. Importanza attribuita ai valori sul lavoro.
Fonte: elaborazione su dati Prima edizione "Indagine campionaria sulle professioni" ISFOL-Istat



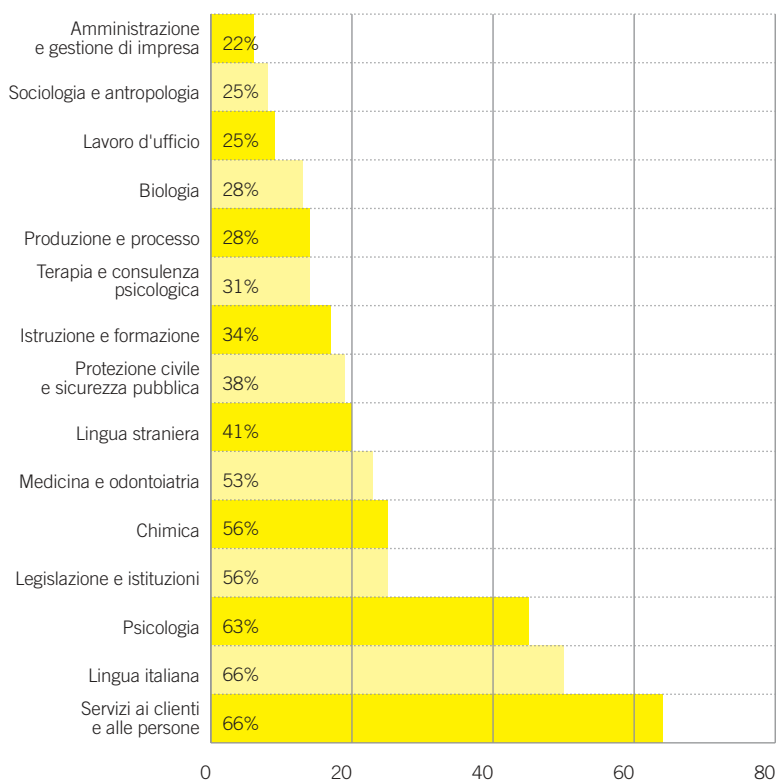
Riferimenti bibliografici

- Accordo tra il Ministero della sanità, il Ministero per la solidarietà sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione, 22 febbraio 2001;
- Accordo tra il Ministero della salute, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'Operatore Socio Sanitario, 16 gennaio 2003;
- Commissione Europea, *Comunicazione Europa 2020. Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva*, Bruxelles, 2010;
- Commissione Europea, *Second Biennial Report on social services of general interest (Commission staff working document)*, Bruxelles, 2010;
- Commissione Europea, *Biennial Report on social services of general interest (Commission staff working document)*, Bruxelles, 2008;
- ISFOL-Istat, *Nomenclatura e classificazione delle Unità Professionali*, Collana Temi&Strumenti, Studi e ricerche, n. 36, 2007;
- Istat, *L'indagine sulle professioni, Contenuti, metodologia e organizzazione*, collana Metodi e norme, n. 42, 2009;
- Istituto regionale di studi e ricerca sociale di Trento, *Il Corso Oss. Analisi e prospettive. Report di ricerca*;
- Marianna Madia (a cura di), *Un Welfare anziano*, AREL/II Mulino, Bologna, 2007;
- Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Direzione generale per l'inclusione e le politiche sociali. Quaderni della ricerca sociale n. 16. *Sistema informativo sui servizi sociali per le non autosufficienze (Sina). Indagine pilota sull'offerta dei servizi sociali per la non autosufficienza*;
- Simone Casadei, Massimiliano Franceschetti, *"Le professioni sociali in Italia. Dimensione occupazionale e contenuto del lavoro"*, sta in Osservatorio ISFOL, anno I (2011), n.3-4, pp. 69-87;
- Simone Casadei, Massimiliano Franceschetti, *"Sistemi di welfare, professioni e offerta formativa sociale in quattro territori regionali. I casi di Abruzzo, Campania, Lazio e Lombardia"*, pp. 83, (ISFOL, collana editoriale digitale Strumenti, 2010);
- Simone Casadei, Massimiliano Franceschetti, *"I servizi sociali in Italia: nuovi scenari e dimensione occupazionale"*, pp. 87, (ISFOL, collana editoriale digitale Strumenti, 2009). Un abstract di questo testo è stato inserito nella documentazione ISFOL fornita nell'ambito della "Seconda Conferenza nazionale sull'associazionismo sociale" svoltasi a Roma il 15 luglio 2010 (Università Gregoriana).

GRAFICO 4

Professioni qualificate nei servizi sanitari. Importanza attribuita alle conoscenze sul lavoro.

Fonte: elaborazione su dati Prima edizione "Indagine campionaria sulle professioni" ISFOL-Istat



e dei contenuti della lingua italiana oppure del significato e della pronuncia delle parole, delle regole di composizione e della grammatica); psicologia (conoscenza del comportamento e delle prestazioni umane, delle differenze individuali nelle attitudini, nella personalità e negli interessi, dei meccanismi di apprendimento e di motivazione, dei metodi della ricerca psicologica e della valutazione e del trattamento dei disordini comportamentali e affettivi). Tutte le altre sono di gran lunga più distanti, a cominciare da legislazione e istituzioni, chimica, medicina e odontoiatria e lingua straniera.

Sempre sul versante qualitativo altre evidenze empiriche deriveranno, a breve, da un'altra indagine progettata sempre nell'ambito della struttura "Lavoro e professioni" dell'ISFOL e denominata *Audit sui fabbisogni professionali contingenti*. La ricerca realizzata con tecnica Cati, a differenza dell'*Indagine campionaria sulle professioni* che in qualche modo delinea un profilo medio delle professioni (una sorta di fotografia dettagliata ma comunque legata a un momento preciso e delimitato nel tempo), si pone l'obiettivo di raccogliere in modo più dinamico informazioni di tipo qualitativo sui fabbisogni a breve termine (come orizzonte temporale i prossimi dodici mesi) delle imprese (anche cooperative) in termini di carenza/mancanza di specifiche conoscenze/competenze legate ai lavoratori presenti nell'impresa. Anche questa indagine⁶, sempre nell'ottica del miglioramento delle attività di programmazione e progettazione di percorsi di aggiornamento e di formazione continua, potrebbe fornire informazioni preziose sulla Unità professionale "Professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali". Agli imprenditori e ai responsabili del personale delle grandi, medie e piccole imprese del nostro Paese è stato infatti chiesto di indicare se, con riferimento alle professioni esercitate nell'azienda, si renderà



necessario o meno nei mesi successivi un rafforzamento di alcuni specifici ambiti di conoscenza e competenza per migliorare la performance lavorativa. Per la prima volta, in modo particolarmente dettagliato, le imprese sono state dunque invitate a riflettere e a raccontare non la formazione che è stata fatta nel corso degli ultimi tempi bensì quella che dovrebbe essere realizzata nel prossimo futuro per soddisfare specifici fabbisogni.

Anche sul versante quantitativo non mancano interessanti indicazioni di prospettiva per quanto riguarda la figura di OSS. Con riferimento alle previsioni di assunzione a medio termine a livello nazionale l'ISFOL ha messo a punto una metodologia capace di offrire indicazioni sintetiche sui trend di variazione occupazionale delle varie categorie professionali, comprese quelle riguardanti le

professioni sociali e sanitarie. Tra gli ambiti economici a occupazione crescente ci sarà sicuramente quello relativo ai servizi di cura e di assistenza alla famiglia e servizi sanitari, ciò come già detto anche a seguito dei processi di progressivo invecchiamento che interessano la popolazione italiana. Gli ultimi dati si riferiscono alle previsioni di assunzione a medio termine per il periodo 2010-2015 e indicano per il raggruppamento professionale "Professioni qualificate nei servizi sanitari" una variazione occupazionale positiva dell'11,9%, valore al di sopra della crescita occupazionale media prevista in generale nel periodo (3,3%). La domanda totale di lavoro, secondo le ultime stime previsionarie, dovrebbe in particolare essere di 83.319 assunzioni, di cui 61.183 per sostituzione dei lavoratori in uscita e 22.136 per nuove assunzioni. ■

Note

- 1 Altre stime individuano un aumento della disabilità per effetto delle patologie cronico degenerative in significativo aumento nei prossimi 30 anni: dal 6,7% della popolazione nel 2010 (pari a circa 4,1 milioni di persone), l'incidenza della popolazione disabile passerà al 4,8% (pari a circa 4,8 milioni) nel 2020 e al 6,7% nel 2040 (pari a 6,7 milioni).
- 2 Così in Europa la quota di occupati in questi settori economici sul totale degli occupati è cresciuta dell'1,3%, passando dall'8,7% del 2000 nell'Europa allargata (EU-27) al 10% del 2009. La forza lavoro nel settore della salute e dei servizi sociali parla sostanzialmente al femminile. Le donne, infatti, rappresentano circa il 78% del totale dei lavoratori. Dei 4,2 milioni di posti di lavoro creati dal 2000 al 2009 in questi ambiti economici ben 3,4 milioni sono nati a vantaggio di lavoratrici. L'occupazione nei servizi sociali e sanitari presenta alcune caratteristiche particolari rispetto agli altri comparti dell'economia. Una delle peculiarità più significative è quella che concerne il livello di istruzione. Circa il 40% dei lavoratori impegnati in attività riguardanti la salute e i servizi sociali hanno un livello di istruzione medio-alto, una percentuale che è di circa 13 punti più alta di quella relativa al totale dell'economia nel suo complesso.
- 3 Le UP vanno intese come insieme di professioni omogenee per conoscenze, competenze, abilità e attività lavorative svolte.
- 4 La *Nomenclatura e classificazione delle Unità Professionali* (NUP) del 2006, utilizzata per la prima edizione dell'*Indagine campionaria sulle professioni* ISFOL-Istat, riprende l'organizzazione della *Classificazione delle professioni* del 2001 sviluppandola in un maggior livello di dettaglio (Unità professionale 5° digit) e fornendo indicazioni sulla natura e sulla composizione degli aggregati professionali a tutti i livelli della classificazione (Grande Gruppo - 1° digit; Gruppo - 2° digit; Classe - 3° digit; Categoria - 4° digit; Unità professionale - 5° digit). Cfr. ISFOL-Istat, *Nomenclatura e Classificazione delle Unità Professionali*, ISFOL, 2007. Si fa inoltre presente che dallo scorso aprile è ufficialmente on line la CP 2011, la nuova classificazione delle professioni del nostro Paese che recepisce le novità evidenziate dalla nuova Isco 2008, la *Classificazione internazionale delle professioni* (*International Standard Classification of Occupations*). Per redigerla l'Istat si è avvalso del supporto di una commissione di studio composta anche da esperti dell'ISFOL e del mondo accademico. La CP 2011, articolata su cinque livelli gerarchici, riprende il formato e la struttura NUP 2006 costruita in partnership istituzionale con l'ISFOL (Gruppo "Professioni", nell'ambito della struttura "Lavoro e professioni"). Ciascun livello classificatorio prevede una descrizione che traccia contenuti e caratteristiche principali del lavoro. La nuova classificazione, pubblicata al momento in versione navigabile sul sito cp2011.istat.it, rappresenta il punto di riferimento per la realizzazione della seconda edizione dell'*Indagine campionaria sulle professioni* ISFOL-Istat, attualmente in corso.
- 5 La tassonomia utilizzata nell'ambito dell'*Indagine campionaria sulle professioni* fa riferimento al modello di analisi adottato dal *Department of Labor* degli Stati Uniti, meglio noto come modello O*NET (*Occupational Information Network*).
- 6 L'*Indagine* è inserita nel Programma Statistico Nazionale (Isf 00055) e si rivolge ad un campione di circa 35 mila imprese distribuite su tutto il territorio nazionale e selezionate casualmente dai principali archivi statistici del Paese. Le informazioni prodotte con l'*Audit dei fabbisogni professionali* contribuiranno ad alimentare il sistema informativo "Professioni, occupazione, fabbisogni" su professionioccupazione.isfol.it. In particolare le informazioni registrate con questa indagine saranno consultabili in forma anonima (senza alcun riferimento all'impresa che le ha fornite) nell'ambito delle pagine descrittive delle singole Unità Professionali (UP) navigabili all'interno della sezione "Professioni".

Lorenzo Liguoro
Esperto in Politiche
dell'Unione Europea

Che cosa è ECVET? Ciò che è bene sapere sul Sistema europeo di crediti per l'istruzione e la formazione professionale.

La mobilità delle persone e dei lavoratori è sicuramente un fattore competitivo per il mercato interno dell'UE e per accrescere l'occupazione. Ma per fare in modo che i cittadini possano spostarsi tra i Paesi, e veder riconosciuti anche all'estero i titoli acquisiti, occorre armonizzare i sistemi formativi nazionali. E occorre capitalizzare tutte le competenze, anche quelle apprese nei contesti non formali. Questi sono gli obiettivi del sistema ECVET.

ECVET è un acronimo in lingua inglese, il cui titolo completo è: *European Credit system for Vocational Education and Training* ovvero "Sistema europeo di crediti per l'istruzione e la formazione professionale".

Come dice il nome stesso, ECVET consiste in un quadro metodologico per la ripartizione dei percorsi di formazione professionale in unità creditizzate: una sorta di strumento convertitore che permette di tradurre in una moneta comune le esperienze di apprendimento.

La genesi del sistema

Il sistema ECVET trova la sua elaborazione nel Programma di Lavoro Istruzione e Formazione 2010 lanciato in occasione del Consiglio Europeo di Barcellona nel 2002.

Il Programma individuava tre macro obiettivi, il terzo dei quali è "Aprire l'istruzione e la formazione sul mondo". Sotto questa cornice generale viene sviluppato il tema della mobilità delle persone in formazione e, correlato ad esso, quello relativo al mutuo riconoscimento degli esiti dell'apprendimento. Nello stesso anno la dichiarazione ministeriale firmata a Copenaghen sottolinea l'importanza di un sistema di trasferimento

dei crediti per l'istruzione e la formazione professionale.

Le Conclusioni del Consiglio del 15 novembre 2004 hanno messo ulteriormente in evidenza la necessità di istituire un sistema europeo in tal senso. Tra novembre 2006 e marzo 2007, la Commissione ha condotto una consultazione pubblica per definire in via partecipata le linee guida del nascente sistema che è stato, infine, introdotto nel quadro normativo dell'Unione Europea mediante Raccomandazione del Parlamento Europeo e del Consiglio del 18 giugno 2009 (2009/C 155/02).

La decisione di impiegare uno strumento di *soft law* è coerente con il fine dato al dispositivo che non è quello di sostituire i sistemi nazionali di certificazione, bensì di ottenere una migliore comparabilità e compatibilità fra tali sistemi.

Gli Stati membri restano quindi liberi di adottare, o meno, la raccomandazione, e di realizzare questo sistema. Essi sono tuttavia invitati, a titolo volontario, ad applicare progressivamente misure volte a utilizzare il sistema ECVET a decorrere dal 2012.

ECVET si integra e completa altri strumenti sviluppati dall'Unione Europea in favore della mobilità di chi è in formazione, quali EUROPASS, il quadro europeo delle qualifiche (EQF) e il quadro



europeo di riferimento per la garanzia della qualità dell'istruzione e della formazione professionale (EQAVET), la Carta Europea di Qualità per la Mobilità (EQCM) e il Sistema Europeo di Accumulazione e Trasferimento dei Crediti (ECTS), collegando l'istruzione e la formazione professionali all'istruzione superiore.

ECVET non riguarda il riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali, per il quale la direttiva corrispondente (2005/36/CE) prevede obblighi vincolanti per gli Stati Membri.

Il sistema ECVET in breve

ECVET è un quadro metodologico comune che descrive le certificazioni sui risultati dell'apprendimento in termini di unità alle quali sono associati punti di credito e consente quindi l'accumulo, la capitalizzazione e il trasferimento di unità di apprendimento riguardante l'istruzione e la formazione professionali in Europa.

Il sistema ECVET consente di attestare e registrare i risultati dei percorsi di apprendimento svolti da una persona in diversi contesti: formali, non formali, informali, nazionali o esteri. I risultati di tali acquisizioni possono essere trasferiti verso i contesti di origine delle persone interessate, ove possono essere accumulati, e ne può essere ottenuta la certificazione.

