downloaded from: infermieri.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA, VARESE

Diploma Universitario per Infermiere

LE FIGURE DI SUPPORTO ALL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

EVOLUZIONE STORICO-NORMATIVA LINEE GUIDA E INDAGINE CONOSCITIVA PER L'INTRODUZIONE DELLE FIGURE DI SUPPORTO IN UNA REALTA' OSPEDALIERA LOMBARDA

Relatore: Prof. Anna Michetti

Tesi di diploma di:

DAVIDE BARAZZONI

Matr. N°262082/95

Anno Accademico 2001/2002

INDICE

INTRODUZIONE **Pag. 4**

CAPITOLO 1 LE FIGURE DI SUPPORTO **Pag. 8**

1.1 AUSILIARIO pag. 8
Evoluzione storico giuridica e formazione pag. 8

1.2 ASA pag. 14

1.2.1 Evoluzione storico giuridica pag. 14
1.2.2 Formazione pag. 19

1.3 OTA pag. 21

1.3.1 Evoluzione storico giuridica pag. 21
1.3.2 Mansioni e confronto con le figure precedenti pag. 23
1.3.3 Formazione pag. 27

CAPITOLO 2 FIGURE INFERMIERISTICHE AD ESAURIMENTO **Pag. 29**

2.1 INFERMIERE GENERICO pag. 29

2.1.1 Normativa pag. 29
2.1.2 La legge 25 febbraio 1971 n 124 pag. 37
2.1.3 Dal 1972 all'abolizione pag. 41
2.1.4 Motivi e conseguenze dell' abolizione del generico pag. 42

CAPITOLO 3 L'OSS **Pag. 52**

3.1 LEGGI DI REGOLAMENTAZIONE DELLA FIGURA DELL'OSS pag. 52

3.2 DIFFERENZE E UGUAGLIANZE

CON OTA ASA E GENERICI pag. 58

3.3 LE RAGIONI DELL'ISTITUZIONE DELL'OSS pag. 62

3.3.1 Nuova concezione di salute pag. 63
3.3.2 Uso ottimale delle risorse pag. 66

CAPITOLO 4 L'INFERMIERE Pag. 71

4.1 BREVI CENNI EVOLUTIVI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA pag. 71

4.2 PERCORSO GIURIDICO EVOLUTIVO DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA DAL 1975 ALLA DIRIGENZA pag. 72

CAPITOLO 5 IL RAPPORTO INFERMIERE – FIGURE DI SUPPORTO Pag. 82

5.1 PROFESSIONISMO E DELEGA pag. 82

5.2 COME SCEGLIERE ATTI E AZIONI DA DELEGARE pag. 86

5.2.1 La persona pag. 88
5.2.2 L'operatore di supporto pag. 89
5.2.3 Il luogo pag. 89
5.2.4 L'azione in se. pag. 90

CAPITOLO 6 ESEMPI Pag. 91

6.1 ALIMENTAZIONE pag. 91

6.2 IGIENE PERSONALE E AMBIENTALE pag. 93

6.3 VITA SOCIALE E SOSTEGNO PSICOLOGICO pag. 95

6.4 MOBILIZZAZIONE pag. 96

6.5 MEDICAZIONI pag. 99

6.6 TERAPIA pag. 101

CAPITOLO 7 INDAGINE CONOSCITIVA Pag. 107

7.1 INTRODUZIONE ALLA RICERCA pag. 107

7.1.1 Le motivazioni pag. 107
7.1.2 I limiti pag. 108

7.2 PRESENTAZIONE DEGLI STRUMENTI DI INDAGINE pag. 110

CAPITOLO 8 CONCLUSIONI Pag. 115

8.1 CONSIDERAZIONI SUI DATI RILEVATI pag. 123

BIBLIOGRAFIA Pag. 132

ALLEGATI Pag. 140

INTRODUZIONE

Lo spostamento del concetto di salute da una semplice assenza di male ad una situazione di benessere biologico, psicologico e sociale, comporta per gli operatori il cui scopo è la cura, un impegno multidisciplinare. Impegno che, postulatane la complessità, non è equiparabile ad un insieme disordinato di azioni singole ma ad un vero e proprio programma riabilitativo. La gestione di un programma in evoluzione si differenzia da un singolo atto anche per le diverse figure che vi partecipano e per le risorse utilizzate. Il progetto che sottende all'attività dell'infermiere è stato definito piano di assistenza infermieristica e la sua professionalità dovrà in futuro essere sempre più improntata verso un lavoro di equipe. Lavoro per il quale è necessario prevedere anche dal punto di vista formativo una metodologia appropriata.

Alle difficoltà di un lavoro di equipe devono essere aggiunti i rischi e le ambiguità di risultati e di processi, determinati dall'attività sulla persona. Una professione assistenziale non può, nel suo espletarsi, avere il rigore matematico di altre discipline. Ciò nonostante l'infermiere ha sempre più bisogno, per poter lavorare, di una definizione, quanto più possibile chiara e

rigorosa, delle sue responsabilità e di quelle di chi collabora con lui sia nel campo dell'assistenza infermieristica sia in quello di altre discipline che pur hanno come obbiettivo la salute del paziente. Nel primo caso per poter coordinare l'interazione di più soggetti il cui lavoro determina la riuscita del piano di assistenza infermieristica e nel secondo per evitare di entrare in competenze non proprie.

Lo scopo della mia tesi è quello di analizzare le problematiche connesse all'introduzione di queste figure nella realtà operativa e proporre delle soluzioni.

