

Aggiornamento ECM/FVG Collegio IPASVI di Gorizia
“Dalla Formazione all’Organizzazione – dalla teoria alla pratica”
“La figura di supporto nell’assistenza”

**COLLEGIO PROVINCIALE INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI – VIGILATRICI D’INFANZIA
di Gorizia**

**Aggiornamento ECM/FVG
“Dalla Formazione all’Organizzazione – dalla teoria alla pratica”**

“LA FIGURA DI SUPPORTO NELL’ASSISTENZA”

Relatori:

Fabia BASSAN

Adriana CHECCHI

Mario SCHIAVON

Monfalcone 13 giugno 2005

Gorizia 14 giugno 2005

INTRODUZIONE

Nel corso degli anni si sono succedute, a fianco dell'infermiere, numerose figure con qualifiche e possibilità d'intervento diverse. Questo vorticoso succedersi è giustificato dal fatto che l'infermiere ha continuamente esternato la necessità di avere al suo fianco del personale che avesse lo scopo di supportarlo e coadiuvarlo nella sua opera di assistenza.

Per comprendere al meglio come si è arrivati alla nascita dell'Operatore Socio-Sanitario (OSS), attuale figura di supporto presente in ambito assistenziale, è necessario passare rapidamente in rassegna: tutti coloro che lo hanno preceduto a fianco dell'infermiere.

EVOLUZIONE STORICO-NORMATIVA

L'ausiliario

Questa figura è storicamente presente all'interno degli ospedali, svolgeva compiti molto semplici di carattere prettamente esecutivo che consistevano essenzialmente in:

- pulizia degli ambienti;
- trasporto dei malati.

Questa figura è regolamentata dall'Accordo nazionale unico di lavoro per il personale ospedaliero" (ANUL) del 1974.

L'Ausiliario Socio-Sanitario

Il successivo contratto di lavoro (ANUL 1979) distinse con precisione: "l'addetto esclusivamente alle mansioni di pulizia", con inquadramento al primo livello retributivo, dall'Ausiliario Socio-Sanitario.

Questa figura disponeva di:

1. "autonomia operativa nei limiti dell'esecuzione delle prestazioni proprie che sono soggette a controllo diretto";
2. "responsabilità limitata alla corretta esecuzione delle prestazioni nell'ambito delle istruzioni ricevute e dall'autonomia riconosciutagli".

Nel periodo successivo al contratto però, si avvertiva l'esigenza di definire una figura distinta da questa con una propensione assistenziale che andasse oltre la semplice attività di trasporto dei malati.

L'Ausiliario Socio-Sanitario Specializzato

ANUL 1980, vennero distinte due figure di ausiliario:

1. l'Ausiliario socio-sanitario;
2. l'Ausiliario socio-sanitario specializzato.

quest'ultimo aveva seguito brevi corsi di addestramento che gli avevano permesso di ampliare le sue mansioni.

Tra le attività svolte da questa figura ve ne sono molte che verranno poi riportate alla lettera nel mansionario dell'OTAA, figura di supporto successiva all'Ausiliario Socio-Sanitario Specializzato.

Fra queste:

- attività alberghiere;
- igiene dell'unità del malato;
- corretta esecuzione dei compiti affidategli dalla caposala;
- posizionamento del paziente al letto.

Tutto ciò permette di intuire come l'OTAA sia il frutto dell'evoluzione dell'Ausiliario specializzato.

L’Operatore Tecnico Addetto all’Assistenza

L’O.T.A.A. nasce con il D.P.R. 28 novembre 1990 n. 384. I progressi tecnico–scientifici si fanno sempre più sentire in ambito assistenziale: all’infermiere viene richiesto un continuo aggiornamento delle sue conoscenze per far fronte alla complessità del lavoro ed alle richieste di assistenza di una popolazione sempre più anziana, grazie ad un miglioramento della qualità della vita in generale, ma con a carico una pluralità di patologie.

Si rende evidente, perciò, la necessità di avere a disposizione personale di supporto con una maggiore qualificazione, in modo da potergli affidare attività semplici ed impiegare in modo più efficace la competenza e la professionalità del personale infermieristico.

Per una corretta trattazione della storia di tale figura è necessario procedere in maniera ordinata, approfondendo con ordine quelli che sono i punti fondamentali:

- “com’è nato l’Operatore Tecnico Addetto all’Assistenza”;
- “la formazione”;
- “le attività”;
- “l’inserimento lavorativo”.