ECVET consente pertanto di rimediare alle diversità perduranti dei sistemi nazionali che definiscono i livelli e il contenuto delle certificazioni favorendo la mobilità delle persone in formazione attraverso l'intera Europa.

Il sistema è stato ideato specificatamente per chi ha svolto o desidera svolgere attività di apprendimento al di fuori del proprio contesto di origine o, più in generale, per chi desidera integrare e capitalizzare i risultati di apprendimento conseguiti in diversi ambiti formativi.

ECVET è anche uno strumento estremamente utile per gli organismi di istruzione e formazione professionale

in quanto fornisce un quadro di riferimento tecnico comune per lo sviluppo di percorsi formativi e la certificazione dei risultati di apprendimento favorendo la cooperazione tra soggetti diversi e la ricerca di sinergie tra attori pubblici e privati.

Modalità di funzionamento della metodologia

Il percorso individuato dal sistema ECVET prevede la scomposizione delle qualifiche in unità di risultati dell'apprendimento alle quali viene assegnato un punteggio in termini di crediti.

Il modello esige l'esistenza di una partnership tra organismi di istruzione e formazione professionale e la sottoscrizione di un protocollo di intesa che consenta il mutuo riconoscimento dei risultati dell'apprendimento.

Di seguito sono descritte le principali fasi operative in cui è articolata la metodologia.

STEP 1.**Creare una partnership**

Il trasferimento di crediti basato sul sistema ECVET è facilitato dall'istituzione di partnership fra organismi di formazione, ciascuno dei quali avente facoltà, nel proprio contesto, di rilasciare qualifiche o di attribuire crediti per i risultati dell'apprendimento conseguiti in vista del loro trasferimento e della loro convalida.

STEP 2.**Descrivere la qualifica**

Il successivo passo è la descrizione della qualifica sulla quale si intende applicare la metodologia ECVET.

È importante che vi sia piena chiarezza e condivisione sulla qualifica in esame e, in particolare, che essa sia precisamente inquadrata all'interno del Quadro Europeo delle Qualifiche (EQF) in modo da essere certi che vi sia compatibilità tra i profili esistenti nei contesti nazionali su cui si vuole operare.

STEP 3.**Suddividere la qualifica in unità**

Un'unità è un elemento della qualifica costituito da un complesso coerente di conoscenze, abilità e competenze che possono essere valutate e convalidate.

Ciascuna qualifica è formata dal complesso delle unità che la compongono. Una persona può pertanto acquisire una qualifica accumulando le unità necessarie ottenute in Paesi e contesti diversi (formali, non formali e informali).

Le norme e le procedure per la definizione delle caratteristiche delle unità di risultati dell'apprendimento e per la combinazione e accumulazione di unità per una determinata qualifica sono definite dalle istituzioni competenti e dai partner coinvolti nel processo di formazione conformemente alle vigenti norme nazionali o regionali.

STEP 4.**Descrivere le unità di risultati dell'apprendimento**

Le unità sono descritte in termini leggibili e comprensibili con riferimento alle conoscenze, abilità e competenze in esse contenute. Esse vanno quindi costruite e organizzate in modo coerente rispetto alla qualifica generale ed articolate in modo tale da consentire la distinta valutazione e convalida dei risultati dell'apprendimento contenuti.

STEP 5.**Aggiungere le specifiche**

Ciascuna unità deve essere puntualmente completata con le seguenti specifiche:

- il titolo generale dell'unità;
- il titolo generale della qualifica (o delle qualifiche) cui l'unità si riferisce;
- il riferimento della qualifica secondo il livello dell'EQF e, se del caso, il livello del quadro nazionale delle qualifiche con i punti dei crediti ECVET associati alla qualifica;
- i risultati dell'apprendimento contenuti nell'unità;
- le procedure e i criteri di valutazione di tali risultati dell'apprendimento;
- i punti ECVET associati all'unità;
- la validità in termini di tempo dell'unità.

STEP 6.**Sottoscrivere un protocollo d'intesa**

L'ultima fase della metodologia prevede che i membri della partnership che ha sviluppato il progetto in applicazione del modello ECVET debbano sottoscrivere un protocollo d'intesa a conferma del fatto che i partner:

- si riconoscono reciprocamente lo status di istituzione competente;
- ritengono soddisfacenti ai fini del trasferimento dei crediti, i criteri e le procedure adottati dai partner in materia di assicurazione della qualità, valutazione, convalida e riconoscimento;
- approvano le condizioni per il funzionamento della partnership, quali

obiettivi, durata e accordi per il riesame del protocollo d'intesa;

- concordano sulla comparabilità delle qualifiche interessate ai fini del trasferimento dei crediti, utilizzando i livelli di riferimento stabiliti dal quadro europeo delle qualifiche;
- individuano altre parti e istituzioni competenti che potrebbero partecipare al processo in questione e ne precisano le funzioni.

Conclusioni

Dal 2008, il sistema ECVET ha avuto una crescente e sempre più diffusa applicazione. Sono ormai numerosi i contesti di sperimentazione e le risultanze sono sufficienti per una prima analisi degli impatti.

Secondo i dati raccolti dall'ECVET Team (www.ecvet-team.eu) le prime applicazioni concrete hanno dimostrato un elevato valore aggiunto nell'integrazione dei modelli e dei percorsi di apprendimento.

Gli scambi realizzati nell'ambito dei progetti di sperimentazione hanno prodotto significativi passi avanti nell'armonizzazione verso l'alto della qualità dei servizi formativi grazie a processi di *benchmarking*.

Ancora insufficienti, invece, sono gli esiti in termini di mobilità generata essendo le sperimentazioni ancora troppo circoscritte per poter incidere sugli scenari correnti.

In definitiva si tratta di una buona opportunità per gli operatori del settore della formazione professionale per aprirsi a livello europeo e innovare la propria offerta garantendo agli utenti il vantaggio dell'accumulazione e della riconoscibilità dei risultati dell'apprendimento conseguiti.

Un buon esempio di costruzione dal basso dell'Unione Europea. ■

Il progetto IQEA Evolution per il riconoscimento delle qualifiche OSS e la loro mobilità in Italia, Romania e Polonia.

IQEA Evolution è un progetto finanziato dall'Unione Europea nell'ambito del *Lifelong Learning Programme*, programma settoriale Leonardo da Vinci.

L'idea progettuale nasce dalla constatazione dei sempre crescenti bisogni di assistenza domiciliare in termini quantitativi e qualitativi, in particolare per quanto riguarda l'assistenza agli anziani. Questo bisogno, che coinvolge la maggior parte dei Paesi dell'UE, raggiunge livelli allarmanti in Italia, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. Il fenomeno assume dimensioni importanti in Sardegna e in Friuli Venezia Giulia, regioni target della sperimentazione, dove l'indice di vecchiaia è arrivato al 28,5% negli ultimi 5 anni.

Dal 2000 ad oggi, in Italia, il numero di assistenti familiari è aumentato esponenzialmente: oggi sono circa un milione, di cui quasi il 90% sono donne immigrate, spesso senza competenze specifiche, molto spesso con contratti non in regola. Le comunità straniere in Italia provengono prevalentemente dall'Europa orientale, in particolare dalla Romania (968.576 residenti secondo le ricerche statistiche diffuse dalla Caritas nel *Dossier Statistico Immigrazione* del 2011, consulta Caritas/Migrantes, *Dossier Statistico Immigrazione 2011. 21° Rapporto. Oltre la crisi insieme. Sintesi*, Idos, 2011, p. 4).

Anche per affinità linguistica, i membri di questa comunità sono spesso impiegati in attività di assistenza domiciliare. Obiettivo di *IQEA Evolution* è sviluppare e testare un accordo ECVET tra agenzie formative italiane, rumene e polacche in merito alla formazione di profili professionali nell'ambito dell'assistenza agli anziani, sia domiciliare che all'interno di strutture residenziali.

L'accordo permetterà alle persone in formazione di acquisire una qualifica riconosciuta in tutti i territori target della sperimentazione, a prescindere dall'organismo di formazione che rilascia l'attestato. Obiettivo primario di IQEA è quindi la trasparenza delle qualifiche e il sostegno alla mobilità dei lavoratori nell'ambito dell'assistenza in tutta Europa. Il progetto, attualmente in atto e che si concluderà nel 2013, prevede i seguenti passaggi per arrivare alla definizione di un accordo ECVET:

- 1) identificazione dei profili professionali e delle qualifiche target del progetto in ogni paese coinvolto;
- 2) definizione congiunta del profilo professionale e del relativo piano di studi;
- 3) individuazione dei requisiti di qualità per l'erogazione della formazione;

- 4) definizione congiunta delle procedure per la valutazione dell'apprendimento;
- 5) firma dell'accordo ECVET pilota;
- 6) test pilota e messa a punto del modello;
- 7) versione definitiva dell'accordo ECVET.

Il programma di lavoro, nello specifico, prevede un insieme strutturato di azioni volte ad approfondire i seguenti aspetti:

- a) la situazione relativa all'assistenza domiciliare nei territori coinvolti: un'analisi specifica e approfondita dei contesti e delle modalità di erogazione dell'assistenza domiciliare, sotto la supervisione di un comitato scientifico, in collaborazione con gli attori locali e gli organismi di formazione.
- b) le caratteristiche dei profili professionali coinvolti nell'attività di assistenza domiciliare: gli aspetti tecnici emersi dall'analisi preliminare saranno messi a confronto con gli elementi emersi da un raffronto con esperti del settore nell'ambito di una serie di workshop nei territori target.
- c) la formazione dei formatori: i formatori locali, operanti nell'ambito di interesse del progetto, parteciperanno a un corso sulla metodologia ECVET e sul modello IQEA.
- d) la diffusione dei risultati e *mainstreaming*: attraverso una serie di azioni pianificate, sarà assicurata ampia diffusione dei risultati del progetto, anche con l'obiettivo di promuovere l'adozione di strumenti e metodologie sviluppati nell'ambito del progetto da parte degli organi decisionali a livello locale, dei sistemi nazionali ed europei. L'adozione dei risultati di progetto da parte di *policy makers*, è assicurata anche dalla presenza di partner istituzionali, in particolare le Regioni Sardegna e Friuli Venezia Giulia, che hanno già formalizzato il loro interesse.

Attraverso l'attivazione di una collaborazione attiva tra queste, le associazioni e gli organismi di formazione coinvolti nelle politiche sociali in Italia (Kairos, Exfor, ANS) e in altri paesi (Polonia e Romania) si vogliono creare le condizioni per influenzare in modo significativo le politiche formative riguardanti l'assistenza alla persona anziana su diversi livelli - locale, nazionale ed europeo - facilitando la mobilità dei lavoratori tra gli Stati membri della UE.

Potranno essere via via messi a confronto i percorsi formativi e di qualifica previsti per i lavoratori provenienti da Paesi diversi, adottando la metodologia ECVET per il trasferimento, la validazione e il riconoscimento dei risultati della formazione.

Giuseppe Paxia, Esperto in gestione delle competenze e coordinamento di progetti europei

Il progetto IDECO per la trasparenza della qualifica del coordinatore di reparto e di nucleo nelle residenze per anziani: le buone prassi della Germania.

L'obiettivo generale del progetto – finanziato dall'UE nell'ambito del *Lifelong Learning Programme*, programma *Leonardo da Vinci TOI* (Transfer Of Innovation) – è dare maggior trasparenza alla qualifica professionale del coordinatore di reparto e di nucleo nelle residenze per anziani e ottenere un suo riconoscimento a livello normativo.

Il progetto si ripropone di calare in un contesto territoriale ben preciso e variegato l'esperienza della Germania, dandole però una chiara prospettiva europea utilizzando la metodologia ECVET come sistema in grado di agevolare il trasferimento e di gettare le basi per un riconoscimento della figura a livello europeo.

Per riuscire a realizzare quest'ambizioso obiettivo è necessario procedere per tappe intermedie. Sarà quindi necessario:

1. raggiungere un accordo sulla definizione della figura professionale *target* del progetto e sulla sua denominazione, in quanto nelle diverse regioni europee coinvolte la medesima figura professionale è chiamata in modi differenti e non vi è una perfetta coincidenza nelle mansioni;
2. comprendere lo stato dell'arte dei percorsi informali che contribuiscono nei vari paesi a formare la figura professionale *target* e mettere a confronto le diverse realtà con la buona pratica tedesca;
3. comprendere quali sono i blocchi e le mancanze di carattere normativo, sociale e culturale che hanno impedito fino ad oggi che la figura del coordinatore di reparto venisse riconosciuta ufficialmente;
4. tradurre il modello tedesco nel linguaggio ECVET rendendolo facilmente trasferibile a diversi contesti;
5. testare il modello formativo tedesco in due regioni italiane pilota;
6. rilevare le difficoltà derivanti dall'implementazione del modello tedesco al contesto italiano individuando le soluzioni per adottarlo e renderlo sulla base dell'esperienza acquisita trasferibile a contesti molto diversificati tra loro;
7. promuovere nel miglior modo possibile il progetto, non solo con il fine di disseminarne e pubblicizzarne i risultati, ma con quello di attivare sul tema trattato *policy makers* in grado di incidere a livello normativo per il riconoscimento della figura *target* del progetto e per una miglior definizione del percorso formativo previsto per i coordinatori di reparto;
8. giungere ad accordi ECVET per il riconoscimento della figura *target* a livello internazionale su basi comuni.

L'idea alla base del trasferimento è l'utilizzo della ECVET quale sistema di comunicazione condiviso da tutta Europa per la traduzione del modello tedesco in questione. Facendo riferimento alla terminologia "modello tedesco" non si intende né una metodologia formativa, né un corso da importare quale buona pratica, ma una vera e propria politica fatta di metodologie e strumenti. In molti paesi europei la qualifica professionale del coordinatore di reparto non gode di un riconoscimento ufficiale, né di percorsi formativi adeguati per la sua preparazione.

Quindi, i partner rifletteranno in primo luogo sulla ricerca di una definizione comune della figura professionale oggetto di indagine, definendo, sulla base del modello tedesco, caratteristiche quali: mansioni, ruolo negli istituti e formazione obbligatoria. Verranno poi mappate le figure che si avvicinano a quella delineata, in quanto il profilo del coordinatore presenta caratteristiche non individuabili senza criteri certi di riferimento, che sarà lo stesso progetto a definire. A questa prima fase si legherà uno studio di carattere normativo per comprendere quali elementi ostativi esistono in Italia e in Romania perché si possa applicare il modello tedesco.

La peculiare insistenza sul territorio italiano è dettata dal fatto che il *Work Package 4* sarà dedicato al test del modello che avverrà in Italia, che appare il paese più indicato per lo svolgimento del test in quanto presenta, dal punto di vista dei servizi, differenze notevoli a livello regionale sia dal punto di vista culturale, che in termini di risorse economiche. I risultati saranno discussi e rielaborati dal Comitato tecnico-scientifico, che ne ricaverà un modello per il trasferimento contenente indicazioni utili per l'implementazione, e spunti di analisi differenti quali ad esempio una visione di origine sindacale e una prospettiva europea grazie a *Tandem Plus*.

Cruciale sarà la fase di *mainstreaming* e di firma degli ECVET *agreements*. In Italia, l'Associazione Regionale Toscana Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ARET – ASP) e l'Unione Provinciale Istituzioni per l'Assistenza della provincia di Trento (UPI-PA) saranno soggetti chiave, in quanto monitoreranno la fase di test direttamente nei loro territori e avranno il compito di fare da tramite con i rispettivi *policy makers* di riferimento. L'ultimo step della fase di trasferimento sarà la firma di lettere di intenti e di ECVET *agreements* che definiscano le modalità politiche di accettazione del modello e un riconoscimento reciproco tra i paesi coinvolti della qualifica di coordinatore di reparto.

La “certificazione” delle competenze in Europa: convenzioni, politiche, dispositivi, problemi

Andrea Giacomantonio

Ricercatore in Didattica generale
e Pedagogia speciale
dell'Università degli Studi di Parma
Collaboratore di ENAIP

Politiche europee

La “certificazione” delle competenze acquisite per via non formale o informale, insieme a *European Qualifications Framework* (EQF), *European Credit Transfer and accumulation System* (ECTS), *European Credit system for Vocational Education and Training* (ECVET), *EUROPASS*, rappresenta probabilmente uno dei dispositivi più conosciuti delle politiche europee sull'educazione¹. Il loro fine? Lo si intuisce negli anni novanta, periodo in cui vengono pubblicati *Crescita, competitività, occupazione, Insegnare e apprendere. Verso la società conoscitiva, Nell'educazione un tesoro*². Lo si formalizza nel 2000 a Lisbona³ e, più di recente, la Commissione europea lo ribadisce in *Europa 2020. Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva*⁴: si tratta di investire in capitale umano, una delle leve per promuovere una crescita intelligente che sia anche sostenibile e inclusiva.