L'elaborato è suddiviso in due parti. Nella prima parte prendo in considerazione, diverse figure professionali: ausiliario, ASA, OTA, OSS, e infermiere generico. L'analisi si concentra, oltre che sulla normativa che sancisce le diverse figure, sulle motivazioni che hanno portato alla loro nascita. Gli operatori vengono paragonati fra loro sia attraverso l'analisi delle mansioni che possono svolgere sia per il percorso di studi intrapresi. In questa parte pongo un particolare riguardo alle figure dell'infermiere generico e dell'OSS. Le motivazioni che mi hanno spinto ad un'analisi maggiormente dettagliata di questi operatori sono annoverabili nella constatazione che l'OSS, purtroppo, viene, nel comune intendere, troppo spesso confuso con l'infermiere generico, o quantomeno considerato quale suo succedaneo. In questi capitoli mi sono particolarmente soffermato sulle

motivazioni che hanno portato all'abolizione della figura dell'infermiere generico e successivamente a quelli che hanno portato all'istituzione dell'OSS, e alle sostanziali differenze che caratterizzano le due figure.

Nel capitolo quattro considero l'evoluzione storico giuridica dell'infermiere con particolare riguardo alle leggi che maggiormente esplicitano i rapporti con il personale ausiliario.

Nella seconda parte della trattazione analizzo il rapporto fra l'infermiere e le figure di supporto ponendo in rilievo le problematiche legate all'utilizzo delle stesse. Le problematiche sono state rilevate attraverso tre livelli di indagine: studio della letteratura, tramite un colloquio con un dirigente infermieristico e mediante l'analisi dell'introduzione dell'OSS in varie realtà operative dell'azienda ospedaliera S. Anna. L'intero elaborato pone particolare risalto alle considerazioni sull'OSS. Le motivazioni di questa scelta sono da ricercare nella relativa novità di questa figura la cui nascita ha suscitato numerose perplessità e timori fra gli infermieri.

In proposito ho definito il concetto professionale di atto, di azione e di delega a cui segue un analisi delle considerazioni e delle variabili che un infermiere deve elaborare al fine di scegliere atti ed azioni da delegare.

Le conclusioni contengono alcune riflessioni personali riguardanti l'elaborazione dei dati acquisiti tramite l'indagine conoscitiva e l'inserimento delle figure di supporto nella realtà quotidiana. Alla fine delle

stesse si trovano alcune delle domande che, nel corso degli approfondimenti che ho svolto per poter stendere questa tesi, mi sono posto.

LE FIGURE DI SUPPORTO

AUSILIARIO

(Portantini , ausiliari, Ausiliari Socio Sanitari, Ausiliari Socio Sanitari Specializzati)

EVOLUZIONE STORICO GIURIDICA E FORMAZIONE

Fra le figure inserite nel comparto ospedaliero italiano quella dell'ausiliario è indubbiamente fra le più antiche. La confusione fra ausiliari ed infermieri pervade tutta la storia dell' assistenza antecedente il 1918.

Tale condizione non deve meravigliare se si pensa alla considerazione del ruolo infermieristico in quel periodo: bassa all'estero[1] e nulla in Italia [2]. In generale qualunque figura si occupasse in modo diretto degli ammalati era considerato un infermiere, altrimenti un ausiliario o un portantino[3].

Dal punto di vista legislativo possiamo considerare la legge 12 febbraio 1968 n. 132 (riforma ospedaliera), come una delle prime norme che collocano, all'interno del sistema sanitario nazionale, il portantino, precursore della figura dell'ausiliario.

[1] Cfr Nursing storia illustrata della assistenza infermieristica, M patricia Donahue ed 1991
[2] nursing storia illustrata della assistenza infermieristica , m. Patricia Donahue a ed 1991 da pag.. a pag..
[3] cfr Ernest Hemmingwai addio alle armi tipico esempio di letteratura non del settore

Il portantino è inquadrato, nella suddivisione del personale ospedaliero determinata dall'art. 39, della legge sopra citata, fra le figure del personale esecutivo.

Poco meno di un anno dopo, con la legge che disciplinava lo stato giuridico dei dipendenti ospedalieri (D.P.R 27 marzo 1969 n. 130), viene specificata una differenziazione sottile ma sostanziale per l'ausiliario. Esso viene infatti inquadrato, insieme a disinfettore e disinfettore capo, nel ruolo esecutivo del personale addetto ai servizi sanitari ausiliari.

Per una vera e propria distinzione giuridica netta fra ausiliario e portantino è necessario attendere altri cinque anni. Il primo documento in cui questa distinzione viene recepita è l' accordo nazionale unico di lavoro per il personale ospedaliero (ANUL 1974). In questo documento la figura dell'ausiliario era inizialmente distinta in due diverse configurazioni: una transitoria, in cui le mansioni svolte erano quelle di semplice portantino e l'altra, il cui accesso era automatico dopo sei mesi dalla stipula del contratto, che prevedeva il titolo di ausiliario.

Il passaggio successivo, recepibile sempre attraverso un accordo sindacale, avviene nel 1979. Nel contratto di lavoro ANUL del 1979 si distingue l'ausiliario dall'ausiliario Socio Sanitario e successivamente quest'ultimo viene distinto dall'Ausiliario Socio Sanitario Specializzato (ANUL 1980).

La nascita di questa figura coincide, con l'abolizione di quella dell'infermiere generico.

Il D.P.R 25 giugno 1983 n. 348 conferma i due differenti profili.

Il primo vero profilo professionale dell'Ausiliario Socio Sanitario Specializzato viene recepito con il D.M. 10 febbraio 1984. Nel decreto viene specificato che le posizioni funzionali di tale figura sono due: Ausiliario Socio Sanitario (secondo livello) e Ausiliario Socio Sanitario Specializzato (terzo livello). Il passaggio da una posizione funzionale all'altra è descritto nei seguenti termini "*il personale che non svolge l'attività di assistenza sanitaria nei confronti dell'utente, può passare da una posizione funzionale all'altra dopo un periodo di due anni nella posizione funzionale inferiore e di superamento di apposito corso*".