Com’è nato l’Operatore Tecnico Addetto all’Assistenza

Nel 1991 viene emanato il decreto che regola i corsi di formazione che consentono di accedere al profilo OTA.

Con questo decreto, si conclude l’accidentato iter legislativo per la creazione di questa figura ed inizia il suo inserimento nella realtà sanitaria.

Si tratta di un fatto di non poco conto che ha visto l’assunzione di opposte posizioni tra membri della professione infermieristica, organizzazioni sindacali. L’ingresso in sanità di tale figura viene accolto con non poca diffidenza dalla categoria infermieristica. E’ a tutti noto come, nel corso della fine degli anni ’80, si è insistentemente parlato di “emergenza infermieristica”: la scelta, ritenuta risolutiva, di creare una “nuova” figura da inserire nei luoghi d’assistenza, infatti, viene avvertita, dalla categoria infermieristica, come una maldestra risposta al problema carenza.

A breve l’OTA avrebbe irrotto nelle unità operative e gli infermieri erano inevitabilmente e profondamente coinvolti in tale innovazione, per una serie di motivi:

- gli OTAA sarebbero stati formati dalle scuole infermieristiche;
- gli infermieri avrebbero fatto lezione agli OTAA;
- gli infermieri avrebbero seguito i tirocini degli OTAA;
- gli infermieri avrebbero fatto parte delle commissioni d’ esame;
- gli infermieri avrebbero lavorato con gli OTAA;
- gli infermieri aspettavano da lungo tempo le condizioni e le risorse idonee per esprimere al meglio la loro professionalità;
- il cittadino-utente ha bisogno di vedere soddisfatte al meglio le proprie necessità assistenziali.

La formazione

Il D.M. del 1991, emanato a solo un anno di distanza da quello che istituisce la figura stessa, disciplina i corsi di formazione per Operatore Tecnico Addetto all’Assistenza. Tale decreto prevede che i corsi di formazione per OTA siano istituiti presso scuole infermieristiche. E’ evidente, in tale asserzione, che nella scelta operata dal legislatore vi è la precisa volontà di affermare la diretta partecipazione degli infermieri alla formazione di tale operatore. Ne è prova il fatto che la direzione dei corsi è affidata ad un infermiere dirigente e, come abbiamo già precisato, l’insegnamento è attribuito al personale infermieristico.

Il tipo di insegnamento verrà calibrato in base alle esigenze del servizio e all’aiuto che l’OTAA può dare all’infermiere. Si tratta di un momento fondamentale in cui all’infermiere è richiesto di esprimere al massimo il proprio sapere e la propria capacità decisionale.

Le attività

Il D.P.R. che lo istituisce (1990) specifica che “...opera sotto la diretta responsabilità dell’infermiere professionale...” Il provvedimento, dunque, riconferma la finalità di supporto di tale operatore, attribuendogli l’area di autonomia esclusivamente per quanto attiene le mansioni alberghiere, mentre risulta assolutamente dipendente dall’infermiere per quanto riguarda compiti di natura più squisitamente assistenziali.

L’inserimento lavorativo

Nel Decreto del 1991 viene sancito che: “L’OTAA va inserito prioritariamente all’interno delle équipe assistenziali da parte delle Direzioni Sanitarie che dovranno, attraverso gli Infermieri Dirigenti, creare nuovi modelli di lavoro infermieristico”. E’ da sottolineare, dunque, che le premesse erano buone poiché, in altri termini, le disposizioni di legge prevedevano che gli OTAA fossero preferibilmente inseriti nelle unità di degenza e che consentissero, grazie al loro operato, di far guadagnare all’infermiere tempo impiegabile per la progettazione e l’organizzazione degli interventi assistenziali. Il Decreto a questo proposito precisa che i dirigenti infermieri devono prevedere idonei modelli organizzativi dell’assistenza e predisporre strumenti di lavoro, quali i protocolli, al fine di favorire l’inserimento degli OTAA. Lo stesso Decreto stabilisce che, trascorso un anno, si proceda ad una verifica di efficacia/efficienza dell’inserimento; prevede, inoltre, che l’OTAA dipenda funzionalmente dall’infermiere professionale. L’insieme degli elementi ricordati, uniti alle previste attribuzioni dell’OTAA, sono fatti che avrebbero dovuto convincere gli infermieri professionali a considerare la presenza di questa nuova figura non come un ulteriore fardello di responsabilità, sommato a tutti quelli che già possiedono, bensì come una potenziale opportunità per riorganizzare al meglio il proprio lavoro. Quanto appena ricordato però, non è avvenuto nella maggior parte dei servizi sanitari.