Cosa c'è in gioco? Lo sappiamo da tempo, questa rivista lo ha già denunciato⁵, in Europa 2020 la Commissione europea lo ribadisce a chiare lettere: se l'Europa non riconquista la sua posizione sul mercato internazionale, diminuirà – si teme

irrimediabilmente – il livello di benessere individuale (confronta la **figura n. 1**).

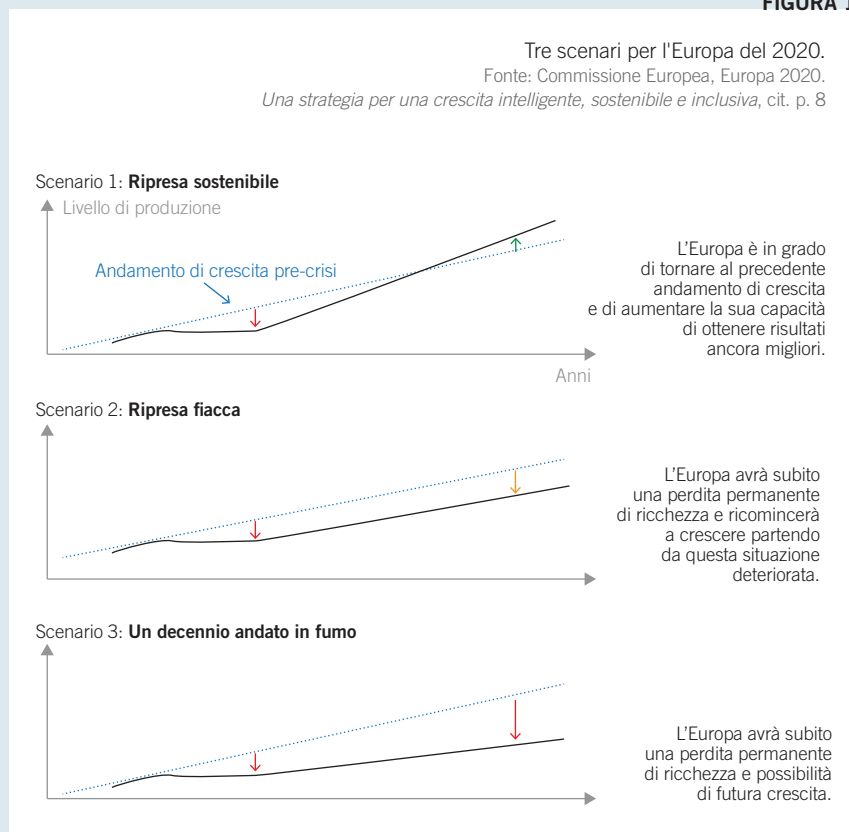
Il quadro è a tinte cupe: aumento della disoccupazione, dell'emarginazione e dell'ignoranza.

Nonostante l'importanza della sfida, gli obiettivi prefissati per il 2010 non sono stati raggiunti⁶.

Quale ruolo gioca la “certificazione” delle competenze in questo scenario? Non si tratta certo di un elemento risolutivo. Sembra, però, che il suo contributo possa essere di rilievo. Dovrebbe permettere, infatti, di valorizzare il capitale umano sommerso. Oggi probabilmente sappiamo tutti che dall'esperienza si apprende molto. È passato circa un quarto di secolo da quando Aldo Visalberghi denunciava l'esistenza di un paradosso, affermando che l'apprendimento “spontaneo” precede l'insegnamento⁷. Oggi diremmo che l'apprendimento informale e probabilmente anche quello non formale precedono, affiancano e seguono quello formale (nel migliore dei casi, in un circolo virtuoso che dura tutta la vita). Ma si tace sul fatto che il valore e il prestigio sociale dell'apprendimento “spontaneo” varia in modo significativo tra le classi sociali. Pierino, il figlio del dottore, inizia la scuola dalla seconda

Nonostante le direttive europee, l'apprendimento non formale e informale soffre di scarso prestigio sociale e poca visibilità. Eppure tutti sono d'accordo: la competitività si gioca sulla qualità del capitale umano e il compito dei dispositivi di certificazione è rendere trasparente il sommerso e valorizzare tutte le competenze, anche quelle acquisite spontaneamente. E allora che cos'è che non funziona? Facciamo il punto sul dibattito in corso in EU e nel nostro Paese.

FIGURA 1



elementare: gli stimoli ricevuti dal suo ambiente domestico, infatti, gli hanno permesso di acquisire precocemente i rudimenti delle tecniche di lettura, scrittura e calcolo. Gianni, figlio di un fabbro che ha abbandonato la scuola, frequenta la sezione locale del partito comunista e partecipa alle sedute della giunta comunale, ma i suoi codici, i suoi repertori simbolici sono troppo distanti da quelli delle «vestali della classe media» per essere apprezzati: viene espulso dal sistema dell'istruzione⁸.

La situazione non è generalizzabile. Non è il luogo per analisi sociologiche. Basti un esempio. Nella Francia de *La riproduzione*⁹ – testo celeberrimo pubblicato agli inizi degli anni settanta in cui si denuncia il contributo del sistema dell'istruzione ai meccanismi di riproduzione della stratificazione sociale e di conservazione del potere – sin dal 1934, i tecnici autodidatti

che per almeno cinque anni avessero svolto compiti usualmente attribuiti a un ingegnere, potevano aspirare alla “certificazione” delle competenze e, quindi, ad acquisire il relativo titolo¹⁰. Nonostante quest'esempio dimostri il suo valore, l'apprendimento non formale e informale ancor oggi non gode di grande prestigio sociale, probabilmente anche a causa della sua scarsa “visibilità”.

Si intuisce conseguentemente perché uno dei compiti della “certificazione” delle competenze sia di rendere trasparente il capitale umano sommerso, ossia le conoscenze, le abilità, le stesse competenze che un individuo ha acquisito spontaneamente, nel corso dell'esperienza, durante l'esercizio della professione e delle attività che ama svolgere nel tempo libero.

Un altro compito attribuito a questi dispositivi – probabilmente attribuibile

all'influenza dell'esempio francese – è quello di soddisfare un diritto individuale; in altre parole «[...] il processo di validazione delle competenze risponde a profonde istanze di valorizzazione e promozione dell'autonomia della persona, mettendo al centro i diritti soggettivi di ogni individuo a vedersi riconosciute le proprie capacità, comunque acquisite. Il processo di validazione va dunque incontro ad un diritto soggettivo della persona: per questo, pur dovendo diventare un obbligo per le istituzioni, deve comunque conservare le caratteristiche di centralità della persona e di volontarietà per l'individuo (oltre che di rispetto della *privacy*)»¹¹.

Queste, però, non sono le uniche ragioni che giustificano gli investimenti nei dispositivi di “certificazione”. La loro diffusione, istituzionalizzazione e regolamentazione risponde anche ad altri obiettivi della politiche europee:

“ Il processo di validazione delle competenze soddisfa il diritto soggettivo a veder riconosciute le proprie capacità in qualunque ambiente siano state acquisite, e quindi risponde a profonde istanze di valorizzazione e promozione dell'autonomia della persona. ”

- rispondere al fabbisogno di forza lavoro professionalizzata e aggiornata in funzione dello sviluppo economico e produttivo richiesto dalla globalizzazione e dalla crisi economica che da alcuni anni ha investito numerosi stati europei;
- agevolare l'accesso ai canali di istruzione e formazione formale per coloro che ne sono stati allontanati o che, per motivi personali, hanno dovuto abbandonare il percorso di studi;
- accrescere l'efficienza e l'equità del sistema di istruzione e formazione professionale, migliorando il livello di preparazione degli allievi ma anche garantendo l'accesso a fasce deboli e svantaggiate¹².

Agli obiettivi elencati ne dobbiamo aggiungere un quarto e un quinto.

La convalida degli apprendimenti acquisiti per via non formale e informale, infatti, dovrebbe accrescere le probabilità di accedere o ri-accedere al sistema produttivo. Non è un caso che in Europa i destinatari di diversi dispositivi siano lavoratori espulsi dal mercato del lavoro, donne che vi ri-accedono dopo molto tempo, disoccupati di lunga durata, giovani inoccupati.

La "certificazione" delle competenze, inoltre, promuove la mobilità. Non solo quella sociale, e quella professionale, anche quella territoriale. Il caso degli Operatori Socio Sanitari è paradigmatico. Molti sono stranieri; possiedono titoli, esperienza e competenze che attualmente nel nostro paese non vengono valorizzati. Ognuno di loro conseguentemente deve frequentare con successo un corso formativo di base di circa mille ore. È facile immaginare come un dispositivo di "certificazione" delle competenze possa in questo caso facilitare l'ottimizzazione delle risorse pubbliche e di quelle individuali favorendo la mobilità nazionale e internazionale.

Soprattutto in quest'orizzonte – quello sovranazionale –, i dispositivi di convalida debbono essere degni di

fiducia, esser coerenti sul piano strutturale e processuale e produrre risultati comparabili. È la ragione per cui nel 2004 il Consiglio dell'Unione Europea ha promulgato dei principi non prescrittivi di validazione dell'apprendimento non formale e informale ai quali gli stati membri sono stati invitati ad attenersi¹³:

• *Diritti dell'individuo*

L'identificazione e la validazione dell'apprendimento non formale e informale dovrebbero, in linea di principio, avvenire su base volontaria per gli individui. La *privacy* e i diritti dell'individuo devono quindi essere rispettati.

• *Obblighi degli attori socio-istituzionali*

Gli attori principali dovrebbero decidere, conformemente ai loro diritti, responsabilità e competenze, sistemi e approcci per l'identificazione e la validazione dell'apprendimento non formale e informale. Questi dovrebbero poi comprendere appropriate procedure di garanzia di qualità. Ancora, dovrebbero fornire agli individui orientamento, *counseling* e informazione sui sistemi e sugli approcci disponibili.

• *Praticabilità e fiducia*

I processi, le procedure e i criteri per l'identificazione e il riconoscimento dell'apprendimento non formale e informale devono essere giusti, trasparenti e ancorati a meccanismi di sicurezza di qualità.

• *Credibilità e legittimità*

I sistemi e gli approcci per l'identificazione e la validazione dell'apprendimento non formale e informale dovrebbero rispettare gli interessi legittimi e assicurare la partecipazione equilibrata dei principali attori¹⁴.

Queste linee di indirizzo sono, come è intuibile, insufficienti per rendere omogenei dispositivi di "certificazione" che sorgono in realtà molto diverse. Il CEDEFOP ha conseguentemente elaborato delle linee guida¹⁵.

Il processo di "certificazione": una matrice formale

Prima di proseguire, una breve ma necessaria digressione metodologica. Gli investimenti sui dispositivi di convalida degli apprendimenti non formali e informali sono stati resi possibili da un processo che si è svolto prevalentemente nel corso degli anni novanta. Due i risultati principali di questo percorso. In primo luogo, si immagina che le qualifiche siano costituite da unità o nuclei, trasversali a diversi profili occupazionali, ai quali corrisponde un insieme definito di competenze. In secondo luogo, si ritiene che sia possibile certificare la padronanza delle competenze corrispondenti alle diverse unità o nuclei, attribuendo per questa via titoli di studio o crediti da spendere all'interno del sistema dell'istruzione o in quello della formazione professionale¹⁶.

Con queste premesse e con i finanziamenti dell'Unione Europea, si è registrato un vasto fiorire di iniziative finalizzate a elaborare e sperimentare dispositivi di "certificazione" delle competenze acquisiti per via non formale e informale. Ne rende conto il CEDEFOP nel suo *2010 update of the European Inventory on Validation of Non-formal and Informal Learning*¹⁷.

Il numero delle esperienze ha permesso, e reso necessaria, la stesura di linee guida – *European guidelines for validating non-formal and informal learning* – compito assolto dallo stesso istituto. Ci soffermiamo in questa sede sul processo di "certificazione" e sulle sue fasi. La loro qualità, la loro efficacia, la loro credibilità dipendono dal possesso di alcune proprietà¹⁸:

- la validità, ossia la capacità di validare e certificare esclusivamente le competenze oggetto d'analisi;
- l'attendibilità, che consiste nella precisione, nell'affidabilità dei risultati ot-

FIGURA 2

Le classi di attività dei dispositivi di certificazione delle competenze operanti in Europa.

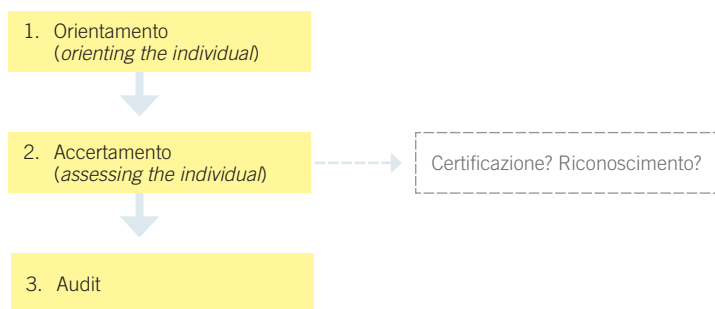


FIGURA 3

Le fasi del modello italiano di validazione delle competenze.

Fonte: ISFOL, *Validazione delle competenze da esperienza: approcci e pratiche in Italia e Europa*, a cura di E. Perulli, Libri FSE, 2012, p. 259.



tenuti, per cui se il processo dovesse essere ripetuto, porterebbe agli stessi identici risultati;

- il rispetto della *privacy*;
- la presenza di standard e di referenziali ben definiti;
- la sostenibilità dell'impegno temporale ed economico;
- la visibilità e la trasparenza;
- la capacità di offrire una risposta per-

tinente alle aspettative degli individui che richiedono la "certificazione" delle proprie competenze;

- l'efficienza.

Le azioni previste dai numerosi dispositivi di "certificazione" operanti in Europa possono essere incluse – con una semplificazione ritenuta accettabile – in tre classi di attività¹⁹. (figura n. 2 e figura n. 3)

a. La prima fase è l'*orientamento* (*orienting the individual*). Rientrano al suo interno tutte le attività di promozione del dispositivo, di motivazione dei potenziali candidati, di consulenza e di orientamento di questi ultimi durante l'intero processo di "certificazione". Il valore strategico di queste azioni emerge pienamente se si pone mente ad alcune caratteristiche dell'apprendimento informale. Esso avviene in ambienti naturali di lavoro o di vita. Si sviluppa il più delle volte senza che l'individuo lo governi esplicitamente, quasi inconsapevolmente. Spesso i lavoratori trovano difficile identificare e descrivere le proprie competenze e, addirittura, ricostruire e narrare la propria esperienza professionale in modo articolato e soddisfacente²⁰. Affiancare e orientare un individuo che si trova in questa situazione all'interno di un percorso di "certificazione" è, quindi, essenziale. Questa è una delle due ragioni per cui questa fase può durare mesi, e ha usualmente un costo abbastanza elevato. L'altra concerne la preparazione che deve acquisire il candidato prima di presentarsi alla fase successiva: deve essere consapevole delle conoscenze, delle abilità e delle competenze che padroneggia, deve averle descritte e ben documentate.

b. La seconda fase consiste nell'*accertamento* (*assessing the individual*) delle competenze che ha acquisito il candidato. Si tratta di un atto valutativo. Bisogna stabilire: 1) se, e in che misura, il candidato padroneggia le competenze oggetto d'esame, e 2) comparare il risultato di questa valutazione con i referenziali che descrivono analiticamente il titolo che si vuol conseguire o la professione a cui si aspira.

c. La terza fase è l'*audit* dell'intero processo. Non coinvolge gli individui che richiedono il riconoscimento dei loro apprendimenti non formali o informali. Si tratta, invece, di una valutazione esterna dell'equità, dell'efficacia e

dell'efficienza dei dispositivi di orientamento e di accertamento.