Nel decreto è precisata la descrizione dei compiti specifici dell' Ausiliario Socio Sanitario Specializzato così delineati: *"assicura la pulizia degli ambienti di degenza ospedaliera diurna e domiciliare, ivi comprese quelle del comodino e dell'apparecchiatura della testata del letto. Provvede al trasporto degli infermi in barella e in carrozzella ed il loro accompagnamento, se deambulanti con difficoltà. Collabora con il personale infermieristico nelle pulizie del malato allettato e nelle manovre di posizionamento del letto; è responsabile della corretta esecuzione dei*

compiti affidati dal caposala e prende parte alla programmazione degli interventi assistenziali per il degente".

Si noti come fra le mansioni di questa figura vi è il rifacimento del letto occupato in collaborazione con l'infermiere e il "*trasporto degli infermi in barella ed in carrozzella ed al loro l'accompagnamento se deambulanti con difficoltà*". La dizione di questo ultimo compito è stata riportata alla lettera, nel mansionario dell'OTA. Tale asserzione permette di intravedere come l'ausiliario specializzato fosse il precursore dell'OTA.

Oltre alla identicità della frase precedente è possibile individuare, nel suo profilo, moltissimi compiti che verranno poi assegnati all'operatore tecnico. Fra questi: attività alberghiere, igiene dell'unità di vita del paziente, corretta esecuzione dei compiti affidategli dal caposala (anche questa pronuncia è identica), posizionamento del paziente nel letto.

Risulta inoltre che l'ausiliario specializzato può prendere parte alla programmazione degli interventi assistenziali per il degente. Questo aspetto non deve essere letto come capacità decisionale o di progettazione sul piano assistenziale ma solo come mansione esecutiva. Essendo comunque un operatore vicino al paziente, è ovvio che sia informato in proposito all'andamento dello stato di bisogno assistenziale nei limiti delle proprie competenze e che a sua volta informi l'infermiere di ciò che ritiene possa influire sulla condizione di salute del degente.

Il D.P.R 20 maggio 1987 n. 270 stabilisce il nuovo contratto di lavoro di questa figura ma non aggiunge nulla di nuovo rispetto alle leggi precedentemente citate.

Dello stesso anno, e di notevole importanza, è il D.M. 15 giugno 1987 n. 590 che approva il programma per la riqualificazione dell'Ausiliario Socio Sanitario in Ausiliario Socio Sanitario Specializzato. Si sancisce che il corso avrà durata di 310 ore di cui 110 teoriche e 200 pratiche e che il numero di personale da formare venga stabilito in base alle necessità degli enti autorizzati (art. 39, 41, 42 della legge 23 dicembre 1978 n. 833).

Dalla lettura del profilo si evince che l'ausiliario specializzato è una figura di supporto all'assistenza infermieristica, risulta comunque che l'attuazione dei corsi è di responsabilità del direttore sanitario o del dirigente coordinatore dei servizi sanitari. La responsabilità di collocamento e gestione del personale invece è, e rimane, di competenza infermieristica che pare non accorgersi dell'efficacia di un idoneo utilizzo di questo operatore.

Ausiliario Socio Sanitario e Ausiliario Socio Sanitario Specializzato, vennero riuniti in un unico comparto contrattuale con il D.P.R 384/1990, eliminando così la peculiarità delle due figure. Con lo stesso decreto si andrà a formare, in linea con le direttive europee, una nuova figura assistenziale: l'OTA.

Nell'allegato due del D.P.R si trova il profilo dell' Ausiliario Specializzato Addetto ai Servizi Socio Sanitari. Le mansioni di questa figura sono involutive rispetto alle precedenti. Nessuna, ad esclusione del trasporto dei degenti, può essere inquadrata in termini assistenziali. Tutta l'assistenza diretta delegabile viene demandata alla nuova figura dell'operatore tecnico.

Attualmente il ruolo dell'ausiliario è modificato in quanto in molte realtà la pulizia dei locali è demandata a ditte esterne tramite appalti. I dipendenti di tali ditte sono assunti con contratti e obblighi diversi da quelli che inquadravano la figura dell'ausiliario.

La funzione infermieristica è rimasta di verifica e controllo sul compito svolto. In molte unità operative l'infermiere deve firmare un foglio in cui attesta l'esecuzione corretta delle mansioni di pulizia. L'introduzione di queste nuove figure, dovuta principalmente alla meccanizzazione del sistema di pulizia, ha collocato l'ausiliario a mansioni per lo più rivolte a mantenere il confort alberghiero e di pedonaggio.

ASA

AUSILIARIO SOCIO ASSISTENZIALE

EVOLUZIONE STORICO GIURIDICA

Fra le figure di supporto che ho analizzato l'ASA (Ausiliario Socio Assistenziale) è in realtà discordante dal profilo sanitario. Questo ausiliario, il cui profilo professionale si evince dalla delibera del Consiglio Regionale della Lombardia del 28 febbraio 1989 n. IV 1267, non è un' operatore sanitario ma sociale. E' previsto l'impiego dell'Ausiliario Socio Assistenziale, ai sensi della Normativa Regionale Socio-Assistenziale, (art. 3 del profilo) "*nelle strutture protette per handicappati o anziani, nelle case di riposo, nei servizi di assistenza domiciliare diretta ad anziani, handicappati o nuclei familiari in difficoltà, nei servizi per handicappati, nei centri di pronto intervento per persone in difficoltà e a rischio di emarginazione, nelle comunità alloggio per handicappati minori, tossicodipendenti e nei centri diurni per anziani*".