L’OPERATORE SOCIO-SANITARIO

Leggi che disciplinano l’istituzione dell’Operatore Socio-Sanitario

La prima normativa che ne parla è l’art. 3 octies del D.Lgs 502/92 (Aziendalizzazione) . L’integrazione di questo articolo avviene poi con il D.Lgs 229/99 con il quale si prevede l’istituzione dell’area delle professioni socio-sanitarie sui tre livelli:

1. area laureata dirigenziale;
2. area delle professioni diplomate;
3. area degli “operatori da formare in corsi a cura delle regioni”.

Il riferimento normativo ufficiale è [l’Accordo Stato-Regioni 22/02/2001](#)

Ragioni dell’istituzione della figura dell’OSS

La necessità di dover istituire una figura di supporto come quella dell’OSS, con le sue caratteristiche e con la sua versatilità risale, in realtà, già al periodo successivo l’istituzione dell’OTA, quando si rese improrogabile una revisione dell’organizzazione delle attività assistenziali in considerazione di vari fattori:

1. *nuova concezione di salute;*
2. *uso ottimale delle risorse;*
3. *necessità di miglioramento dell’assistenza;*
4. *accresciuto bagaglio di conoscenze infermieristiche.*

Nuova concezione di salute

La società, nell’ultimo ventennio, ha subito profonde evoluzioni: a variazioni della società si sono accompagnate variazioni del concetto di salute e di malattia e, con esse, hanno subito modificazioni anche i modi di approcciarsi ai mutevoli bisogni di assistenza espressi dalle persone. Si è assistito ad una progressiva crescita della popolazione legata, da un lato, all’aumento e alla diffusione del benessere, e dall’altro, all’incremento delle patologie cronicodegenerative; fattori questi, che hanno determinato un aumento complessivo di persone anziane e non autosufficienti all’interno della società. Tale condizione ha inevitabilmente posto la necessità di avviare un processo di modifica della concezione di assistenza esistita fino a quel momento: si giunge alla convinzione che l’ospedale, considerato sino ad allora unico centro fautore di salute, non era più in grado di adempiere al suo scopo. E’ il periodo dell’emanazione della legge del 833/’78 la “*Legge di riforma sanitaria*”, che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) definito come “*complesso delle funzioni, delle attività, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio*”. E’ possibile leggere: “*Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli organi, centri, istituzioni e servizi che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività*”.

Con questa legge la salute non è più di sola competenza ospedaliera o sanitaria ma, vista la complessità delle prestazioni necessarie a garantirla, acquista un respiro più ampio anche sul versante sociale. L’integrazione tra i settori della sanità e quelli delle politiche sociali, in particolar modo quello socio-assistenziale, poiché strettamente collegato al concetto di salute, diventa un’inevitabile necessità. Per questi motivi è indispensabile lo sviluppo della logica dell’intersettorialità e si rende necessario, inoltre, intensificare i rapporti tra i diversi ambiti e tra le diverse figure professionali per rispondere in maniera efficace alle sempre nuove esigenze dell’utenza. La figura dell’OSS è stata ideata proprio valutando il nuovo assetto presentato in ambito assistenziale: c’era bisogno, infatti, di una figura di supporto che non fosse di solo impiego ospedaliero, ma che presentasse caratteristiche tali da poter essere collocata indistintamente anche nel settore sociale.

Uso ottimale delle risorse

L’attenzione verso un utilizzo appropriato delle risorse non è un concetto nuovo. Tale problema in campo sanitario, infatti, iniziò ad essere ravvisato in modo particolare negli anni successivi alla riforma sanitaria del ’78: l’aumento incontrollato della spesa sanitaria, causato dalla suddetta legge, la quale prevedeva la fornitura gratuita del servizio sanitario a tutti i cittadini, senza nessun vincolo, nessun tetto di spesa e senza nessuna responsabilizzazione sui risultati, portò all’emanazione di alcune normative allo scopo di arginare una situazione ormai insostenibile per le casse dello Stato.

In particolare il D.Lgs. 502/’92 e successive modifiche (D.Lgs. 517/’93 e D.Lgs. 229/’99) introducono i concetti di “aziendalizzazione”, di “scelta delle priorità”, di “responsabilizzazione sui risultati”, “ambito delle risorse disponibili”, di “budget limitato”, di “DRG”.