Prima di proseguire è bene notare come sia poco chiaro, almeno sul piano individuale, cosa segue alla fase dell'accertamento: si ottiene la "certificazione"? Si ottiene un riconoscimento delle proprie competenze che non ha un valore ufficiale? Da un'attenta lettura delle linee guida europee, si può desumere che, una volta accertate le competenze, un individuo si trova di fronte almeno a due scelte. Può farle validare, ossia può decidere se sostenere, o meno, un esame dove un ente terzo accreditato conferma i risultati dell'accertamento. Ottiene in questo modo un riconoscimento che, in base agli accordi e alle norme locali, potrebbe essere sufficiente per interloquire, per esempio, con i datori di lavoro. Successivamente, il medesimo individuo può decidere se far certificare le stesse competenze. Questo ulteriore passaggio potrebbe consentire, per esempio, l'attribuzione di una qualifica o di un altro titolo di studio oppure, in alternativa, di una loro parte. In quest'ultimo caso, la "certificazione" consente di ottenere crediti da spendere nel sistema dell'istruzione e della formazione professionale.

Il modello italiano – elaborato dall'ISFOL tenendo presenti sia le linee guida pubblicate dal CEDEFOP, sia l'esperienza nazionale – è forse più chiaro sul piano operativo (confronta la **figura 2**).

a. Anche in questo caso s'inizia con una fase di *accoglienza, informazione e orientamento*²¹. È il momento del primo contatto. Il suo obiettivo è di conoscere l'individuo, saggiarne la motivazione e identificarne i bisogni. Permette di calibrare il processo di "certificazione" sulle esigenze individuali. Si dovrebbe concludere con un "patto" di collaborazione tra utente ed erogatore del servizio.

b. Segue la fase di *identificazione e formalizzazione delle competenze*. Nel

modello del CEDEFOP è inclusa nell'orientamento; viene esplicitata, però, quando si descrive il processo di validazione assumendo il punto di vista dell'utente²². Al suo interno bisogna identificare le competenze da certificare sulla base di referenziali, ossia di standard istituzionali (si pensi, ad esempio, alle qualifiche regionali) o creati appositamente per soddisfare le specifiche esigenze dei potenziali destinatari.

c. L'*assessment* – che corrisponde in parte alla fase che il CEDEFOP chiama d'accertamento – è un atto valutativo per mezzo del quale si stabilisce se, e in che misura, le competenze da certificare sono realmente padroneggiate dal richiedente. La valutazione può limitarsi all'analisi della documentazione se il candidato è stato in grado di produrre delle prove, delle evidenze circa le competenze che realmente possiede. In caso contrario, bisogna necessariamente ricorrere a delle sessioni di *assessment*.

d. Il processo si conclude con la *validazione e il rilascio della dichiarazione di competenze*. Si tratta di un documento formale su cui si registrano i risultati del processo di "certificazione". Può coincidere con la trascrizione delle competenze validate sul Libretto Formativo del cittadino.

Qual è la spendibilità di questo processo? Sia le linee guida del CEDEFOP sia

quelle nazionali sottolineano come gli esiti della validazione sono diversi. Variano tra paese e paese e, nel nostro caso, anche da regione a regione. La validazione può consentire l'acquisizione di un titolo di studio o di crediti da investire all'interno del sistema dell'istruzione e della formazione professionale. Può essere utile per accedere o ri-accedere al sistema produttivo, o per far carriera al suo interno. Il suo valore reale dipende dall'esistenza di un'istituzione o di un sistema integrato di attori socio economici disposti a riconoscerne i risultati. Senza dubbio la mancanza di certezze sul valore d'uso dei loro risultati rappresenta un punto debole dei dispositivi di validazione. Sarebbe auspicabile che, almeno in Italia, vi ponesse rimedio il Sistema nazionale di certificazione delle competenze promesso dalla legge n. 92/2012.

Lo sviluppo delle politiche nazionali

Indubbiamente le iniziative di "certificazione" delle competenze sono numerose, molto numerose. Tuttavia, tra gli stati membri dell'Unione Europea si registra un'ampia variazione nella definizione delle politiche finalizzate a disciplinare a livello nazionale le pratiche di validazione.

Sebbene si tratti di una semplificazione della complessità del reale, si

TABELLA 1

Distribuzione degli stati membri dell'UE per la presenza di strategie formali per la validazione degli apprendimenti non formali e informali.

Fonte: Le informazioni sono tratte da ISFOL, *Validazione delle competenze da esperienza: approcci e pratiche in Italia e Europa*, cit., pp. 29-39.

STATI CON UNA STRATEGIA FORMALIZZATA	STATI SENZA UNA STRATEGIA FORMALIZZATA
Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Islanda, Lussemburgo, Malta, Olanda, Norvegia, Portogallo, Regno Unito, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera.	Austria, Bulgaria, Cipro, Repubblica Ceca, Estonia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia , Lettonia, Lituania, Polonia, Romania, Ungheria.

possono dividere gli stati in due categorie (**tabella 1**).

Nella prima classe sono inclusi i paesi in cui i dispositivi di convalida degli apprendimenti non formali e informali sono solidamente implementati, disciplinati sul piano normativo, e capaci di interloquire con il sistema produttivo e il sistema dell'istruzione e della formazione professionale.

Alla seconda classe appartengono, invece, gli stati che non hanno ancora formalizzato politiche o dispositivi disciplinari. Al loro interno i percorsi di riconoscimento delle competenze acquisite per mezzo dell'esperienza sono appannaggio della libera iniziativa degli attori dei diversi sottosistemi sociali: parti datoriali, sindacati, camere di commercio, organizzazioni che operano nel terzo settore, aziende, operatori della formazione professionale o singoli istituti scolastici.

Tra questi paesi è incluso il nostro, sebbene, s'è detto, il *Sistema nazionale di certificazione delle competenze* dovrebbe essere varato in un futuro molto prossimo. Tuttavia, secondo Elisabetta Perulli, vi sono le condizioni favorevoli affinché la validazione divenga una pratica di qualità realmente capace di aprire nuove possibilità ai cittadini italiani. Le ragioni sono diverse. In primo luogo si registra a favore della validazione una forte pressione dal basso associata alle dinamiche del mercato del lavoro, all'esigenza dei sistemi di istruzione e di formazione di ampliare la propria offerta accrescendo la qualità e inserendola nella

prospettiva di un apprendimento che duri l'intero arco della vita.

In secondo luogo, bisogna tener presente che i numerosi partenariati transazionali finanziati per elaborare dispositivi di convalida hanno permesso agli operatori e agli *stakeholders* di condividere,

“

La crisi che negli ultimi anni ha colpito la formazione professionale ha selezionato strutture e operatori.

È ipotizzabile che l'attuale comunità professionale sia più preparata e competente.

E anche gli *stakeholders*, rendendosi conto dell'influenza del capitale umano sulla competitività, sull'innovazione e sulla qualità dei beni e servizi, mostrano una rinnovata sensibilità sulla questione del riconoscimento delle competenze.

”

o di iniziare a condividere, un repertorio simbolico e operativo apprezzabile. La crisi che negli ultimi cinque anni ha colpito la formazione professionale italiana, inoltre, ha selezionato “darwinianamente” le strutture e gli operatori incapaci di adattarsi al nuovo ambiente. Per quanto sembri cinico, è ipotizzabile che, rispetto a qualche anno fa, l'attuale

comunità professionale sia più preparata e più ricca di competenze. In aggiunta, rendendosi conto dell'influenza che il capitale umano esercita sulla competitività, sull'innovazione e sulla qualità dei beni o dei servizi prodotti dalle aziende, gli *stakeholders* sembrano mostrare una rinnovata sensibilità nei confronti della questione delle competenze. A questi si affiancano diversi funzionari della pubblica amministrazione che localmente si impegnano a creare le condizioni affinché i dispositivi di “certificazione” possano realmente rappresentare un ulteriore strumento a servizio del cittadino. Impegno coerente con l'attenzione che nel dialogo tra le parti sociali si sta prestando ai dispositivi di *lifelong learning* e di riconoscimento delle competenze quali misure del nuovo *welfare*.

Last but not least è l'investimento sulla validazione degli apprendimenti non formali e informali della Commissione Europea che ha iniziato a richiedere agli Stati Membri impegni consistenti in materia²³.

Ci sembra, tuttavia, che la strada da percorrere dal nostro Paese e dalla stessa Europa sia ancora molta: i limiti di questi dispositivi – anche di quelli più illustri – sono ancora notevoli.

I limiti delle pratiche. Questioni terminologico-concettuali

Per quanto riguarda i limiti delle pratiche di riconoscimento delle competenze acquisite per mezzo dell'esperienza, il CEDEFOP prova a elencarli nel suo *2010 update of the European Inventory on Validation of Non-formal and Informal Learning*²⁴. Vi accenniamo rapidamente.

Un primo elemento riguarda i costi: troppo elevati. Spesso sono sostenuti su finanziamenti pubblici legati al Fondo sociale o ai Programmi europei. Relazione che crea - è

intuitivo – un problema di continuità e di sostenibilità.

Un secondo ordine di problemi ha un carattere culturale. Si tratta, da un lato, di timori legati al pericolo di speculazioni, alla creazione di un mercato della “certificazione” delle competenze; dall’altro, di riserve espresse da parte del mondo accademico.

Nel caso del dispositivo adottato nel Regno Unito (*Accreditation of Prior and Experiential Learning* – APEL), per esempio, si sottolinea come la definizione di apprendimento, che ne è alla base, non sia in grado di rappresentare tutte le forme che lo stesso apprendimento può assumere. Inoltre, ne viene criticata l’eccessiva centratura sugli *outcomes* – sugli esiti dei processi d’apprendimento espressi come competenze – che rischia di frammentare un profilo, la cui unità è percepita come qualcosa di superiore alla mera somma degli elementi che lo costituiscono²⁵.

Una lacuna che deve essere colmata rapidamente – ma a questa vi abbiamo già sufficientemente accennato – è quella normativa. Sul piano metodologico, il disegno del processo di validazione (definizioni operazionali, protocolli e strumenti) varia significativamente tra le diverse organizzazioni che erogano il servizio. Alcune soluzioni tecniche, inoltre, non sembrano garantire sufficientemente la precisione degli atti valutativi, dell’accertamento. È in questione, quindi, la validità e l’attendibilità delle pratiche di validazione e dei loro risultati. Una critica, quest’ultima, che non risparmia neanche i dispositivi di maggior tradizione come, ad esempio, il sistema francese di *Validation des acquis de l’expérience* (VAE)²⁶. Sembra, inoltre, che proprio quest’ultimo dispositivo possieda procedure complesse, che richiedono un investimento di tempo troppo elevato. Ne consegue un alto livello di abbandoni. In merito, però, – e l’osservazione riguarda anche gli altri stati membri dell’Unione Europea

– i dati sono scarsi: si hanno poche informazioni, relativamente attendibili, sia sul numero di individui che ha richiesto una validazione delle proprie competenze, sia sul reale rapporto tra costi e benefici dei processi di convalida.

I problemi della “certificazione” delle competenze non si limitano a quelli elencati. Ve n’è uno in particolare sul quale vogliamo attirare l’attenzione. Si tratta di questioni terminologico-concettuali

ufficiali e nelle pubblicazioni specialistiche le competenze si certificano, si convalidano, si identificano, si riconoscono, si validano, si valorizzano²⁷. Non v’è accordo. In questo contributo i termini sono stati utilizzati volutamente come sinonimi; un linguaggio indeterminato: fenomeno ricorrente soprattutto quando l’oggetto del discorrere riguarda i fini, le forme e i dispositivi dell’educazione.

È necessario stabilire un po’ d’ordine: ci si riferisce, infatti, ad atti valutativi profondamente diversi per funzione e destinatario, per protocolli, strumenti e risultati.

Ci prova Bruxelles, ma le sue soluzioni probabilmente non consentono di uscire dall’impasse. Nel primo box riportiamo le ultime definizioni del CE-DEFOP: sembrano coerenti con quanto indicato nelle linee guida europee; descrivono, infatti, un processo articolato in tre fasi principali: l’accertamento, la validazione e la certificazione. È un’impostazione capace di tener conto della complessità della realtà? Delle diverse soluzioni adottate dai numerosi organismi che hanno proposto dispositivi di validazione? Probabilmente l’accordo sulla definizione di *certificazione* è vasto. Essa, infatti, ha un valore ufficiale, di parte terza: gli

apprendimenti non formali e informali al suo interno vengono riconosciuti a livello istituzionale in un sistema di regole condivise. Nell’uso, quindi, si attribuisce al termine un significato estensivo che non corrisponde a quello tecnico: è il motivo per cui – in questo contributo – la parola *certificazione* è stata sempre virgolettata a partire dal titolo.

“

Accertamento, validazione, certificazione, riconoscimento. Gli attuali dispositivi presentano alcuni limiti che non riguardano tanto la cultura del paese, le disomogeneità normative o i costi elevati, quanto l’impianto terminologico-concettuale, che condiziona a sua volta la metodologia e le procedure operative. Proviamo a fare un po’ di chiarezza.

”

li che esercitano un’influenza notevole sul piano metodologico-operativo.

Si parla di “certificazione” delle competenze nei centri di formazione professionale e, più di recente, anche nelle scuole e nelle università. Si certificano le competenze in entrata, in uscita e durante il corso del processo d’insegnamento e d’apprendimento. Nei documenti

Possiamo immaginare che anche la definizione di *accertamento* sia largamente condivisa. Qualche dubbio sorge su quella di *validazione*. Consisterebbe nell'attestazione da parte di un «ente competente» della rigorosità dei risultati dell'accertamento e, quindi, della corrispondenza delle competenze di un individuo a quelle richieste da uno standard. Sembra un processo troppo macchinoso, soprattutto se si tiene conto del fatto che la validazione ha spesso un «valore negoziale, di parte seconda, [...] frutto di una transazione tra un individuo e un secondo soggetto (frequentemente un'agenzia formativa o un'impresa) riconducibile ad un contesto ben definito ma non istituzionale. Nella pratica in alcuni contesti sono rilasciati documenti di questo tipo sotto forma di "attestazione o dichiarazione di competenza"»²⁸. È per questa ragione che nelle linee guida sulla validazione dell'ISFOL si propongono soluzioni diverse: «In alcuni casi, chi gestisce e chi convalida sono la stessa entità, in altri casi sono attori differenti (per es. il gestore del processo può essere un'agenzia formativa, ma chi valida è una commissione di esperti nominati da un'amministrazione regionale)»²⁹.

È possibile una soluzione? Si può normalizzare questa situazione? È difficile. Si richiede forse all'Europa un potere che non le appartiene³⁰.

Un'altra questione, forse meno problematica. Riguarda l'oggetto della validazione. È probabilmente entrata a fare parte del senso comune la consapevolezza che l'uomo apprende *sempre* e *in ogni* luogo nel corso della sua vita (*lifelong* e *lifewide learning*). Sembra utile, quindi, distinguere tre forme d'apprendimento: formale, informale e non formale. Nel secondo box, ne presentiamo una definizione che riteniamo possa attirare un certo consenso. In essa sono presenti i tre criteri – emersi nel corso del dibattito che ha seguito la pubblicazione del *Memorandum sull'istruzione*

e la *formazione permanente*³¹ – che permettono di distinguere ciascuna forma dell'apprendimento dalle altre: intenzionalità, contesto, riconoscimento pubblico. Si immagini un segmento.

Possiamo ipotizzare che su di un estremo si collochi l'apprendimento formale: è il prodotto di un servizio di istruzione o di formazione, organizzato sul piano didattico, erogato in agenzie e istituzioni appositamente preposte e che prevede il rilascio di un titolo di studio; gli utenti fruiscono del servizio con la consapevolezza che si tratta di un investimento sul loro capitale umano.

Sull'estremo opposto probabilmente si colloca l'apprendimento informale: non v'è intenzione d'apprendere, avviene in ambienti "naturalisti", non è previsto alcun riconoscimento delle competenze acquisite. Tra i due estremi, si dovrebbe posizionare l'apprendimento non formale. Nella tabella 2 se ne fornisce una rappresentazione arricchita. Com'è intuibile, a volte è difficile collocare una linea di demarcazione netta tra questa forma d'apprendimento e le altre due³² (**tabella 2**).