I due contesti in cui attualmente sono maggiormente impiegati gli Ausiliari Socio Assistenziali sono le strutture residenziali e i servizi domiciliari.

La ricostruzione storica di questa figura porta agli anni 70 e ai primi istituti residenziali per anziani. All'interno di questi venivano richiesti

prevalentemente interventi volti all'igiene dell'ambiente e all'accudimento delle persone assistite. Compare in questo periodo l'operatore domiciliare contraddistinto da una professionalità legata soprattutto al lavoro domestico. Nel corso degli anni '80, l'emergere di nuovi bisogni e l'accentuarsi di una cultura socio-sanitaria "*rende il lavoro di questa figura più complesso: dalla vecchia dimensione in cui prevaleva il lavoro domestico si passa ad un ampliarsi del lavoro di cura alla persona e al riconoscimento dell'importanza dell'intervento sul suo ambiente di vita*" [4].

È necessario creare un operatore preparato in grado di accogliere e assistere sempre più utenti.

Fra gli altri presupposti che portarono alla nascita della figura dell'ASA, oltre ai motivi sopraccitati, ricordiamo: la carenza di personale infermieristico e sociale, e il proliferare di case di cura per anziani, fenomeno questo particolarmente imponente in tutte le regioni del nord e in Lombardia in particolare.

Il fatto che questa figura non operasse in ambito strettamente sanitario (come l'OTA che nasce nello stesso periodo) e la sua completa assenza in ospedale, furono motivazioni sufficienti per non far reagire il comparto

[4] Provincia di Brescia, *Dentro il fare e il sapere: la formazione dell'ausiliario socio assistenziale*,Formazione e Servizi, Quaderno n.11, Brescia 1998)

infermieristico. L' esame del profilo e il corso di studi paragonato a quello dell'attuale OSS, evidenzia notevoli somiglianze.

Nell'art. 2 (capacità e compiti) del profilo di questa figura si legge che fra le capacità dell'ASA vi è "*l'assistenza per la corretta esecuzione delle prestazioni farmacologiche prescritte dal medico*".

Le sorprese di questo operatore non finiscono. Suddividendo il suo operato per punti scopriremo che tutti sono sovrapponibili a quelli dell'OSS e non solo. Lo spazio di autonomia è ben maggiore. Si legge, infatti, nella penultima voce del suo profilo, che egli possiede capacità per la " *messa a punto dei piani di intervento sui singoli utenti, partecipazione ad iniziative per una conoscenza dei bisogni e delle risorse degli utenti ai fini della programmazione e verifica delle attività*". L'ASA inoltre collabora con un intervento indiretto alla mobilizzazione delle risorse della comunità "*attraverso la lettura dei bisogni"*.

Esiste inoltre una somiglianza fra la definizione di assistenza infermieristica di Virginia Henderson e gli obiettivi fondamentali dell'attività dell'ausiliario socio assistenziale: "*Mantenere e/o recuperare il benessere psicofisico dell'utente*" e " *supplire alle carenze di autonomia dell'utente nelle sue funzioni personali, igienico sanitarie e relazionali*"

Da una ricerca commissionata dalla regione Lombardia e pubblicata nel 1990[5] risultava già evidente che l'ASA praticava tecniche e mansioni di competenza infermieristica; in particolare: somministrazione della terapia, medicazioni, controllo e somministrazione della dieta.

Risulta inoltre che spesso la riabilitazione motoria dei degenti, di competenza fisioterapica, viene effettuata, in assenza del personale idoneo, dall'ASA. Siamo ben oltre le prestazioni di carattere domestico e l'aiuto igienico sanitario o la mobilizzazione degli allettati indicati nelle mansioni di questa figura.

Nel documento regionale appare chiaro come gli ASA svolgano queste attività, subissando la cronica carenza di personale adeguato, nonostante il parere contrario dei responsabili. Questi ultimi appaiono addirittura stupiti dal volume di conoscenze e competenze attribuibili a questa figura. Altro dato che emerge dalla ricerca citata è la motivazione che queste persone hanno nello svolgere il loro compito nonostante esso sia indubbiamente pesante, scarsamente retribuito, e spesso conflittuale nei confronti di altre figure operanti nel settore. La tipologia dei pazienti a cui le cure venivano effettuate (pazienti affetti da demenza senile, incontinenza, patologie neurologiche ecc) non è di certo d'aiuto per affrontare il carico psicologico dell'assistenza fornita.

[5] vedi bibliografia

FORMAZIONE

Il requisito d'accesso al corso per Ausiliari Socio Assistenziali, della durata di 600 ore, è la licenza di scuola media inferiore. La frequenza è obbligatoria per il 75 % del monte ore complessivo. Per ogni area formativa e per il tirocinio clinico sono previste verifiche secondo le modalità decise dall'équipe didattica. Tali verifiche costituiscono il curriculum valutativo dell'allievo da presentare alle prove finali. Fra i docenti vi è anche un infermiera professionale. È interessante notare come la norma non consideri tale figura di puro supporto tecnico. Nell'art. 3.3, riguardante l'articolazione didattica del corso, si legge: "*l'attenzione formativa va rivolta non tanto alla trasmissione del maggior numero di informazioni all'allievo, ma sopra tutto alla creazione di schemi cognitivi necessari ad organizzare il sapere*". Un operatore pensante quindi in grado di "*riflettere sulla propria attività al fine di fornire indicazioni sull'efficienza degli interventi*". Un impostazione completamente differente rispetto a quella della figura in ambito sanitario: l'OTA.