Inoltre vengono più volte rimarcati i principi di efficacia, efficienza, appropriatezza: tutti questi concetti condussero le aziende sanitarie a dover affrontare determinate riflessioni. Una delle riflessioni effettuate dalle Aziende Sanitarie è la seguente.

La maggior parte della spesa di un’Azienda è senza dubbio il personale, proprio perché è la sua massima risorsa. E’ chiaro che, più il personale è preparato, maggiori saranno le sue responsabilità. Inoltre, con l’aumentare delle responsabilità, aumenta anche la retribuzione. Quanto appena detto ha indotto le aziende a fare questo tipo di ragionamento: poiché le risorse sono limitate, è utile che le figure in grado di assumersi maggiori responsabilità, vengano

utilizzate in modo corretto e, altre figure, con un profilo più basso, e quindi più economico, vadano, ove possibile, a sostituirle.

Necessità di miglioramento dell’assistenza

Quest’affermazione si riferisce, in particolar modo, alla necessità di migliorare l’assistenza alla persona non autosufficiente nelle attività di vita quotidiana, in ospedale come a domicilio del paziente o nelle residenze, grazie al supporto di operatori adeguatamente preparati che siano presenti vicino alla persona per aiutarla a lavarsi, vestirsi, mangiare, assumere una posizione comoda e sicura nel letto, camminare: tutti interventi che non necessitano espressamente di una competenza di tipo infermieristico ma il cui svolgimento quotidiano permette di evitare serie complicanze (es. lesioni da compressione, isolamento sociale ecc.) e, più in generale, un progressivo aggravamento delle condizioni della persona, specie se anziana e confinata a letto. Coadiuvato in questo modo dal personale di supporto, l’infermiere ha tutto il tempo necessario per pianificare ed organizzare i vari interventi assistenziali magari ponendo attenzione anche alla personalizzazione dell’assistenza ed influenzando, dunque, positivamente sulla qualità dell’assistenza.

Accresciuto bagaglio di conoscenze infermieristiche

L’accresciuto bagaglio di conoscenze, di cui attualmente dispone la comunità infermieristica, ha contribuito ad elevare profondamente lo status professionale. Si è passati da una professione “ausiliaria”, di natura prettamente esecutiva, ad una professione di tipo “intellettuale” che ha consentito all’infermiere di poter assumere, a pieno diritto, la responsabilità sull’intero processo d’assistenza.

Per questo motivo, dunque, è da tempo sentita, all’interno della categoria, l’esigenza di voler ricondurre l’infermiere alle funzioni e alle responsabilità che realmente gli competono.

Per troppo tempo questa figura ha dovuto estendere il proprio campo d’azione dagli interventi terapeutici, allo svolgimento di attività di tipo alberghiero, al trasporto di materiali, a mansioni amministrative di vario genere. E’ stata portata ad occuparsi di un cumulo di attività che, ad un’attenta riflessione, non richiedono 4600 ore di formazione di un professionista sanitario.

La sua azione per molto tempo, dunque, si è andata dimostrando insufficiente proprio nel suo specifico professionale: cioè la pianificazione dell’assistenza e la presa in carico dell’utente.

Com’è noto, il processo d’assistenza infermieristica richiede competenze professionali specifiche: si parla di professione “intellettuale” proprio per questo motivo, perché il tutto (decisioni, pianificazione, valutazione del processo e dei risultati) deve avvenire su basi scientifiche e ciò implica il possesso di determinato bagaglio culturale.

Profilo Oss

Secondo la normativa vigente, e cioè secondo il provvedimento della Conferenza Stato Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, l’OSS è:

“l’operatore che svolge attività indirizzate a:

- 1. soddisfare i bisogni primari della persona nell’ambito della propria area di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;*
- 2. favorire il benessere e l’autonomia dell’utente.*

Tale documento individua anche il “contesto operativo” :

“ l’OSS svolge la sua attività sia nel settore sociale, sia in quello sanitario, in servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero o al domicilio dell’utente”; nonché l’aspetto dei “rapporti con le altre professioni” : “ *l’OSS svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all’assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale”.*

Come si evince dai suddetti punti, vi è una diversità sostanziale con gli operatori di supporto del passato: si ricordi come per l’OTA era espressamente specificato che “agisce sotto la diretta

responsabilità dell’infermiere professionale”. Ciò modifica fundamentalmente il rapporto tra infermiere e operatore di supporto:

Competenze

Possiamo distinguerle in tre principali macroaree :

1. comfort alberghiero;
2. gestione dei presidi e delle apparecchiature;
3. attività di accudimento.