Negli ultimi dieci anni l'accordo sulla natura di queste forme d'apprendimento sembra cresciuto. Nonostante ciò all'interno del processo di Bologna ci si

riferisce al riconoscimento dell'apprendimento pregresso e l'ISFOL, s'è visto, valida *le competenze da esperienza*. Nessun elemento a favore dell'ipotesi che si tratti di differenze sostanziali: si rafforza, però, l'impressione di trovarsi all'interno di una «giungla terminologica»³³.

Tre forme d'apprendimento. Cosa si valuta, si valida, si certifica, si rende visibile? Problema spinoso. Qual è il comun denominatore tra apprendimento formale, non formale e informale? Tra sistema dell'istruzione e della formazione professionale? Tra i sistemi educativi dei diversi paesi che costituiscono l'Unione Europea? Cosa può facilitare la mobilità, il rientro nei percorsi d'istruzione e formazione, la realizzazione di un sistema di *lifelong learning*? Certamente non i programmi d'insegnamento. Forse la competenza, ma non sembra sufficiente. Probabilmente è più opportuno "valutare" i risultati del processo d'apprendimento (*learning outcomes*), ossia l'intero «insieme delle conoscenze, abilità e/o competenze che un individuo ha acquisito e/o è in grado di dimostrare al termine di un processo di apprendimento formale, non formale o informale»³⁴.

Concludiamo. Il titolo di questo contributo è *La "certificazione" delle competenze in Europa*. Più rigorosamente avremmo

TABELLA 1

Le caratteristiche dell'apprendimento formale, non formale e informale rappresentate su di un *continuum*.

Apprendimento formale	Apprendimento non formale	Apprendimento informale
L'apprendimento è deliberato	-----	L'apprendimento non è deliberato
L'apprendimento è strutturato in forma curricolare	-----	L'apprendimento non è strutturato in forma curricolare
L'apprendimento è regolato dall'autorità pubblica	-----	L'apprendimento non è regolato dall'autorità pubblica
Ci sono meccanismi di controllo della qualità	-----	Non ci sono meccanismi di controllo della qualità
I contesti sono strutturati e controllati	-----	I contesti non sono intenzionali, strutturati e controllati

Riferimenti bibliografici

- Bourdieu P., Passeron J. C., *La riproduzione. Per una teoria dei sistemi di insegnamento*, Guaraldi, 1972.
- CEDEFOP, *2010 update of the European Inventory on Validation of Non-formal and Informal Learning – Executive summary of Final Report*, di J. Hawley, M. Souto Otero, C. Duchemin, Office for Official Publications of the European Communities, 2010, pp. 29-30.
- CEDEFOP, *Terminology of European education and training policy*, Office for Official Publications of the European Communities, 2008.
- CEDEFOP, *European guidelines for validating non-formal and informal learning*, Office for Official Publications of the European Communities, 2009.
- Commissione europea, *Crescita, competitività, occupazione. Le sfide e le vie da percorrere per entrare nel 21° secolo*, di J. Delors, il Saggiatore, 1994.
- Commissione Europea, *Insegnare e apprendere. Verso la società conoscitiva*, di É. Cresson, in «Annali della Pubblica Istruzione», a. XLI, n. 4, 1995, 302-352.
- Commissione Europea, *Europa 2020. Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva*, Bruxelles, 3.3.2010, COM (2010) 2020.
- Commissione delle Comunità europee, *Memorandum sull'istruzione e la formazione permanente*, 2000, SEC(2000) 1832.
- Consiglio Europeo, *Conclusioni della Presidenza*, Lisbona, 23-24 marzo 2000.
- Consiglio dell'Unione europea, *Progetto di conclusioni del Consiglio e dei rappresentanti dei governi degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio relative ai principi comuni europei concernenti l'individuazione e la convalida dell'apprendimento non formale e informale*, 2004, 9600/04 EDUC 118 SOC 253.
- Delors J., *Nell'educazione un tesoro*, Roma, Armando, 1997.
- Di Donato F., *La strategia di Lisbona nel campo dell'istruzione e della formazione*, Anicia, 2010.
- Di Rienzo P. (a cura di), *Il riconoscimento e la validazione degli apprendimenti non formali e informali nell'Università. Primo rapporto di ricerca: politiche e modelli in Europa*, Anicia, 2010.
- Franchini R., *La validazione delle competenze non formali e informali: quadro, criticità e prospettive*, in «Rassegna CNOS. Problemi esperienze prospettive per l'istruzione e la formazione professionale», a. 25, n. 1, Gennaio-Aprile 2009, pp. 93-106.
- Franchini R., *Il riconoscimento delle competenze in Francia: Validation des acquis de l'expérience*, in «Rassegna CNOS. Problemi esperienze prospettive per l'istruzione e la formazione professionale», a. 27, n. 2, Maggio-Agosto 2011, pp. 53-63.
- Franchini R., *Il riconoscimento delle competenze nel Regno Unito: Accreditation of Prior Experiential Learning*, in «Rassegna CNOS. Problemi esperienze prospettive per l'istruzione e la formazione professionale», a. 27, n. 1, Gennaio-Aprile 2011, pp. 57-68.
- Giovannini M. L., *Valutazione sotto esame*, Ethel-G. Mondatori, 1994.
- ISFOL, *“certificazione” delle competenze e Life Long Learning. Scenari e cambiamenti in Europa*, a cura di G. Di Francesco, Libri FSE, 2004.
- ISFOL, *Esperienze di validazione dell'apprendimento non formale e informale in Italia e in Europa*, a cura di E. Perulli, ISFOL, 2006.
- ISFOL, *I sistemi regionali di “certificazione”: monografie*, a cura di G. Di Francesco, Libri FSE, 2005.
- ISFOL, *Linee guida per la validazione delle competenze da esperienza*, ISFOL, bozza di novembre 2011, reperibile in <http://librettocompetenze.isfol.it/materiali/Linee-Guida-processo-di-validazione-competenze-sito.pdf>
- ISFOL, *Validazione delle competenze da esperienza: approcci e pratiche in Italia e Europa*, a cura di E. Perulli, Libri FSE, 2012.
- ISFOL, *Verso l'European Qualification Framework. Il sistema europeo dell'apprendimento: trasparenza, mobilità, riconoscimento delle qualifiche e delle competenze*, a cura di G. Di Francesco, E. Perulli, Libri FSE, 2008.
- Margiotta U., *Competenze e legittimazione nei processi formativi*, Pensa Multimedia, 2007.
- Parlamento Europeo, Consiglio, *Raccomandazione del Parlamento Europeo e del Consiglio sulla costituzione del Quadro europeo delle qualifiche per l'apprendimento permanente*, 2008, 2008/C 111/01.
- Pellerey M., *Competenze. Conoscenze, abilità, atteggiamenti*, Tecnodid, 2010.
- Pellerey M., Turrini O., *La “certificazione” delle competenze sviluppate in contesti di apprendimento formale, non formale e informale. Parte prima: Una prospettiva storico-critica*, in «Rassegna CNOS. Problemi esperienze prospettive per l'istruzione e la formazione professionale», a. 27, n. 1, Gennaio-Aprile, 2011, pp. 45-55.
- Pellerey M., Turrini O., *La “certificazione” delle competenze sviluppate in contesti di apprendimento formale, non formale e informale. Parte seconda: la “certificazione” delle competenze sviluppate in contesti di apprendimento formale*, in «Rassegna CNOS. Problemi esperienze prospettive per l'istruzione e la formazione professionale», a. 27, n. 2, Maggio-Agosto 2011, pp. 39-52.
- Pellerey M., Turrini O., *La “certificazione” delle competenze sviluppate in contesti di apprendimento formale, non formale e informale. Parte terza: La “certificazione” delle competenze sviluppate in contesti di apprendimento non formali e informali*, in «Rassegna CNOS. Problemi esperienze prospettive per l'istruzione e la formazione professionale», a. 27, n. 3, Settembre-Dicembre 2011, pp. 37-48.
- Postiglione R. M., *La nuova programmazione dei fondi strutturali*, in «Formazione & Lavoro», n. 1, 2006, pp. 65-90.
- Scuola di Barbiana, *Lettera a una professoressa*, Libreria Editrice Fiorentina, 1967.
- Serbati A., *Esperienza e apprendimento: il riconoscimento formale dei saperi acquisiti in contesti formale e non formali*, in «Giornale Italiano della Ricerca Educativa», a. IV, n. 7, dicembre 2011, pp. 53-70.
- Visalberghi A., *Insegnare ed apprendere. Un approccio evolutivo*, La Nuova Italia, 1988.
- Werquin P., *Recognising Non-formal and Informal Learning*, OECD, 2010.

dovuto scrivere: la validazione dei risultati dell'apprendimento non formale e informale in Europa.

Rimane ancora una questione; anch'essa riguarda problemi terminologico-concettuali.

Della competenza

L'oggetto della validazione sono i *learning outcomes*. Al loro interno, le competenze ricoprono la posizione di maggior valore. Ma cosa sono le competenze? Domanda pericolosa. In letteratura sono rinvenibili più di duecento definizioni. Sono certificabili quelle che un individuo ha appreso a padroneggiare per via esperienziale? Ogni risposta affermativa poggia – spesso inconsapevolmente – su di un assunto: le competenze sono una proprietà individuale. È possibile un'ipotesi alternativa? Se fossero proprietà di un'unità di lavoro composta da più individui (le famose *équipe*)³⁵? La congettura ha un suo valore; ma ci adeguiamo al *mainstream* e le consideriamo una caratteristica individuale. Torniamo alla domanda iniziale: cos'è una competenza? Per il Parlamento Europeo e il Consiglio si tratta di una «comprovata capacità di utilizzare conoscenze, abilità e capacità personali, sociali e/o metodologiche, in situazioni di lavoro o di studio e nello sviluppo professionale e personale. Nel contesto del "Quadro europeo delle qualifiche", le competenze sono descritte in termini di «responsabilità e autonomia»³⁶. Una soluzione che non scontenta i paesi che subiscono l'influenza dell'area anglofona, molto attenta alle prestazioni, né quelli di area francofona,

particolarmente sensibili al tema delle «capacità personali».

Nel nostro paese si cerca una terza via, più equilibrata rispetto alle precedenti.

Michele Pellerey, per esempio, ritiene che una competenza sia costituita da tre componenti³⁷.

- Una è l'oggettiva. Si tratta della prestazione, della manifestazione comportamentale della capacità di un individuo di orchestrare i propri schemi operativi per risolvere un compito.
- La seconda componente è quella intersoggettiva o sociale. Ogni competenza esiste solo all'interno di ben precise pratiche sociali e professionali. Prendervi parte, appartenere alle rispettive comunità di riferimento è essenziale per la formazione delle competenze. Per la loro valutazione, conseguentemente, non si potrebbe far a meno di coinvolgere gli esperti di settore.
- L'ultima componente, la terza, è quella soggettiva. Nella definizione del Parlamento e del Consiglio viene ridotta a «capacità personali». In realtà si trova al centro di dinamiche ben più complesse. Quand'è che un individuo è motivato ad agire, ad affrontare un compito sfidante? Una condizione necessaria è che, sulla base del proprio sistema da sé attribuisca un senso, un significato positivo al problema che deve affrontare. Non basta, però. Deve anche percepirsi competente, ovvero capace di risolvere il compito. Parallelamente deve avere la sensazione di poter controllare gli elementi che determinano il successo o il fallimento di un eventuale piano d'azione. Sarebbe troppo lungo soffermarsi su quali sono i fattori soggettivi che

concorrono alla determinazione del buon esito di un piano di lavoro e lo spazio qui a disposizione non ce lo consente. Dunque ci fermiamo qui. Ma non possiamo lasciarci senza aver condiviso una domanda: quali le conseguenze per un sistema di validazione?

Sono intuibili. Riguardano la validità e l'attendibilità dei risultati dell'accertamento. Sulla base di quanto affermato, il dispositivo valutativo deve essere necessariamente costituito da tre poli: l'oggettivo, l'intersoggettivo e il soggettivo. E a ognuno di essi devono corrispondere strumenti diversi³⁸: standardizzati e idiografici, capaci di misurare prestazioni e di comprendere il senso che un individuo vi attribuisce.

In questa prospettiva è necessario valorizzare sia l'auto che l'etero-valutazione, i giudizi analitici e quelli olistici; elaborare un modo per organizzare i dati raccolti in profili educativi o occupazionali che non si riducano alla mera elencazione dei valori che assumono alcune variabili, ma che tengano conto dei rapporti dinamici tra le componenti della competenza. Bisogna, da un lato, abbandonare la strada per il cui rigore si identifica banalmente con l'uso di scale apparentemente cardinali, ma che registrano valori fortemente dipendenti dall'equazione personale del valutatore; dall'altro, rinforzare i legami tra la comunità scientifica e quelle professionali.

In termini colloquiali, si tratta indubbiamente di valutare il sapere, il saper fare, ma anche il "saper" e il "voler agire". Una prospettiva decisamente impegnativa. Vi saprà, e vi vorrà far fronte, il Sistema nazionale di certificazione delle competenze? ■

Note

1. Per una sintetica descrizione dell'obiettivo di questi dispositivi cfr. il contributo di F. Gennai e A. Cristoforetti presente in questo numero di F&L.
2. Si confrontino: Commissione Europea, *Crescita, competitività, occupazione. Le sfide e le vie da percorrere per entrare nel 21° secolo*, di J. Delors, il Saggiatore, 1994; Commissione Europea, "Insegnare e apprendere.

Verso la società conoscitiva", di É. Cresson, in *Annali della Pubblica Istruzione*, a. XLI, n. 4, 1995, 302-352; Delors J., *Nell'educazione un tesoro*, Roma, Armando, 1997.