Fra le materie di carattere esclusivamente sanitario, oltre alla già citata presenza delle tecniche infermieristiche, ricordiamo 110 ore (60 teoria e 50 pratica) di "*area igienico sanitaria*" in cui compaiono elementi di anatomia, fisiologia, patologia, igiene della persona, cenni alle tecniche di pronto soccorso, cenni di farmacologia, criteri di alimentazione e indicazioni

dietetiche, tecniche di riabilitazione e di assistenza all'utente non autosufficiente.

La verifica finale, alla presenza di un'apposita Commissione Regionale, consiste in una prova scritta e in un colloquio. La prova scritta può essere sostituita da compilazione di materiale prestrutturato. Anche qui viene attestato che " *data la caratteristica professionale del corso la valutazione del candidato dovrà vertere non tanto sull'accertamento nozionistico, quanto sulle capacità di rielaborazione delle nozioni teoriche rispetto alla parte pratica*."

Per gli operatori già in servizio venne predisposto un corso di 250 ore suddivise in 160 ore di teoria e 90 di tirocinio pratico. Non viene specificato, in questo caso, fra i requisiti di ammissione, l'obbligo di diploma di scuola media inferiore. La differenza sostanziale di questa serie di lezioni, oltre alla minore durata, è la possibilità di adattare il programma formativo alle esigenze dei partecipanti, ampliando alcune conoscenze e riducendo, fino ad un massimo del 50 %, i programmi didattici predisposti dalla delibera regionale.

OTA

OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA

EVOLUZIONE STORICO GIURIDICA

L'operatore tecnico addetto all'assistenza è istituito, con il D.P.R 384/1990 comma 3 art. 40 (Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo del 6 aprile 1990 concernente il personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, di cui all'art. 6, D.P.R. 5 marzo 1986, n. 68) e inserito al quarto livello. Lo stesso decreto raccoglie in un unico livello retributivo, il terzo, le figure dell'Ausiliario Socio Sanitario e dell'Ausiliario Socio Sanitario Specializzato, eliminando, di fatto, la differenza fra le due categorie. Un anno più tardi, con il D.M. 26 luglio 1991 n. 295, viene stabilito il percorso formativo di questa figura. L'OTA nasce per sopperire alla carenza di infermieri che contraddistinse la seconda metà degli anni ottanta. Come ho precedentemente espresso[6], l'OTA può essere considerato, di diritto, l'evoluzione della figura dell'Ausiliario Socio Sanitario e dell'Ausiliario Socio Sanitario Specializzato. Tale iter evolutivo è confermato dall'art. 4 del D.M. 295 del 91 in cui si legge " *per il primo biennio di attuazione ai corsi di qualificazione per l'operatore tecnico addetto all'assistenza sono ammessi i*

dipendenti del servizio sanitario nazionale inquadrati nella posizione funzionale di ausiliario specializzato addetto ai servizi socio assistenziali, già ausiliari socio sanitari specializzati …". Inoltre, per opera della stessa legge (art. 9), cessavano i corsi volti alla formazione dei due precedenti ruoli di ausiliario.

La dipendenza gestionale delle due figure è identica, anzi, affermata addirittura con le stesse parole. Tanto per l'OTA quanto per l'Ausiliario Socio Sanitario Specializzato, nei rispettivi profili, reperibili in allegato al D.P.R 384 del 90, si legge: " *opera sotto la diretta responsabilità dell'operatore professionale di categoria coordinatore (capo sala) o in assenza di quest'ultimo, dell'infermiere professionale responsabile del turno di lavoro*".

Come fa notare Luca Benci[7] "*essendo l'operatore tecnico l'evoluzione dell'Ausiliario Socio Sanitario Specializzato era ben curioso che nell'evoluzione sparisse il termine sanitario*".

Il dissolversi del termine sanitario è, insieme ad altri aspetti, la diretta conseguenza delle preoccupazioni delle neo affermate professioni sanitarie, fra cui quella infermieristica.

---

[6] pag. 12

[7] Benci L Aspetti Giuridici Della Professione Infermieristica. Opera citata pag 104

Il principale timore vissuto nei confronti dell'OTA consisteva nella possibilità che "*queste figure non infermieristiche, in carenza di infermieri professionali e di un'altra figura infermieristica intermedia (visto che i corsi per IG sono stati sospesi nel 1980) svolgono esattamente le attività che il personale infermieristico qualificato dovrebbe svolgere a causa della carenza di personale infermieristico*"[8] e dall' "*evidente paura di formare una figura che potesse in seguito rivendicare provvedimenti aventi carattere di sanatoria*"[9]

MANSIONI E CONFRONTO CON LE FIGURE PRECEDENTI

Le mansioni dell'OTA dovrebbero essere, di esclusiva competenza tecnica, scevre quindi dal carico assistenziale. Leggendo il profilo professionale dell'Ausiliario Socio Sanitario Specializzato, recepibile dal D.M. del 1984, scopriamo che le differenze operative rispetto all'OTA, sono ben poche. In particolare sono sovrapponibili: le attività alberghiere, la collaborazione con l'infermiere ad atti di accudimento semplici al malato, il rifacimento del letto non occupato e occupato, l'igiene dell'unità di vita al paziente e posizionamento e mantenimento delle posture terapeutiche. Nel mansionario dell'Ausiliario Socio Sanitario Specializzato non si fa

[8] Associazione Regionale Lombardia Infermieri op. cit pag 304

[9] rif nota 8

riferimento alla terapeuticità delle posizioni ma semplicemente si parla di manovre di posizionamento del paziente al letto. L'identicità di alcune espressioni indicizzanti le rispettive mansioni è già stata riportata[10].

Il ruolo tecnico dell'OTA è rilevabile sin dai termini in uso per il suo profilo. Ad esempio nel mansionario dell'Ausiliario Socio Sanitario Specializzato si fa riferimento a paziente allettato e non a letto occupato. L'attenzione della nuova figura è posta al ruolo tecnico del rifacimento del letto e pare sviata, anche nei termini, da un'operatività vicina alla persona.