Comfort alberghiero con questo termine si intende l’insieme di attività che contribuiscono a rendere più confortevole, sicuro e gradevole l’ambiente (pulizia dell’unità del malato, pulizia di attrezzature e ausili usati per l’assistenza).

Gestione dei presidi e delle apparecchiature provvedere alla decontaminazione ed alla pulizia di numerosi presidi, ausili e attrezzature usati per l’assistenza (carrelli, presidi per il trasporto e la deambulazione dei malati, strumentario chirurgico, apparecchi semplici utilizzati nelle diverse unità operative come erogatori dell’ossigeno, aspiratori, altro). Inoltre è competenza dell’OSS la preparazione dei materiali da inviare alla sterilizzazione, il loro trasporto e conservazione, tanto da renderlo assegnabile a una centrale di sterilizzazione. All’OSS può essere affidato il trasporto di materiali che richiedono particolari attenzioni da un punto di vista igienico, ad esempio i campioni di sangue o altri materiali organici su cui devono essere effettuati esami diagnostici.

Attività di accudimento: su questa definizione è necessario soffermarsi con particolare attenzione poiché a questo campo appartengono attività che comportano il contatto diretto con l’assistito (rifacimento del letto occupato, aiuto nella pulizia personale e nell’eliminazione, supporto nella mobilizzazione e nell’alimentazione).

Il termine “*accudimento*” non è casuale, poiché significa prendersi cura dell’altro con modalità che non richiedono interventi altamente specifici o professionali, ma la capacità di essere di supporto alla persona nella ricerca del comfort e del benessere. L’essere di supporto alla persona non deve però essere inteso in senso riduttivo: piuttosto deve aprire la strada alla riflessione sull’importanza anche delle attività di cura della persona oltre che su quelle tradizionali di intervento sulla malattia.

Per queste ragioni, sarebbe quanto mai sbagliata la svalutazione di queste attività come se fossero la parte più dequalificata del mandato dell’infermiere: esse sono piuttosto alcune delle azioni di cui si compone il progetto assistenziale individualizzato di cui l’infermiere ha la completa responsabilità ed al quale l’OSS partecipa per parti specifiche svolgendo i compiti che gli vengono attribuiti.

LA “QUESTIONE” DELLA RESPONSABILITÀ

L’aspetto relativo alla responsabilità è, inequivocabilmente, quello che ha suscitato maggiore interesse ed insieme maggiore preoccupazione tra i membri della comunità infermieristica.

Le maggiori preoccupazioni esternate al momento della creazione dell’OSS, e ancor di più dell’OSSS, erano proprio quelle inerenti alle responsabilità professionali ed alle eventuali ricadute sull’assistenza in termini qualitativi.

Nello specifico, è stato esternato il timore di dover essere chiamati a rispondere per eventuali problemi che un utente possa riportare a causa di un compito espletato da una figura di supporto.

A questo punto si rende necessario fornire delle delucidazioni sul significato del termine “delega”. Questo termine viene spesso utilizzato riferendosi all’attività lavorativa quotidiana ma è suscettibile a creare equivoci poiché, a volte, non se ne condivide oggettivamente il significato: non si tratta in realtà solo di un errore di utilizzo di termini, importanti sono anche le implicazioni che l’errato utilizzo di questo termine può comportare.

Nell’ambito della professione infermieristica si sono sviluppati molteplici dibattiti circa l’applicazione di tale termine al rapporto infermiere-OSS.

Nel suo *contesto originale*, e cioè in ambito giuridico e del diritto, il termine delega assume un significato diverso rispetto a quello che gli viene comunemente attribuito in ambito lavorativo.

Per rendere più chiaro il concetto di seguito vengono riportati degli esempi.

Il termine delega trova molte accezioni: negli USA, per esempio, viene definita come “trasferimento di responsabilità per l’esecuzione di un’attività pur rimanendo responsabili dei risultati finali” oppure “trasferimento ad un individuo competente dell’autorità di eseguire un’attività infermieristica in una situazione selezionata”. In Italia troviamo definizioni come: “Attraverso la delega il delegante trasferisce al delegato soltanto l’esercizio dei propri poteri, conservandone la titolarità. Il potere viene esercitato dal delegato in nome proprio, perciò è quest’ultimo ad esserne direttamente responsabile”.

La giurisprudenza ci insegna che, per aversi effettiva “trasferibilità di funzioni da un soggetto all’altro”, la delega deve essere scritta e deve comportare il reale trasferimento di “poteri decisionali” al delegato, con conseguente necessità del delegante di controllare, ma di non ingerirsi nell’attività del delegato.