3. Consiglio Europeo, *Conclusioni della Presidenza*, Lisbona, 23-24 marzo 2000.

Continua a pagina 84

- 4 Commissione Europea, *Europa 2020. Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva*, Bruxelles, 3.3.2010, COM (2010) 2020.
- 5 Postiglione R. M., *La nuova programmazione dei fondi strutturali*, in «Formazione & Lavoro», n. 1, 2006, pp. 65-90.
- 6 Di Donato F., *La strategia di Lisbona nel campo dell'istruzione e della formazione*, Anicia, 2010.
- 7 Visalberghi A., *Insegnare ed apprendere. Un approccio evolutivo*, La Nuova Italia, 1988, pp. 13-27.
- 8 Scuola di Barbiana, *Lettera a una professoressa*, Libreria Editrice Fiorentina, 1967.
- 9 Bourdieu P., Passeron J. C., *La riproduzione. Per una teoria dei sistemi di insegnamento*, Guaraldi, 1972.
- 10 Franchini R., *Il riconoscimento delle competenze in Francia: Validation des acquis de l'expérience*, in «Rassegna CNOS. Problemi esperienze prospettive per l'istruzione e la formazione professionale», a. 27, n. 2, Maggio-Agosto 2011, p. 54.
- 11 Franchini R., *La validazione delle competenze non formali e informali: quadro, criticità e prospettive*, in «Rassegna CNOS. Problemi esperienze prospettive per l'istruzione e la formazione professionale», a. 25, n. 1, Gennaio-Aprile 2009, p. 97.
- 12 ISFOL, *Verso l'European Qualification Framework. Il sistema europeo dell'apprendimento: trasparenza, mobilità, riconoscimento delle qualifiche e delle competenze*, a cura di G. Di Francesco, E. Perulli, Libri FSE, 2008, p. 110.
- 13 Consiglio dell'Unione Europea, *Progetto di conclusioni del Consiglio relative ai principi comuni europei concernenti l'individuazione e la convalida dell'apprendimento non formale ed informale*, Bruxelles, 2004, 9600/04, EDUC 118 SOC 253.
- 14 ISFOL, *Esperienze di validazione dell'apprendimento non formale e informale in Italia e in Europa*, a cura di E. Perulli, ISFOL, 2006, p. 27.
- 15 CEDEFOP, *European guidelines for validating non-formal and informal learning*, Office for Official Publications of the European Communities, 2009.
- 16 Pellerey M., Turrini O., *La "certificazione" delle competenze sviluppate in contesti di apprendimento formale, non formale e informale. Parte prima: Una prospettiva storico-critica*, in «Rassegna CNOS. Problemi esperienze prospettive per l'istruzione e la formazione professionale», a. 27, n.1, Gennaio-Aprile, 2011, p. 51.
- 17 CEDEFOP, *2010 update of the European Inventory on Validation of Non-formal and Informal Learning – Executive summary of Final Report*, di J. Hawley, M. Souto Otero, C. Duchemin, Office for Official Publications of the European Communities, 2010.
- 18 Ibidem, pp. 55-56.
- 19 Ibidem, p. 57.
- 20 Pellerey M., Turrini O., *La "certificazione" delle competenze sviluppate in contesti di apprendimento formale, non formale e informale. Parte terza: La "certificazione" delle competenze sviluppate in contesti di apprendimento non formali e informali*, in «Rassegna CNOS. Problemi esperienze prospettive per l'istruzione e la formazione professionale», a. 27, n. 3, Settembre-Dicembre 2011, p. 38.
- 21 ISFOL, *Linee guida per la validazione delle competenze da esperienza*, bozza di novembre 2011, reperibile in <http://librettocompetenze.isfol.it/materiali/Linee-Guida-processo-di-validazione-competenze-sito.pdf>
- 22 CEDEFOP, *European guidelines for validating non-formal and informal learning*, cit., p. 18 e pp. 51-52.
- 23 Ibidem, pp. 257-258.
- 24 CEDEFOP, *2010 update of the European Inventory on Validation of Non-formal and Informal Learning*, cit., pp. 29-35.
- 25 Franchini R., *Il riconoscimento delle competenze nel Regno Unito: Accreditation of Prior Experiential Learning*, in «Rassegna CNOS. Problemi esperienze prospettive per l'istruzione e la formazione professionale», a. 27, n. 1, Gennaio-Aprile 2011, p. 59.
- 26 Franchini R., *Il riconoscimento delle competenze in Francia: Validation des acquis de l'expérience*, cit., p. 62.
- 27 In merito cfr. a puro titolo esemplificativo quanto affermato in CEDEFOP, *2010 update of the European Inventory on Validation of Non-formal and Informal Learning – Executive summary of Final Report*, di J. Hawley, M. Souto Otero, C. Duchemin, Office for Official Publications of the European Communities, 2010, pp. 29-30.
- 28 Pellerey M., Turrini O., *La "certificazione" delle competenze sviluppate in contesti di apprendimento formale, non formale e informale. Parte terza: La "certificazione" delle competenze sviluppate in contesti di apprendimento non formali e informali*, cit., p. 43.
- 29 ISFOL, *Linee guida per la validazione delle competenze da esperienza*, cit., p. 10.
- 30 In merito cfr. Casalini C., *Progetti europei e (de) "certificazione" educativa*, in Casalini C., Postiglione R. M., Salvarani L., *Valutare l'informale – VINE-PAC, un progetto europeo*, Roma, Anicia, 2012.
- 31 Commissione delle Comunità europee, *Memorandum sull'istruzione e la formazione permanente*, 2000, SEC(2000) 1832.
- 32 Werquin P., *Recognising Non-formal and Informal Learning*, OECD, 2010, p. 25; per la traduzione in italiano cfr. Pellerey M., Turrini O., *La "certificazione" delle competenze sviluppate in contesti di apprendimento formale, non formale e informale. Parte prima: Una prospettiva storico-critica*, in «Rassegna CNOS. Problemi esperienze prospettive per l'istruzione e la formazione professionale», a. 27, n.1, Gennaio-Aprile, 2011, p. 54.
- 33 Giovannini, M. L., *Valutazione sotto esame*, Ethel-G. Mondatori, 1994, p. 48.
- 34 CEDEFOP, *Terminology of European education and training policy. A selection of 100 key terms*, Office for Official Publications of the European Communities, 2008, p. 121. Non analizzeremo criticamente il costruito. Si rimanda chi è interessato a: ISFOL, *Verso l'European Qualification Framework. Il sistema europeo dell'apprendimento: trasparenza, mobilità, riconoscimento delle qualifiche e delle competenze*, a cura di G. Di Francesco, E. Perulli, Libri FSE, 2008, pp. 157-184; Margiotta U., *Competenze e legittimazione nei processi formativi*, Pensa Multimedia, 2007, pp. 117-173.
- 35 Consoli F., *Evoluzione e sviluppo dei modelli per competenze e loro diverse matrici*, in Ajello A. M. (a cura di), *La competenza*, il Mulino, pp. 41-48.
- 36 Parlamento Europeo, Consiglio, *Raccomandazione del Parlamento Europeo e del Consiglio sulla costituzione del Quadro europeo delle qualifiche per l'apprendimento permanente*, 2008, 2008/C 111/01.
- 37 Pellerey M., *Competenze. Conoscenze, abilità, atteggiamenti*, Tecnodid, 2010.
- 38 Castoldi M., *La valutazione delle competenze*, Carocci, 2009.

Accertamento, convalida e certificazione dei risultati d'apprendimento

ACCERTAMENTO DEI RISULTATI DELL'APPRENDIMENTO (*assessment of learning outcomes*)

- **Definizione:** «Il processo di accertamento delle conoscenze, del know-how, delle abilità e/o delle competenze di una persona in base a criteri prestabiliti (risultati attesi, misurazione dei risultati dell'apprendimento). Ad esso seguono, in genere, la convalida [o validazione] e la certificazione».
- **Nota:** in letteratura, il termine «accertamento» si riferisce, di norma, alla valutazione delle competenze di una persona, mentre «valutazione» è usato più spesso per descrivere la procedura d'esame dei metodi pedagogici o dei fornitori di servizi d'istruzione e formazione
- **Fonte:** CEDEFOP, *Terminology of European education and training policy. A selection of 100 key terms*, cit., p. 32.

CONVALIDA [O VALIDAZIONE] DEI RISULTATI DELL'APPRENDIMENTO (*validation of learning outcomes*)

- **Definizione:** «La conferma, da parte di un ente competente, che i risultati dell'apprendimento (conoscenze, abi-

lità e/o competenze) acquisiti da una persona in un contesto formale, non formale o informale sono stati accertati in base a criteri prestabiliti e sono conformi ai requisiti di uno standard di convalida. La convalida è generalmente seguita dalla certificazione».

- **Fonte:** CEDEFOP, *Ibidem*, pag. 200

CERTIFICAZIONE DEI RISULTATI DELL'APPRENDIMENTO (*certification of learning outcomes*)

- **Definizione:** «Rilascio di un certificato, un diploma o un titolo che attesta formalmente che un ente competente ha accertato e convalidato un insieme di risultati dell'apprendimento (conoscenze, know-how, abilità e/o competenze) conseguiti da un individuo rispetto a uno standard prestabilito».
- **Nota:** la certificazione può convalidare i risultati dell'apprendimento conseguiti in contesti formali, non formali o informali
- **Fonte:** CEDEFOP, *Ibidem*, p. 41.

Apprendimento formale, non formale e informale

APPRENDIMENTO FORMALE (*formal learning*)

- **Definizione:** «Apprendimento erogato in un contesto organizzato e strutturato (per esempio, in un istituto d'istruzione o di formazione o sul lavoro), appositamente progettato come tale (in termini di obiettivi di apprendimento e tempi o risorse per l'apprendimento). L'apprendimento formale è intenzionale dal punto di vista del discente. Di norma sfocia in una convalida e in una certificazione».
- **Fonte:** CEDEFOP, *Ibidem*, p. 86.

APPRENDIMENTO NON FORMALE (*non-formal learning*)

- **Definizione:** «Apprendimento erogato nell'ambito di attività pianificate non specificamente concepite come apprendimento (in termini di obiettivi, di tempi o di sostegno all'apprendimento). L'apprendimento non formale è intenzionale dal punto di vista del discente».
- **Nota:** i risultati dell'apprendimento non formale possono essere convalidati e sfociare in una certificazione; talvolta

l'apprendimento non formale è denominato «apprendimento semi-strutturato».

- **Fonte:** CEDEFOP, *Ibidem*, p. 86

APPRENDIMENTO INFORMALE (*informal learning*)

- **Definizione:** «Apprendimento risultante dalle attività della vita quotidiana legate al lavoro, alla famiglia o al tempo libero. Non è strutturato in termini di obiettivi di apprendimento, di tempi o di risorse dell'apprendimento. Nella maggior parte dei casi l'apprendimento informale non è intenzionale dal punto di vista del discente»
- **Nota:** i risultati dell'apprendimento informale in genere non sfociano in una certificazione, ma possono essere convalidati e certificati nel quadro del riconoscimento dei programmi di apprendimento precedenti; l'apprendimento informale è detto anche apprendimento «esperienciale» o «fortuito» o «casuale»
- **Fonte:** CEDEFOP, *Ibidem*, p. 94

FORMAZIONE & LAVORO

RIVISTA TRIMESTRALE DELL'ENAIP n. 120

L'INTEGRAZIONE
DEGLI ANZIANI NEI
PROGETTI PER GIOVANI



120

L'integrazione degli anziani nei progetti per giovani

Indice

Editoriale	III	L'integrazione degli anziani nei progetti per giovani di Gianni Assari e Mario Gatti
Capitolo 1	3	Introduzione
Analisi strutturale del rapporto tra anziani e mercato del lavoro, sua evoluzione e differenze territoriali	11	Un quadro generale dell'inserimento e della condizione professionale
	16	Caratteristiche strutturali della popolazione ai loro anziani associati: principali settori di attività economica
	23	Analisi del Ministero del Lavoro relativa alla popolazione anziana: livelli di attività e posizioni professionali nelle principali aree geografiche
	31	Riepilogo sintetico
Capitolo 2	36	Introduzione
La ricerca bibliografica	38	Contributo teorico allo studio del rapporto tra i processi di espulsione dal mondo del lavoro e della vita attiva e i processi di investimento
	45	Profilati associati al processo di invecchiamento
	48	Prospettive di integrazione e di utilizzazione sociale della popolazione anziana
	55	URL: Portale Adm: bibliografia sugli anziani
	58	Riepilogo sintetico
Capitolo 3	65	Introduzione
Esemplificazioni di esperienze significative	66	Esempi di attività di sorveglianza e vigilanza
	71	Esempio di collaborazione degli enti: il caso del Comune di Bologna
	75	Esempi di esperienze di volontariato dagli anziani negli asili nidi
	79	Esempi sulla presenza degli anziani nella scuola dell'obbligo
	82	Esempi di cooperative di lavoro tra anziani
	85	Esempi sul rapporto anziani giovani in esperienze di orientamento lavorativo: esperienze dell'intervento dell'ente Inps
	89	Esempi sulle esperienze dei centri riabilitativo-educativi
	92	Un esempio di ricerca-intervento: il caso di Pistoia
	94	Riepilogo sintetico
Capitolo 4	96	L'impossibilità del sondaggio
Il sondaggio diretto mediante questionario	100	Finalità del sondaggio
	107	Riepilogo sintetico
Appendici	111	Riferimenti bibliografici
	112	Normative
	121	Questionari
	129	Tabelle

FORMAZIONE E LAVORO, rivista trimestrale (Exe Nazionale ACLE funzione Promozionale)

Redazione: Via Giuseppe Mancini 18/21 - 00157 ROMA - Tel. 06/491-55461

Direttore Responsabile: DOMENICO BOGALLI

Coordinatore: GIOVANNI ASSARI

Consiglio di Redazione: GIOVANNI ASSARI - ANTONIO BATTISTI - LINO BOSIO - MICHELE GIACOMANTONIO - MARIO GILDI - MANLIO GUERRIERI - ALBERTO VALENTINI - LEONARDO VERDI - UGOBERTI

Segreteria di Redazione e Amministrazione: MARIA LUISA COCCALÀ - BRUNO RICCI

Autoregolazione del Tribunale di Roma n. 1392 del 11 febbraio 1970

Dati recapiti: L. 1990 - R. degli L. 16/90 - Abb. ord. L. 30/90 - Roma: copia L. 10/90 - Abb. ord. L. 40/90 - ore 5643000 EAPEL

Per la pubblicità rivolgersi all'Amministrazione - Via Giuseppe Mancini 18/21 - 00157 ROMA - Tel. 06/491-55461

Periodico n. 120 ottobre '94 - dicembre '94 (n. 4) di 32 pagine - anno 1994

Gli articoli degli autori compaiono in responsabilità dei singoli Autori - ENAP, Stampa CSR-Roma

SPEDIZIONE IN ABB. post. - importo quattr. 70% - 00157 ROMA - Via Giuseppe Mancini 18-21

Contributi teorici allo studio dei rapporti tra i processi di espulsione dal mondo del lavoro e dalla vita attiva e i processi di invecchiamento



Esistono diverse teorie sull'invecchiamento ma quattro di esse, che sono comunemente accettate tra le più significative, saranno considerate brevemente qui di seguito.

Si tratta della Teoria del Disimpegno (Disengagement Theory), della Teoria dell'Attività (Activity Theory), della Teoria della Continuità (Continuity Theory) e della Teoria della Stratificazione delle età (Age Stratification Theory). Per tutti i riferimenti bibliografici che ricorrono nelle pagine seguenti rimandiamo alla Appendice 1.

La Teoria del Disimpegno

La Teoria del Disimpegno nasce dalla prospettiva funzionalista in sociologia. Secondo due dei suoi formulatori, Elaine Cumming e William Henry (1961), la teoria si fonda su tre proposizioni fondamentali:

- il processo di reciproco distacco tra gli individui che invecchiano e la società è un'evenienza abituale;
- questo processo di distacco è inevitabile;
- esso è anche necessario perché l'invecchiamento avvenga con successo.

La Teoria del Disimpegno afferma che, affinché le istituzioni della società sopravvivano, esse devono mantenere una stabilità e un funzionamento coesivo. Ne consegue che è necessario avere un mezzo ordinario per

trasferire il potere dei membri anziani della società ai membri più giovani ed emarginare quegli individui le cui morti disturberebbero l'agevole funzionamento dell'ordine sociale. Il processo di emarginazione degli anziani dal flusso principale delle società diviene così un processo istituzionalizzato, dal momento che si sviluppano norme stabili e abituali per indicare quali individui devono essere disimpegnati e quali forme di comportamento devono avere luogo nel momento del disimpegno.

La società sviluppa, ad esempio, norme che richiedono che un individuo si ritiri dal lavoro ad una certa età e che compia un rituale di passaggio di stato, ad esempio una cerimonia di pensionamento, che spesso segna il momento dell'avvenimento. Comunque, come spiega Atchley (1977), il disimpegno non è un evento isolato, ma è invece un processo graduale che determina la separazione di un individuo da diversi ruoli sociali ed attività.

Come prospettiva funzionalista la Teoria del Disimpegno è simile alla Teoria della Stratificazione sociale di Kingsley Davis e Wilbert Moore (1945). Davis e Moore sostenevano che, per attrarre le persone più qualificate a competere per le posizioni che coprono i bisogni più importanti della società, è necessario offrire a costoro notevoli ricompensi e incentivi (denaro, potere, prestigio e status).

La Teoria del Disimpegno estende la tesi di Davis e Moore

spiegando che il lavoro delle persone che occupano posizioni chiave deve continuare ininterrottamente se si vuole preservare l'ordine sociale. La società deve essere quindi in grado di sostituire quelle persone le cui capacità di svolgere ruoli adeguatamente importanti divengono discutibili a causa dell'età o per altre ragioni. Se l'anzianità è un problema (cosa che la Teoria del Disimpegno sostiene), è allora necessario per la società trasferire le persone anziane da posizioni chiave a posizioni meno importanti.

Comunque il disimpegno della società dall'individuo rappresenta solo un aspetto della Teoria del Disimpegno.

L'altra metà della teoria, secondo Cumming e Henry (1961), sostiene che gli individui stessi scelgono di ritirarsi da certi ruoli sociali quando divengono anziani.

La persona disimpegnata è così capace di giocare un particolare ruolo sociale (il pensionato) che permette a lui o a lei di preoccuparsi sempre più di se stesso e dei suoi interessi personali.

La persona anziana avrà maggiore successo nel pensionamento nella misura in cui il processo di disimpegno gli permetterà di assumere un tale ruolo.

Ci sono, come è noto, alcuni punti di debolezza nella Teoria del Disimpegno. Come sottolinea Atchley (1977), il disimpegno sociale non sembra aver luogo nello stesso modo in tutte le istituzioni sociali e, inoltre, non

viene spiegato adeguatamente il processo di disimpegno individuale.