Ben poco rimane di innovativo per la figura dell'OTA rispetto al suo predecessore. Fra le nuove voci figura la "*pulizia e manutenzione degli apparecchi e utensili usati dal paziente e dal personale medico e infermieristico*". Tali presidi non sono interpretabili come utensili da inviare alla sterilizzazione poiché, per essi, vi è una specifica voce successiva. Il restante materiale, da intendersi quali sedie, carrozzine, carrelli ecc., non richiede cure particolarissime. "*Pulizia e mantenimento"* di tali beni potevano essere delegate anche all'Ausiliario Socio Sanitario Specializzato. Lo stesso dicasi per la voce "*preparazione dell'ambiente e dell'utente per il pasto e aiuto nella distribuzione e assunzione dello stesso*" o dell'"*aiuto al paziente nel cambio della biancheria"* e nelle non meglio specificate *"operazioni fisiologiche*".

[10] pag. 12

Fra le innovazioni apportate al "mansionario" dell'OTA annoveriamo: la preparazione del materiale per la sterilizzazione, la partecipazione al lavoro di l'equipe e la comunicazione "*all'infermiere professionale di quanto avviene durante il lavoro in quanto ritenuto incidente sull'assistito o sull'ambiente*". Tale dicitura lascia spazio a molte interpretazioni e certo non è immaginabile un ausiliario, anche non specializzato, che non avvisi un infermiere qualora noti un paziente con difficoltà respiratoria o un lavapadelle che non funziona.

Nel corso degli anni passati la figura dell'OTA si è dedicata maggiormente a supplire mansioni di tipo alberghiero e non di supporto all'assistenza. Le motivazioni di tale realtà possono essere rintracciate in diverse ragioni suddivisibili in due categorie: una responsabilità infermieristica e una dell'operatore. Fra le motivazioni appartenenti alla prima categoria possiamo sicuramente ascrivere la presenza considerevole di infermieri, e infermieri generici. A ciò deve aggiungersi l'immissione sul mercato di un massiccio numero di infermieri professionali a seguito del pagamento di borse di studio agli allievi che frequentavano le scuole.

Sempre infermieristico è il mancato interesse per la produzione di linee guida e protocolli per l'introduzione di tale figura. Era chiaramente specificato dall'art. 7 comma 2 del D.P.R 295 del 91 che dovevano essere

cambiati, a cura degli infermieri dirigenti, i modelli di organizzazione del lavoro infermieristico. Cosa che non pare sia stata in realtà attuata[11].

La seconda categoria è legata a spinte sindacali che valutavano il contenuto del D.P.R 384 con priorità alle funzioni alberghiere. Tale priorità non è sancita in realtà nel D.P.R 384 ma dal D.M. 26 luglio 1991 n. 259. Il D.M. che regolamentava i corsi di qualificazione per divenire OTA. Nelle note introduttive al decreto, si può leggere: "*visto altresì, l'allegato 2 del decreto presidente della repubblica 28 novembre 1990 n. 384 che determina per detto operatore tecnico i campi di attività dando priorità a quella alberghiera*".

[11] cfr Luca Benci op cit pag 105

LA FORMAZIONE

La formazione dell'OTA, sancita dall'allegato 1 del D.P.R 295/91, consiste in un corso della durata di 670 ore di cui 220 per la parte teorica, 70 di esercitazioni, 60 di verifica di apprendimento e 320 di tirocinio guidato. Una deroga venne stabilita per gli Ausiliari Socio Sanitari Specializzati il cui corso di riqualifica comprendeva 470 ore di cui 140 per la parte teorica, 70 per le esercitazioni 60 di verifica e 200 di tirocinio. Il corso era obbligatorio. La mancata frequenza pari il 10 per cento di una qualsiasi delle tre parti implicava l'inammissibilità agli esami.

Anche nella formazione didattica si nota la dipendenza di questa figura dal comparto infermieristico. Se nel decreto riguardante gli ausiliari si leggeva semplicemente che "*l'attività didattica, ove possibile, sarà svolta dal personale dipendente, scelto, secondo la particolare competenza in relazione alla materia di insegnamento*" e che " *l'attuazione e organizzazione dei corsi stessi sarà affidata al coordinatore o al direttore sanitario o al dirigente responsabile dei servizi sanitari*" (art. 5 D.M. 590/1987) per l'OTA si specifica (art. 4, allegato1 D.P.R 295/91) che l'organizzazione didattica dei corsi e la direzione degli stessi sono affidati ad un infermiere dirigente " *dando la preferenza a coloro che hanno conseguito il diploma di dirigente dell'assistenza infermieristica*". Identiche considerazioni possono essere fatte per la docenza. Anzi qui viene

assegnata la preferenza a chi ha un diploma di laurea in scienze infermieristiche (DUSI).

La responsabilità dell'infermiere nella gestione e nel ruolo di educatore dell'OTA, è stato spesso sottovalutato all'interno della professione.

FIGURE INFERMIERISTICHE AD ESAURIMENTO

INFERMIERE GENERICO

La figura dell'infermiere generico ha accompagnato quella del professionale per oltre 60 anni. Questo aspetto, l'istituzione dell'OSS e dell'OSS specializzato e la comunanza di molte mansioni, sono elementi che mi hanno spinto ad analizzare in modo più approfondito tale figura rispetto alle altre.

NORMATIVA

Fra le più vecchie normative in cui compare il termine di infermiere generico possiamo annoverare la circolare del ministero dell'interno 25 ottobre 1928 riguardante esercizio delle professioni sanitarie ed arti ausiliarie.