In ambito operativo molto spesso il termine “delega” viene impiegato per indicare la modalità mediante la quale l’infermiere intende affidare determinati atti alle figure di supporto. È facilmente deducibile, però, da quanto appena specificato, che l’utilizzo del termine delega risulta, nel nostro caso, decisamente improprio sia rispetto al contesto operativo, sia rispetto a ciò che si vuole indicare, sia rispetto al rapporto esistente tra le figure coinvolte e ciò per ben tre motivi:

1. l’infermiere non può formalizzare con uno scritto ogni attività che intende affidare all’OSS;
2. è impensabile che l’infermiere non si ingerisca nell’attività dell’OSS;
3. l’OSS non può ricevere un reale “trasferimento di poteri decisionali”, ne tanto meno delle relative responsabilità, in quanto non possiede competenze e professionalità analoghe a quelle dell’infermiere e perché, per inciso, non è un suo “pari”.

L’infermiere, per i motivi appena elencati, non ricorrerà allo strumento della delega: si parlerà quindi, più correttamente, di **attribuzione** o *affidamento di compiti*.

“Attribuire” non significa cedere al personale di supporto funzioni specifiche del profilo professionale, ma permettere a tali figure di compiere alcuni atti su specifica indicazione infermieristica. Si tratta di atti che vanno a comporre parti del progetto assistenziale del cui esito finale, non dimentichiamo, va a rispondere l’infermiere in quanto unico responsabile.

In linea teorica tali affermazioni risultano abbastanza semplici. La difficoltà si trova nel momento in cui il professionista si trova nella realtà operativa quotidiana a dover determinare in modo corretto “quando” attribuire atti agli OSS e “quali” atti attribuire.

Absolutamente imprescindibili a tale scopo sono quattro elementi:

1. conoscenza delle figure di supporto di cui si dispone e del relativo profilo;
2. conoscenza del proprio specifico professionale (conoscenze legislative e scientifiche);
3. adozione di uno idoneo modello organizzativo;
4. valutazione dei bisogni.

Una volta valutati i bisogni, dunque individuate le diagnosi infermieristiche, si procederà alla pianificazione degli interventi finalizzati a risolvere i bisogni dell’utente: l’infermiere, già al momento della pianificazione degli interventi, prevedrà che determinati *atti* saranno attribuiti al personale di supporto; atti, appunto che vanno a supportare l’espletamento di una completa prestazione effettuata dall’infermiere.

Come scegliere atti ed azioni da attribuire

Il primo passo da fare, come abbiamo specificato, è l’identificazione delle prestazioni necessarie a risolvere un bisogno di assistenza infermieristica, effettuata naturalmente in esclusività dall’infermiere.

Una regola fondamentale, inoltre, che l’infermiere deve avere in mente è che né le sue azioni, né tanto meno quelle attribuite ad altri, devono nuocere in alcun modo all’utente.

L’infermiere deve inoltre considerare tre elementi:

1) *L’utente*. Le variabili legate all’utente sono:

- le peculiarità della persona;
- le sue condizioni cliniche;

Bisogna considerare che ogni persona è una realtà a se stante e, se una determinata azione può risultare di semplice esecuzione se riferita ad un determinato utente, può rivelarsi di complessa effettuazione in relazione ad un altro. Ciò per una serie di motivi: per quanto riguarda la condizione clinica, maggiore è la complessità assistenziale (e quindi l’instabilità) presentata dall’utente, maggiore sarà la necessità di conoscenze scientifiche e abilità tecniche al fine d’approcciarsi adeguatamente alla situazione. Per quanto riguarda “l’analisi della complessità assistenziale” verrà adeguatamente e dettagliatamente trattata in seguito.

2) *L’operatore di supporto*. Affinché l’attribuzione venga effettuata in maniera corretta, è necessario da parte dell’infermiere, una conoscenza approfondita delle figure di supporto. E’ fondamentale che l’infermiere conosca bene il profilo degli operatori che si trova a gestire. Nel caso dell’OSS è bene che l’infermiere conosca dettagliatamente:

- gli ambiti di “autonomia”;
- quelli di “cooperazione”;
- e, soprattutto, quelli in cui può agire “su specifica prescrizione infermieristica”.

Quando l’infermiere si avvale di operatori di supporto, inoltre, deve costantemente e preventivamente verificare il livello di preparazione e di competenza di tali figure. La valutazione delle competenze degli operatori di supporto, infatti, rientra a pieno nelle responsabilità dell’infermiere.