Esistono fondamentalmente tre grandi problemi nella Teoria del Disimpegno che si possono riassumere nel modo che segue:

- il disimpegno individuale è assai probabilmente un processo molto più complesso di quanto non affermi la teoria;

- alcune ricerche hanno dimostrato che, quando un individuo ha interiorizzato una norma, non è semplicemente necessaria l'assenza di interazione per estinguerla;

- quando si afferma che le persone anziane desiderano essere disimpegnate per occuparsi di se stesse, non si tiene in considerazione il fatto che molti individui hanno invece il desiderio di continuare ad essere importanti.

Paul Roman e Philip Tietz (1967), successivamente ad alcune ricerche realizzate sul pensionamento, hanno affermato che il disimpegno non è una caratteristica di tutti i sistemi sociali. Ciò ha messo in discussione il punto di partenza della Teoria del Disimpegno che sostiene invece che tutti gli individui vogliono naturalmente disimpegnarsi non appena percepiscono il loro invecchiamento.

Le ricerche realizzate da Roman e Tietz e da altri (Carp, 1968; Tallmer e Kutner, 1969; Atchley, 1977), ricoprono una fondamentale importanza in quanto hanno dimostrato che molti individui si disimpe-

gnano perché le regole delle istituzioni li costringono a farlo anche a causa dello stress fisico e sociale.

In conclusione il punto di partenza della Teoria del Disimpegno centrata sull'affermazione che il disimpegno è naturale e positivo per gli anziani non può essere dimostrato. Perché allora la Teoria del Disimpegno è importante? Principalmente perché è in grado di descrivere i processi sociali che hanno luogo quando le persone anziane si ritirano dai loro ruoli abituali in conseguenza alle situazioni di forzato disimpegno per via di norme predeterminate di una istituzione o di una associazione e a situazioni di mutuo disimpegno che vedono sia la so-

cietà che l'individuo convinti del fatto che il ritiro è positivo. La forza della Teoria del Disimpegno risiede nella comprensione che esiste un momento in cui gli interessi della società non si combinano con l'occupazione di posizioni lavorative chiave da parte di persone anziane. Stabilendo un'età particolare, abitualmente sessantacinque anni, come momento del pensionamento, il disimpegno diviene istituzionalizzato, ordinario e inevitabile come del resto è inevitabile lo stesso invecchiamento. In generale, quindi, la Teoria del Disimpegno può essere descritta come una teoria promettente ma che deve essere riformulata se vuole raggiungere una misura maggiore di validità universale,

La Teoria dell'Attività

La Teoria dell'Attività, come affermato da Havinghurst (1963), è in primo luogo una teoria dell'azione per un invecchiamento riuscito. Essa si fonda su tre premesse di base:

a) la maggioranza delle persone che invecchiano mantiene livelli sufficientemente costanti di attività;

b) il grado di impegno e di disimpegno è influenzato dai passaggi di vita e dalle situazioni socio-economiche piuttosto che da un processo intrinseco inevitabile;

c) è necessario mantenere o sviluppare livelli sostanziali di attività sociale, fisica e mentale perché l'esperienza dell'invecchiamento riesca (vedi Paltore, 1969).

Che cosa comporta un invecchiamento riuscito? Secondo Havinghurst le norme per l'anzianità sono le stesse di quelle per la mezza età: quindi l'invecchiamento è tanto più riuscito quanto una persona nella tarda maturità o nell'età anziana si avvicina alle norme o alle attività di una persona di mezza età. In altre parole la Teoria dell'Attività è un approccio alla comprensione del comportamento sociale degli anziani nei termini di quanto essi riescono a contrattare il fatto che sono anziani. Un invecchiamento riuscito consiste nel comportarsi il più similmente ad una persona della terza età.

C'è una ricerca che sostiene chiaramente le proposizioni di ba-



se della Teoria dell'Attività. Si tratta di uno studio longitudinale svolto alla Duke University in un periodo di dieci anni da Erdam Palmore (1968, 1969). Palmore, congiuntamente ai risultati della sua indagine, ha affermato che gli uomini anziani tendevano a non mostrare alcuna riduzione generale delle loro attività o delle loro soddisfazioni di vita, mentre le donne anziane tendevano ad avere una piccola riduzione ma statisticamente significativa.

Palmore ha sottolineato che i suoi dati sono stati ottenuti da individui relativamente in buona salute mentre, è ovvio, il processo di disimpegno è più caratteristico in individui poco sani. La sua argomentazione si fonda comunque sul fatto che il disimpegno da parte degli anziani non è un inevitabile prodotto dell'invecchiamento. Palmore conclude che la continuazione dell'impegno piuttosto che del disimpegno è un fatto tipico dell'individuo anziano normale e sano e la misura dell'attività della persona è fortemente correlata al suo passato stile di vita. Se tra le persone anziane del campione da lui prescelto ha avuto luogo disimpegno, questo è avvenuto solo poco prima della loro morte.

In sintesi la Teoria dell'Attività afferma essenzialmente che alcuni individui (forse la maggioranza) non si disimpegnano dalla società quando invecchiano. Se si ritirano dal loro ruolo occupazionale essi ne compensano la perdita intraprendendo

qualche altro tipo di attività che fornisca loro soddisfazione.

Come teoria che spiega il comportamento sociale degli anziani la Teoria dell'Attività soffre di due inadeguatezze fondamentali. In primo luogo essa si basa sul presupposto che le persone anziane giudicano se stesse in base a norme comuni all'attività e al comportamento della mezza età ma la teoria non spiega che cosa accade quando gli anziani non si sottomettono a tali norme. In secondo luogo non spiega che cosa accade a quegli anziani che non sono in grado per ragioni fisiche, sociali e socio-economiche di mantenere uno standard di vita di una persona di mezza età, indipendentemente da come esse stesse si giudicano. Così la Teoria dell'Attività, come la Teoria del Disimpegno, non riesce a spiegare il comportamento di tutti gli individui.

La Teoria della Continuità

La Teoria della Continuità, un terzo tipo di approccio teorico all'esperienza sociale dell'invecchiamento, è in qualche modo più recente delle altre teorie (Neugarten, 1964; Atchley, 1977). Essa si basa sull'assunto che le varie fasi del ciclo della vita siano caratterizzate da un alto grado di continuità. Nel corso della sua vita l'individuo sviluppa valori, attitudini e norme piuttosto stabili che diventano parti integranti della sua

personalità. Il modo in cui un individuo reagisce al processo di invecchiamento sarà così influenzato dai tentativi di quella persona di mantenere tratti e predisposizioni caratteristici.

I teorici della continuità riconoscono, comunque, che le predisposizioni agiscono in certi modi e sono sempre soggette al cambiamento o alla modifica a causa del loro progresso e a volte a causa delle complesse forme di interazioni che gli individui hanno tra loro e con l'ambiente durante tutte le fasi del ciclo della vita. Sebbene ci sarà una tendenza verso la costanza, la Teoria della Continuità ammette che gli individui cambiano adattandosi anche a nuove situazioni. Ad esempio una persona che ha atteso a lungo il pensionamento potrebbe poi non gradirlo ed essere invece costretta ad adattarsi ad una situazione poco accettabile. La Teoria della Continuità ammette così un'ampia gamma di differenti reazioni all'esperienza dell'invecchiamento, ciascuna dipendente da una varietà di fattori. Il merito della Teoria della Continuità è che essa potrebbe permettere di spiegare diversi aspetti dell'invecchiamento in un senso molto più pieno della Teoria del Disimpegno e della Teoria dell'Attività. Ma, per converso, la Teoria sembra essere estremamente difficile da concettualizzare e da rendere operativa per la ricerca.

È troppo presto per dire quali contributi la Teoria della Continuità possa produrre per spie-

gare l'invecchiamento, ma essa offre già una considerevole promessa.

La Teoria della Stratificazione delle Età

La Teoria della Stratificazione delle Età, basata largamente sul lavoro di Matilda White Riley (1971; Riley e al., 1971), presume che la società sia stratificata in varie classi di età. Ciascuna classe di età ha il suo corso di vita e le sue dimensioni storiche. La dimensione del corso di vita è in qualche modo come le fasi del ciclo della vita. Gli individui appartengono a differenti gruppi di età a seconda di quanto abbiano vissuto e di conseguenza essi condividono simili ruoli sociali e simili esperienze.

Approssimativamente allo stesso punto delle loro vite, essi sono stati bambini, hanno frequentato le scuole elementari, le scuole superiori, hanno lavorato, sono stati genitori, nonni e così via. Essi hanno avuto simili ruoli nei loro rispettivi passati, occupano al presente simili ruoli ed è probabile che abbiano nel futuro simili ruoli come membri dello stesso periodo di età. Mentre loro invecchiano ogni altra persona inveccherà allo stesso modo e gli individui più giovani occuperanno i loro ruoli precedenti mentre essi si spostano con altri individui della loro età per assumere ruoli coerenti con la loro classe di età.

La dimensione storica del corso della vita riguarda il fatto che gli individui sperimentano insieme diversi periodi storici e condividono eventi particolari sulla base dell'età. La Teoria della Stratificazione delle Età sostiene che le relazioni debbono essere studiate non solo tra i membri dello stesso gruppo di età ma anche tra diversi gruppi di età. Come sottolinea David Decker (1980:145), questo approccio ha il vantaggio di permettere di considerare ciascun gruppo di età in termini delle sue caratteristiche distintive e della sua teoria e anche di considerare ciascun particolare gruppo di età

all'interno del contesto di un definito gruppo di età.

Le teorie dell'invecchiamento: una rilettura d'insieme

Fino ad ora questi aspetti teorici dominano la letteratura scientifica sui processi di invecchiamento.

Queste teorie hanno tentato di sistematizzare i dati sociali e psicologici esistenti sull'invecchiamento così da servire da modello predittivo del comportamento che accompagna l'anzianità. La teoria del Disimpegno considera l'anzianità come una fase



della vita decisamente differente dalla mezza età: è un momento in cui forze specifiche sociali e psicologiche vengono a sostenere la persona per renderla consapevole della sua ridotta abilità e a fronteggiare possibili situazioni di stress. Inoltre, la Teoria del Disimpegno suggerisce che il disimpegno degli anziani dalle importanti funzioni della società non è solo benefico per la società ma anche per la persona anziana che è liberata dagli stress del suo ruolo precedente al pensionamento. Sebbene nell'età anziana è generalmente osservabile una diminuzione generale dell'attività sociale, la Teoria del Disimpegno non spiega il fatto che molti anziani rimangono attivi, cioè impegnati in qualche modo e che questa attività è significativamente correlata alla soddisfazione della vita.

Così non è affatto chiaro che il disimpegno sia inevitabile e che sia una esperienza personalmente soddisfacente come la teoria vorrebbe suggerire.

La Teoria dell'Attività, dall'altro lato, sostiene fortemente la nozione di una relazione positiva tra l'attività e la soddisfazione della vita. Tuttavia, la sua debolezza risiede nel non spiegare quello che accade agli individui che non possono essere attivi o che non credono che l'essere attivi sia l'unico modo per essere felici nell'età anziana. La proposizione che afferma che alti livelli di attività siano necessari per un invecchiamento riuscito non è stata quindi dimo-

strata in modo esauriente.

L'assetto fondamentale della Teoria della Continuità risiede nella affermazione che esiste una generale capacità di adattamento degli individui alle diverse situazioni della vita e ciò prosegue con i dovuti aggiustamenti fino al suo termine.

Per quanto riguarda la Teoria della Stratificazione delle Età anch'essa è poco sviluppata. Tuttavia la teoria è promettente. Essa descrive il modo in cui le classi di età sviluppano una propria 'coscienza' di appartenere alla propria classe e come si relazionano alle altre classi di età. La teoria spiega, inoltre, come il comportamento individuale sia influenzato da processi di vasta scala (macroscopici) e di piccola scala (microscopici) che avvengono nell'esperienza dell'invecchiamento.

È ovvio che tutte le teorie menzionate sono ancora in una fase di organizzazione. Ciò è dovuto a due ragioni principali. In primo luogo questo è un campo relativamente nuovo che segna il suo inizio con uno studio sull'invecchiamento condotto da Robert Havighurst e Ruth Albrecht nel 1953. È ovvio quindi che è necessario l'accumulo di un esteso corpus di dati, ricerche e studi che può derivare solo da un considerevole quantitativo di lavoro sul campo. In secondo luogo, la ricerca che concerne l'esperienza dell'invecchiamento dovrebbe comprendere maggiormente lo studio di individui con il procedere del loro invecchiamento per giungere a formulare teorie adeguate.

La Teoria della Stratificazione delle Età offre un metodo per mezzo del quale sia le caratteristiche interne ad un gruppo di età sia quelle esistenti tra gruppi di età possono essere analizzate. In sintesi, un gruppo di età può essere considerato come una particolare generazione in rapporto alle altre generazioni viventi ed una unità che porta le sue proprie attitudini e convinzioni. Gli individui possono essere considerati come membri di una generazione che pone i suoi problemi all'interno di un contesto di particolari circostanze storiche. Gli individui, di conseguenza, possono essere considerati come persone che vivono in un mondo già costruito per loro, come partecipanti attivi nel modellare quel mondo così che venga incontro ai loro bisogni sociali. Questo approccio è evidente, ad esempio, nel lavoro di gerontologi sociali come Russel Ward (1979) che suggerisce che l'esperienza di un individuo con il processo di invecchiamento è influenzata, a livello macroscopico, dalle caratteristiche della personalità dell'individuo.

Per riassumere, la Teoria della Stratificazione delle Età è attraente perché è logica, comprensibile e indica il modo con il quale un ricercatore può analizzare la connessione tra i processi sociali di livello macroscopico e microscopico e i fenomeni dell'invecchiamento.

Sfortunatamente questa teoria può essere difficile da razionalizzare per la ricerca; essa attende un uso più esteso prima che si possano effettivamente, completamente, determinare i suoi punti di forza ed i suoi punti di debolezza.

CRISTIANO CASALINI, ROCCO MARCELLO POSTIGLIONE, LUANA SALVARANI

Valutare l'informale – VINEPAC, un progetto europeo

Edizioni Anicia, Roma 2012, pp. 144

Uno dei più interessanti progetti realizzati di recente nel contesto europeo nell'ambito della valutazione delle competenze è sicuramente rappresentato dal progetto VINEPAC (*Validation of Informal and Non-Formal Psycho-Pedagogical Competencies of Adult Educators*), che ha visto la partecipazione di otto partners appartenenti ad altrettante nazioni (Romania, Germania, Italia, Francia, Spagna, Portogallo e Lettonia) ed è stato coordinato dall'Istituto Rumeno per l'Educazione degli Adulti (IREA). Il progetto era eminentemente finalizzato, sul piano operativo, alla messa a punto di Validpack, uno strumento destinato a verificare, validare e certificare le competenze acquisite in contesti informali e non formali dagli educatori degli adulti. Tale strumento ha iniziato ad essere applicato nel 2008, con il prevalente scopo di standardizzare i criteri utili a certificare le competenze degli educatori e concorrere così a favorire la loro qualificazione professionale e la trasferibilità delle loro competenze. In questa fase, decisiva ai fini della piena riuscita del progetto, sono tuttavia emerse alcune significative difficoltà, determinate dalla notevole eterogeneità delle normative concernenti le qualifiche degli educatori degli adulti e – laddove esistenti – dei connessi profili professionali e modelli di competenze vigenti nei diversi Paesi comunitari. Allo scopo di rimuovere tali difficoltà, tra il 2010 e il 2012 è stata avviata una ulteriore fase del progetto, denominata CAPIVAL (*Capitalizing on Validpack: going Europe wide KA4 Dissemination and exploitation of results*), specificamente mirata a testare l'efficacia del prodotto su più estesi campioni di formatori, operanti nell'ambito di un più ampio ventaglio di Enti, anche non strettamente attivi nel settore dell'educazione

degli adulti. Il volume che presento è volto a offrire ai formatori del nostro Paese la versione italiana di Validpack, inquadrandone l'illustrazione in un'ampia e approfondita cornice storico-critica e tematico-problematica e sviluppando una riflessione teorica e metodologica che attraversa fronti e nodi cruciali del dibattito pedagogico e docimologico, quali l'educazione permanente, la standardizzazione di criteri di valutazione e performance, le prospettive strategiche per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia di percorsi e prodotti formativi e della uniformità dei sistemi di certificazione, sia nel contesto italiano sia su un piano comparativo nell'orizzonte europeo. Più in particolare, Cristiano Casalini approfondisce le questioni legate alla certificazione e alle prospettive di incrementarne l'uniformità attraverso progetti europei finalizzati a tali scopi, Luana Salvarani discute i problemi collegati alla certificazione delle competenze degli educatori degli adulti, mentre Rocco Postiglione espone, nel quadro di un'analisi delle caratteristiche del contesto italiano, le modalità più efficaci di utilizzo di Validpack. Il volume rappresenta perciò un utilissimo strumento di approfondimento e aggiornamento per tutte le figure professionali coinvolte nell'educazione degli adulti, nonché, più in generale, in contesti formativi inquadrati nella prospettiva del *lifelong learning*.

a cura di Emilio Lastrucci

BEPPE SEVERGNINI

Italiani di domani. Otto porte sul futuro

Rizzoli, Milano, 2012

Questo libro, dice l'autore, è destinato a chi vuole provare a ragionare sul proprio futuro e, magari, a cambiarlo. Se vogliamo riprogrammare noi stessi e il nostro paese dobbiamo continuare a provarci, anche quando è finito il tempo della gioventù.