In questa circolare viene specificato, in modo chiaro e inequivocabile, che coloro che sono in possesso dell'attestato d'idoneità per il personale di vigilanza dei manicomi (R.D. 16 agosto 1909 n. 615) possono esercitare l'arte di infermiere generico anche senza averne il titolo. Unico veto che

viene posto è che, qualora si eserciti come infermiere generico e se ne acquisisca il titolo, lo stesso debba essere immatricolato su apposito registro (art. 2 e seguenti del regolamento 31 agosto 1928 n. 1934). Le motivazioni addotte per tale decisione mettono in luce la considerazione che veniva data al lavoro dell'infermiere. Non essendo considerato l'operato quale frutto di professione intellettuale ne veniva premiata la manualità. Il testo afferma, infatti "*poiché il personale di vigilanza nei manicomi è abilitato ad esercitare oltre alle speciali funzioni di custodia e di sorveglianza degli alienati anche le mansioni generiche dell'infermiera non si vede perché tali mansioni non possano essere espletate anche nei confronti delle persone sane di mente*."

Al di la di questa prima descrizione sommaria l'inquadramento del generico all'interno del personale sanitario è disposta dal RD 27 luglio 1934 N. 1265 che identifica l'operato di questa figura nelle arti ausiliarie della professione sanitaria.

Il primo mansionario strutturato dell'infermiere generico è rintracciabile nel Regio Decreto 2 maggio 1940 n. 1310 art. 4. La formazione della figura era lasciata a regolamenti di tipo locale. È necessario attendere 14 anni, con la legge 29 ottobre 1954 n. 1046, (Istituzione scuole per infermieri e infermieri Generici) per vedere un'istituzione a livello nazionale delle

prime scuole per infermieri generici. Lo stesso testo istituisce le scuole per infermiere professionali.

Esaminando gli articoli della normativa è possibile rintracciare numerosi spunti riflessivi interessanti. All'art. 1 è possibile individuare lo stretto legame che associa il ruolo dell'infermiere generico alle necessità assistenziali specifiche della struttura in cui è inserito e formato. L'infermiere generico viene creato cioè in base all'occorrenza di ogni struttura. Il rischio evidente è che gli ospedali più bisognosi avrebbero potuto forzare poco sui contenuti formativi promovendo la quantità rispetto alla qualità. Una circolare ACIS del 31 gennaio 1935 (la n. 7) ricorda alcuni requisiti necessari a istituire le scuole e ad ottenere i fondi " *al fine di evitare che possa verificarsi nella prima applicazione della legge una indiscriminata moltiplicazione di iniziative dirette alla istituzione di scuole*"

La dipendenza della formazione di questa figura dall'infermiere professionale, sul piano pratico, è sancita all'art. 5 dove si legge che "*nei reparti ospedalieri o clinici destinati al tirocinio degli allievi l'assistenza immediata deve essere assicurata da un turno completo di infermiere professionali: in mancanza deve essere diretta da un medico e affidata ad una caposala diplomata*".

I criteri di ammissione alla scuola, rilevabili dall'art 6, sono la licenza elementare e un età compresa fra i 18 e 30 anni. All' art. 10 viene sancito

che il criterio di abilitazione ad infermiere generico può essere ottenuto, senza corso e senza esame, da tutti quei militari volontari, inquadrati nell'esercito come infermieri, che ne facessero domanda. Non vi è in proposito alcuna precisazione del grado di scolarità richiesto a questi militari.

L'art. 12 (norme transitorie) prevedeva la possibilità di divenire infermiere generico attraverso un corso rapido di quattro mesi, qualora si lavorasse per l'ente istitutore del corso, o fornendo una certificazione valida del proprio lavoro rilasciata da altro ospedale o casa di cura. Tali corsi erano attuabili solo al principio del primo anno di istituzione della scuola.

Le preoccupazioni per un abuso massivo di questa possibilità non tardarono a trasparire. In una circolare ACIS 31 gennaio 1955 (istruzioni ministeriali per l'istituzione delle suole per infermiere e infermieri generici), si fa presente che sarebbero state ritenute valide, agli effetti dell'ammissione ai corsi, sia quadrimestrali che annuali, solo le attestazioni di case private con almeno 50 letti di diverse specialità mediche e chirurgiche e sulle quali il medico provinciale si sia espresso favorevolmente. Inoltre viene rimarcato il controllo dei certificati i quali potrebbero essere "*rilasciati dalle case di cura a puro titolo di compiacenza*". Il pericolo di abusivismo era sentito a causa della carenza di personale qualificato. Nella stessa circolare si legge, infatti, che l'istituzione delle scuole "*rappresenta un notevole contributo*

per un più organico assetto dell'assistenza infermieristica e viene a colmare una lacuna da tempo sentita in questo campo, specie dalle amministrazioni ospedaliere che, per la scarsezza del personale qualificato, erano sovente costrette ad affidare mansioni infermieristiche ad elementi non sempre tecnicamente preparati"

Risulta dalla legge 12 febbraio 1968 n. 132 (enti ospedalieri e assistenza ospedaliera) che il generico e l'infermiere professionale sono due figure sanitarie sovrapponibili dove al titolo VI art. 39, dedicato al personale degli enti ospedalieri, viene sanzionata la distinzione del personale in base ai propri ruoli operativi.

La semplice suddivisione riparte il personale in: sanitario, amministrativo, tecnico, sanitario ausiliario, esecutivo e di assistenza religiosa. Nella categoria del personale sanitario ausiliario è introdotto tanto l'infermiere professionale quanto quello generico. Nella dicitura "personale esecutivo" vengono compresi portantini, personale di cucina, pulizia, custodia, e "*altri servizi similari*".