3) *L’azione in se*. L’azione da attribuire deve avere in se delle caratteristiche fondamentali, deve essere:

- pertinente al profilo;
- ad elevata standardizzazione (bassa discrezionalità ed alta riproducibilità);
- a bassa complessità tecnologica;
- a basso rischio per l’utente

L’INTEGRAZIONE DELLE FIGURE DI SUPPORTO: PUNTI CARDINE

L’integrazione delle figure di supporto dipende essenzialmente da 2 aspetti:

- 1) *Capacità dell’infermiere*
- 2) *Condizioni organizzative*.

Capacità dell’infermiere

Di quali capacità si tratta? Il profilo professionale così recita: “*L’infermiere, per l’espletamento delle sue funzioni, si avvale, ove necessario, dell’opera del personale di supporto*”.

Ma cosa significa “ove necessario”? Significa che l’infermiere, prima della pianificazione e, quindi, dell’eventuale attribuzione di determinati atti alle figure di supporto, deve effettuare la cosiddetta *analisi della complessità assistenziale*.

L’analisi della complessità assistenziale è un approccio razionale che permette all’infermiere di discernere se è consigliabile o meno attribuire ad altre figure una determinata azione, in base alle condizioni del paziente; si prefigge di leggere, interpretare e stimare la complessità presentata dalle persone assistite, al fine di identificare le modalità di risposta infermieristica più appropriate.

In questo modello i bisogni di assistenza infermieristica presentati dalla persona sono identificati mediante tre dimensioni:

1. prima dimensione: *condizione salute/malattia*;
2. seconda dimensione: *comprensione* delle proprie necessità in relazione al punto 1 e *scelta* consapevole dei comportamenti idonei;
3. terza dimensione: possibilità di mettere in atto *autonomamente* le azioni e i comportamenti che si è deciso intraprendere.

Le tre dimensioni determinano la tipologia d’intervento richiesta dell’infermiere.

- La condizione di salute/malattia della persona viene vista soprattutto in termini di *stabilità/instabilità* clinica: ad un’elevata instabilità clinica corrisponde una bassa discrezionalità decisoria dell’infermiere, cui è richiesta un’elevata competenza scientifico-operativa ed un’alta capacità di integrazione con il professionista sanitario prescrittore (si pensi ad una tp intensiva). E’ l’area che riguarda prevalentemente i processi diagnostico-terapeutici, quindi l’area, secondo il profilo professionale, definita collaborativa.
- Nella seconda variabile si prende in considerazione la capacità di *comprensione/scelta* della persona assistita. (Si pensi a persone seguite nei C.S.M., oppure a persone colpite da Ictus). In questo caso il ruolo dell’infermiere è quello di “mobilizzare” le risorse dell’assistito, e delle sue persone di riferimento, al fine di creare le condizioni favorevoli per consentirgli di gestire ed operare scelte consapevoli e comportamenti idonei a ristabilire la propria salute, mantenerla ed, eventualmente, ridefinire il proprio progetto di vita in rapporto alla condizione patologica. L’intervento, in questo caso, è prettamente educativo;
- Nella terza dimensione, che è quella che ci interessa ai fini dell’*attribuzione di determinati atti alle figure di supporto*, si prende in considerazione la possibilità e la capacità della persona assistita di mettere in atto comportamenti decisi consapevolmente e autonomamente, per la soddisfazione dei propri bisogni. Esistono situazioni assistenziali in cui la persona sa cosa vorrebbe e cosa dovrebbe fare, ma non è in grado di farlo. Il caso limite è rappresentato dal paziente tetraplegico, cosciente e consapevole, che però non è in grado di assolvere autonomamente neanche le banali attività di vita quotidiana.

Questa è l’area dell’*autonomia/dipendenza* della persona presa in carico, ed è la variabile prevalentemente utilizzata per stimare i carichi di lavoro infermieristico.

Ad una diminuita possibilità d’azione dell’assistito corrisponde un’elevata discrezionalità decisoria dell’infermiere che valuta, se effettuare direttamente gli interventi necessari, o se demandarli al personale di supporto di cui dispone. Alcuni interventi, infatti, possono, previa specifica valutazione infermieristica, vale a dire una volta che si è sicuri che si agisca in *sicurezza*, senza alcun rischio per il paziente, essere attribuiti alle figure di supporto.

L’infermiere mantiene la responsabilità delle attività pianificatorie, della supervisione e della verifica di quanto effettuato da altri, nonché dell’assistenza globale ricevuta dal paziente e la relativa qualità da esso percepita.