Per l'Italia pensare in avanti non è un lusso ma una necessità e per fare questo l'autore offre agli italiani di domani – questione di atteggiamento, non solo di anagrafe – otto suggerimenti semplici, onesti e concreti.

a cura di Rita Di Domenico

TIZIANO TREU (a cura di)

L'importanza di essere vecchi. Politiche attive per la terza età.

Il Mulino-Arel, Bologna, 2012

La ricerca pubblicata in questo libro prosegue una riflessione avviata da tempo dall'Arel sul tema dell'invecchiamento attivo. Due le esigenze di fondo: la prima, dare risposte al problema della sostenibilità macroeconomia del sistema di welfare in presenza di dinamiche demografiche che implicano un processo di invecchiamento della popolazione europea; la seconda, valorizzare le risorse lavorative rese disponibili dal prolungamento della vita e dal miglioramento delle condizioni di salute in età anziana. Questi i contributi analitici contenuti nei testi: descrizione delle rappresentazioni sociali della vecchiaia e percezione

da parte degli anziani; tendenze demografiche in atto; evidenze provenienti da studi medici e cognitivi riguardanti le condizioni di salute; ricognizione aggiornata della normativa previdenziale; analisi delle potenzialità di impiego di lavoratori anziani; ricognizione delle esperienze in corso in altri paesi europei.

Tali analisi sono accompagnate da indicazioni di *policy* suggerite non solo dal dibattito teorico ma anche dalle migliori pratiche italiane ed europee.

a cura di Rita Di Domenico

ROCCO MARCELLO POSTIGLIONE

La formazione professionale. Appunti teorici su dispositivi didattici, pratiche sociali e politiche formative

Edizioni Anicia, Roma 2011

Questo libro di Rocco Marcello Postiglione dovrebbe essere letto da chiunque desideri studiare culturalmente la Formazione Professionale, oltre le cifre e i dati. Nel libro di Postiglione cifre e dati ci sono, ma solo in funzione di un articolato viaggio mentale tra tutto ciò che sta dietro le modalità e le logiche della Formazione Professionale: eredità storiche, ossessioni simboliche, ingorghi burocratici e contraddizioni culturali. Dopo *Formazione e Lavoro (1861-2007)*, che rende conto delle tappe attraverso cui la FP si è lentamente fatta strada in Italia, Postiglione prosegue la sua indagine con quelli che lui chiama "appunti teorici". Teoria, quindi: definizioni e controllo della loro applicabilità; revisione della terminologia; ridisegno delle categorie; indagine trasversale sulle *strutture*, così a lungo dimenticate dall'indagine socioeconomica, sempre più slombata nel mero rendiconto descrittivo di fenomeni osservabili. Riordinare le parole e gli strumenti dell'indagine intellettuale (particolarmente valide le proposte di analisi contenute in "Contraddizioni di saperi e diritto individuale") basterà a riordinare una realtà della Formazione Professionale volutamente, colpevolmente confusa? Forse no, ma come gridava un Nanni Moretti al culmine della nevrosi in *Palombella Rossa*, "Le parole sono importanti!". E allora sì, benvenuta l'indagine teorica di Postiglione, sostenuta dall'idea-utopia che

la civiltà umana sia costruita e modellata soprattutto dalle parole. Ci si pone insomma un'idea di civiltà, che è il problema vero, dietro il chiacchiericcio variamente tecnico e l'approssimativo gergo in scorretto *basic english* dei progetti europei. Qui troviamo il meglio di Postiglione, il suo scaldarsi e impennarsi nel fervore morale di una posizione fieramente conservatrice. Quando scrive: «Elidere, o cancellare, lo spazio pubblico in cui si forma la sostanza etica di una civiltà significa prosciugarne la vitalità, o [...] lasciarne la definizione alle forze "spontanee" di turno», quelle virgolette ironiche e infastidite attorno a "spontanee" mettono qualche brivido. Ma varrebbe la pena, altrimenti, di leggere per darsi ragione? E così quando Postiglione sferra la propria invettiva contro certo multiculturalismo alla moda: «divengono leciti e buoni comportamenti ripugnanti che violano e distruggono libertà e dignità, purché prescritti da una tra le tante ipostatizzate "culture"», sempre con quelle stesse, tremende virgolette, per un attimo ci dimentichiamo persino di dissentire: perché qui la tensione ideale porta finalmente la vitalità della scrittura autentica dentro il circolo chiuso delle buone maniere saggistiche.

a cura di Luana Salvarani

Numero 2/2012, monografico

Giuditta Bambara

Dipendente EnAIP FVG. Progettista di sistema, progettista e coordinatrice di azioni formative delle seguenti tipologie: Fondo Sociale Europeo, Piano Regionale di Formazione Professionale, Legge 236, Iniziative Comunitarie (Now, Horizon, Urban, Equal, Leonardo) per le seguenti tipologie di utenza: giovani e adulti, occupati e disoccupati, categorie svantaggiate, qualifiche di base, post diploma e post laurea; aggiornamento e formazione continua. Referente per la formazione Area Welfare e Piani di zona. Referente regionale dell'ATI "Misure Compensative" per il Programma 34 2011/13 "Misure Compensative per il conseguimento della qualifica di OSS".

Irene Bertucci

Responsabile del Comitato di redazione della rivista *Formazione&Lavoro di ENAIP*. Sociologa ed esperta di processi formativi. Negli anni si è occupata soprattutto di formazione dei formatori, obbligo formativo e contrasto alla dispersione scolastica. Ha collaborato con l'ISFOL su studi inerenti lo sviluppo delle competenze riflessive e delle metacompetenze. Lavora in ENAIP dal 2000. Dal 2011 è responsabile della funzione *Ricerca e Sviluppo e Diffusione Buone Prassi* e dell'area *Comunicazione e Immagine*.

Antonio Cristoforetti

Laureato in Psicologia Sociale del Lavoro e della Comunicazione, collaboratore fisso dell'Istituto Regionale di Studi e Ricerca Sociale di Trento dal 2007, ha maturato esperienze di progettazione e gestione di progetti di ricerca e formazione a livello locale, nazionale ed europeo, oltre che di coordinamento, docenza e tutoraggio, con riferimento prevalente all'*ageing* e alla formazione e inquadramento delle professioni sociali (OSS e Educatori per la prima infanzia).

Fabio Cucculelli

Sociologo del lavoro e dell'organizzazione. Dal 2008 lavora presso il Dipartimento Lavoro delle Acli nazionali e dal 2010 è membro della commissione lavoro del Forum delle Associazioni familiari. Dal 2006 collabora alla redazione

della rivista "La Società" (Fondazione Toniolo di Verona) e della rivista "Formazione & Lavoro". Le sue attività di ricerca riguarda le trasformazioni del mondo del lavoro. Tra i suoi articoli e pubblicazioni segnaliamo il più recente (con Elisabetta Murano e Ernesto Rossi) *La Conciliazione Famiglia-Lavoro. Un faticoso percorso di riconoscimento giuridico* in "Le nuove frontiere della conciliazione famiglia-lavoro" (Forum Associazioni Familiari, 2011)

Vittoria De Astis

È stata Direttrice dell'allora Scuola Regionale per Infermieri Professionali della Liguria e in seguito ha diretto il Settore Formazione della ASL 3 Genovese. Dal 2001 riprende l'attività nel settore dell'organizzazione dell'assistenza, con particolare riguardo ai servizi extraospedalieri. Dal 2008 è in distacco presso la Regione Liguria, dove coordina la Rete delle Professioni Sanitarie ed è referente per il Dipartimento Salute e Servizi Sociali per i corsi OSS.

Rita Di Domenico

Si occupa presso la Sede Nazionale delle ACLI del coordinamento e gestione della biblioteca, dell'archivio storico e fotografico, delle recensioni di libri. È redattrice del sito di ACLI Nazionale. In passato si è occupata, tra l'altro, di elaborazione statistica presso l'IREF. Possiede una specializzazione in gestione delle biblioteche.

Massimiliano Franceschetti

Ricercatore ISFOL, presso la struttura "Lavoro e professioni". Si occupa di studi, ricerche, strumenti e metodologie per analizzare le professioni e il contenuto del lavoro, con particolare riferimento all'analisi dei fabbisogni formativi e occupazionali e agli aspetti classificatori delle professioni. Su questi temi ha svolto, nell'ambito di vari progetti, attività di consulenza e di formazione in aula. In questi anni ha, in particolare, approfondito il tema delle professioni sociali, delle professioni ordinistiche, dell'edilizia e del tessile-abbigliamento. Giornalista pubblicista dal 1997, ha collaborato con varie testate occupandosi di professioni, lavoro, formazione e Terzo settore.

Maria Domenica Giaccari

È Direttore generale di ENAIP. Laureata in Pedagogia, lavora da trent'anni nel settore della formazione e della gestione delle risorse umane. Nel corso degli anni, ha svolto diverse consulenze professionali per aziende pubbliche e private, e ha ricoperto incarichi istituzionali per la Regione Lazio, il Ministero dell'Interno, e il MIUR. Ha vinto una borsa di studio all'Unione Europea e si è trasferita a Bruxelles dove ha successivamente avuto un incarico all'Ufficio di rappresentanza dell'Unioncamere e di Confcooperative. Ha svolto incarichi universitari presso l'Università di Lecce.

Andrea Giacomantonio

È ricercatore presso l'Università degli Studi di Parma, dove insegna "Didattica generale e Pedagogia speciale". Si è occupato di valutazione, di qualità, di formazione degli insegnanti e dei formatori. Collabora con ENAIP dal 2003. Sul tema degli esiti scolastici ha recentemente pubblicato «*Gianni*» e il «*figlio del dottore*» quattro anni dopo (La Nuova Cultura, Roma 2010).

Francesca Gennai

Ph.D, lavora presso l'Istituto Regionale di Studi e Ricerca Sociale di Trento (dal 2008) nella duplice veste di ricercatrice e formatrice occupandosi nell'area della formazione di progettazione e docenze nell'ambito di progetti sulle pari opportunità, inclusione lavorativa e integrazione interculturale e nell'area della ricerca di progettazione e realizzazione su bandi nazionali ed europei di progetti nell'ambito dell'*ageing* e dell'inquadramento delle professioni sociali.

Maria Antonietta Griseta

Esperta di formazione e orientamento ha lavorato per diversi enti di formazione professionale. Collabora con la Cattedra di Psicologia dello sviluppo della Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Bari dove è stata anche Docente a Contratto per gli insegnamenti di Psicologia dello sviluppo e Psicologia dell'Educazione. Insegna Didattica presso l'Istituto Superiore di Scienze Religiose della Facoltà Teologica Pugliese.

Emilio Lastrucci

È docente di Pedagogia Generale, Pedagogia Sociale e Pedagogia Sperimentale presso l'Università di Basilicata. Ha coordinato numerose e rilevanti ricerche in campo educativo a livello nazionale e internazionale, e ha prodotto circa 400 pubblicazioni scientifiche, molte delle quali di rilievo internazionale, fra cui numerose voci nei settori della pedagogia e della psicologia dell'apprendimento per l'Enciclopedia Treccani. Fra le sue opere principali: *La formazione del pensiero storico* (Paravia, 2000), *Progettare, programmare e valutare* (Anicia, 2° ediz. 2006), *Autovalutazione di Istituto* (Anicia, 2001), *Valutazione diagnostica* (Anicia, 2004), *La nuova scuola delle due riforme* (Anicia, 2005), *Formare il cittadino europeo* (Anicia, 2012).

Lorenzo Liguoro

Ha conseguito la Laurea Magistrale in Politiche dell'Unione Europea presso l'Università degli Studi di Padova, specializzato in Project Management di progetti internazionali. Opera dal 2005 nel campo dei servizi di europeizzazione favorendo la partecipazione di Enti Pubblici, aziende private e organismi del terzo settore all'interno dei processi di integrazione sostenuti da finanziamenti comunitari.

Maria Stella Montanaro

Infermiera Dirigente dell'Assistenza Infermieristica Direzione Sanitaria Ospedale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti di Bari. Si occupa della gestione del personale sanitario del comparto. Docente presso il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Bari. Ha svolto attività di tutor e insegnante nei corsi per Operatori Socio Sanitari sia in collaborazione con EnAIP che con cooperative sociali come Elpendiu.

Giuseppe Notarnicola

Coordinatore delle UU.OO.CC. di Nefrologia e Endocrinologia dell'Ospedale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti di Bari. Docente presso il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Bari. Ha svolto attività di docenza nei corsi per Operatore Socio Sanitario in collaborazione con diverse sedi dell'EnAIP Puglia. Membro del Direttivo Consiglio Provinciale IPASVI di Bari.

Giovanna Sonda

Ha conseguito il dottorato in Sociologia e Ricerca Sociale presso l'Università di Trento. Svolge attività di ricerca, progettazione e consulenza nell'ambito degli studi organizzativi, del welfare e delle politiche pubbliche. È stata ricercatrice presso l'Istituto Regionale di Studi e Ricerca Sociale (IRSRS) di Trento dal 2005 al 2011.

Emiliano Stroppiana

Responsabile del servizio progettazione di Aesseffe S.c.p.a. Liguria. Lavora da trent'anni nel settore della formazione professionale dove ha ricoperto diversi incarichi. Da oltre venti anni si occupa, in particolare, della progettazione e del coordinamento di attività formative e di progetti complessi.

Laura Visentin

Laurea in Economia, consulente aziendale, esperta in progettazione formativa e consulenza organizzativa nel settore socio sanitario. Componente del CdA di Kairos SpA-Consulenza di Direzione e Formazione e responsabile del settore socio sanitario. Componente del CdA di Aclicoop Mirano S.c. soc. a r.l. – Servizi socio-educativi. Consigliere prov.le delle Acli di Venezia e Responsabile del Coordinamento Donne delle Acli di Venezia, è stata Consigliere Nazionale delle Acli, componente del Direttivo Nazionale del Coord. Donne e componente della Presidenza Regionale delle Acli del Veneto. Ha collaborato con EnAIP Veneto in progetti di orientamento al lavoro. Ha coordinato il Master in Etica ed Economia – Marcianum Venezia – Università Bocconi.

Paolo Verticchio

Specializzato in scienze dell'educazione e della formazione presso la Facoltà di Filosofia dell'Università La Sapienza di Roma. Attualmente lavora come educatore professionale presso il centro medico psicopedagogico Casa Giocosa di Roma. È esperto di temi connessi alle figure degli OSS. Autore di romanzi e testi teatrali.



ENAI P

www.enaip.it

www.enaip.it

www.enaip.it

Abbiamo una storia viviamo il presente

*L'obiettivo di ieri e di oggi è promuovere
un sistema formativo aperto ed integrato,
centrato sul diritto dei cittadini
all'istruzione e alla formazione,
in stretta relazione
con le politiche del lavoro
e di sviluppo territoriale
delle Regioni
e degli Enti locali.*



**ATTENTI ALLA PERSONA
APERTI AL MERCATO**

E N A I P

ENTE NAZIONALE ACLI ISTRUZIONE PROFESSIONALE | www.enaip.it | sedenaz@enaip.it

ISSN 0015-7767



9 770015 776009