Condizioni organizzative

Affinché vi sia una buona integrazione delle figure di supporto, però, occorrono anche idonee condizioni organizzative. Non esiste in realtà “il” modello organizzativo migliore in assoluto per consentire una buona integrazione, poiché ogni contesto adotterà quello che è più convenzionale alle proprie peculiarità.

L’importante, però, è che l’organizzazione mantenga continuamente coerenza con due aspetti importanti:

1. la personalizzazione dell’assistenza;
2. la promozione dell’autonomia e della responsabilità professionale.

Affinché gli infermieri siano messi nelle condizioni di esprimersi al meglio e quindi partecipino al buon andamento del sistema, un contributo consistente può essere dato ponendo in essere le seguenti strategie (naturalmente queste devono venire dall’alto):

- definizione del fabbisogno e allocazione del personale infermieristico e di supporto nelle diverse strutture aziendali;
- valutazione della qualità, pertinenza, appropriatezza ed efficacia/efficienza delle attività e delle prestazioni poste in essere dal personale infermieristico e di supporto;

rilevazione del fabbisogno formativo e attivazione di iniziative di formazione ed aggiornamento permanente (ecm);

L’INSERIMENTO LAVORATIVO

L’OSS è una figura il cui ingresso nei presidi e nelle unità operative va predisposto e realizzato con molta cura. Egli, infatti ha un ruolo complesso: lavora su indicazione degli operatori con maggiore qualificazione, ma ha degli spazi di autonomia e la sua introduzione può incidere notevolmente sulle attività svolte dall’infermiere; ecco, dunque, la necessità di un inserimento alla cui programmazione, attuazione e valutazione l’intera équipe infermieristica deve necessariamente partecipare.

Procedura per l’inserimento

La procedura va a costituire la componente essenziale per una buona riuscita dell’inserimento del nuovo operatore.

La stesura e la messa in atto di una procedura, però, devono essere precedute da alcune **operazioni preliminari**:

- l’utilizzo delle job description (sia relativa all’OSS che all’infermiere), che è uno strumento operativo che consiste nella definizione delle responsabilità e delle competenze di un professionista.

Ovviamente non si definiscono le responsabilità e le competenze in senso generale, altrimenti si otterrebbe il profilo di quel determinato operatore, ma quelle che si richiedono in una determinata azienda o in un particolare settore di essa in base alla tipologia di utenti o ospiti, in base agli obiettivi che ci si pongono nei loro confronti.

- la *selezione* degli *infermieri* che saranno chiamati a svolgere la funzione di *guida* durante il “training” di affiancamento del nuovo OSS.

Come sopra precisato, la job description non deve riguardare solamente l’OSS, ma anche l’infermiere. Questo perché è inevitabile che l’ingresso degli OSS modifichi profondamente le attività che ad esso sono richieste. Questo passaggio della procedura di inserimento degli OSS è un punto cardine per l’infermiere, in quanto gli consente di ridisegnare il suo campo di operatività al fine di alleggerirsi di eventuali attività improprie.

Le parti che costituiscono la procedura

Una procedura di inserimento può essere redatta in vari modi, un esempio può essere il seguente, costituita da tre parti essenziali:

1. gli obiettivi;
2. l’accoglimento e l’orientamento;
3. l’inserimento vero e proprio.

Obiettivi:

- ottenere un rapido apprendimento delle conoscenze e abilità necessarie nell’unità operativa nel minor tempo possibile;
- garantire il mantenimento o il miglioramento del livello di sicurezza e di qualità dell’assistenza;
- far sentire a proprio agio sia gli infermieri che gli OSS.

Accoglimento e orientamento: colloquio con l’infermiere coordinatore per l’illustrazione delle finalità e caratteristiche della U.O. (tipologia degli utenti, decorso tipico della degenza, orari della giornata ecc.); organizzazione della U.O. (suddivisione del lavoro, modelli la visita guidata ai locali e l’illustrazione delle attrezzature, con particolare riferimento a quelle che l’OSS dovrà utilizzare nel suo lavoro quotidiano; presentazione degli operatori delle diverse qualifiche.

Al termine del periodo di inserimento deve essere effettuata una **verifica** che si realizza su più fronti (e naturalmente il confronto col periodo precedente l’inserimento dei nuovi operatori):

- verifica della qualità delle prestazioni;
- verifica della soddisfazione degli utenti;
- verifica della soddisfazione degli operatori.