Questa suddivisione però non indica in modo dettagliato i compiti e le responsabilità del personale.

Un decreto dell'anno successivo (D.P.R 27 marzo 1969 n. 128) nell'art. 39 capo IV sez 2, ci informa che per quanto riguarda il personale sanitario ausiliario, tecnico ed esecutivo "*le attribuzioni di compiti specifici e*

particolari ad ogni singola qualifica sono stabiliti da regolamenti interni dei singoli enti ospedalieri sulla base degli accordi nazionali sindacali".

La problematica delle scuole per infermieri generici non doveva essere da poco. A ciò contribuì probabilmente l'afflusso massiccio a queste scuole. In proposito citiamo una circolare del ministero della sanità (circolare n. 153 del 1969) in cui si legge: " *lo sviluppo assunto dalla rete delle scuole per infermieri generici è stato, in questi ultimi anni, notevole, e si comincia a delineare un afflusso di allievi esterni i quali probabilmente verranno rapidamente assorbiti dalle crescenti esigenze degli ospedali*". In questa circolare si specifica inoltre, in modo chiaro, quali sono gli scopi della scuola per infermieri generici. Agli allievi non è richiesto di acquisire abilità diagnostico terapeutiche ma di ottenere una cultura sufficiente da superare "*i preconcetti relativi alla prevenzione e terapia delle malattie la cui persistenza danneggia il livello assistenziale e lo sviluppo dell'educazione sanitaria*". Altro scopo dichiarato è quello di dare la possibilità di conoscere la terminologia medica e lo spirito di osservazione al fine di valutare in modo corretto la necessità della presenza del medico. In ultimo, al fine di tentare una verifica statale della qualità delle scuole, vengono richiesti vari documenti che attestino la bontà delle stesse. Fra questi ricordiamo: il nominativo dell'infermiera professionale con funzioni direttive "*preposta alla direzione dei corsi*", l'esistenza di materiale in

grado di fornire buoni supporti didattici (manichini, dispense, proiettori ecc), il numero degli allievi, i verbali di eventuali riunioni ed elaborati.

I frutti di questo tentativo di controllo non furono efficaci ed il ministero della sanità in data 12 ottobre1960 pubblica una nuova circolare (n166) che, per la sua importanza riporto per intero.

Si prega di voler far conoscere con cortese urgenza il numero di infermiere ed infermieri generici abilitati nell'anno scolastico 1969-70 menzionando la località delle scuole autorizzate presso codesta provincia ed il numero dei posti disponibili presso ogni scuola.

Si fa rilevare che la proliferazione delle scuole per generici rischia di danneggiare in modo permanente la situazione del personale infermieristico.

Si ha notizia di scuole che rilasciano ogni anno fino a 500 diplomi, il che, è appena il caso di sottolineare, non può certo corrispondere ad un effettivo svolgimento di un attività didattica e di tirocini pratici svolti sotto guida.

La responsabilità che questa amministrazione si assume nella vigilanza sulle scuole per infermieri generici sono rilevanti e dovrebbero essere opportunamente tenute presenti dalle LLSS sia per quanto riguarda l'adesione alle norme di legge (quali la direzione affidata ad infermiera professionale in possesso di diploma di abilitazione a funzioni direttive) che per l'effettuazione delle lezioni e dei tirocini."

Gli intenti, se pur ottimi, andarono persi per la realizzazione assurda di diplomi senza formazione.

Un ulteriore richiamo all'importanza di una preparazione adeguata del l'infermiere generico viene portato dalla circolare 137 del 1971 dove vengono specificate articolo per articolo alcune precisazioni della legge 124 del 71 (esposta in seguito) in particolare nel commento dell'art. 5 si legge: "*Questo ministero ha più volte fatto presente il rischio connesso con l'eccessiva proliferazione delle scuole per infermieri generici e ritiene che gli argomenti di natura culturale e la valutazione relativa all'importanza dei fattori qualitativi abbiano la prevalenza rispetto a concetti di natura esclusivamente quantitativi*". Le acquisizioni sul campo di titoli e la corsa ai diplomi, non riguardarono purtroppo solo gli infermieri generici ma anche personale a cui spettavano ruoli dirigenziali dell'assistenza infermieristica. In proposito ricordiamo la circolare n. 54/1972 riguardante le modifiche del programma del corso di abilitazione a mansioni direttive (capo sala). In tale circolare si fa notare come la concessione di diplomi di capo sala era più che quadruplicata nel 1970 rispetto agli anni antecedenti il 1968 (5215 diplomi di capo sala dal 1958 al 1968 e 1000 nel solo 1970). A seguito delle cifre viene espressa la preoccupazione che tali nomine non permettano una adeguata qualità del personale abilitato a funzioni direttive.

Le scuole per infermieri professionali privilegiavano più la quantità che la qualità dell'assistenza. Dato rilevabile da un'altra circolare la n. 50 del 1973 in cui si può notare come vi fossero alcuni istituti preoccupati del fatto che i nuovi titoli di studio necessari per poter essere ammessi alla scuola non avrebbero permesso un afflusso considerevole di studenti e chiedevano in proposito "*provvedimenti di sospensione temporanea e quindi, di ammissione anche di aspiranti in possesso del titolo di scuola media inferiore*".

LA LEGGE 25 FEBBRAIO 1971 N. 124

Il 25 febbraio 1971 viene emanata la legge n. 124: "*Estensione del personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale*".

All'articolo 3 si legge che "*a partire dall'entrata in vigore della seguente legge, ai fini della ammissione alle scuole per infermiere e infermieri generici di cui alla legge 29 ottobre 1954 n. 1046 gli aspiranti devono essere in possesso del diploma di istruzione secondaria di primo grado. Sono esentati dal possesso di tale titolo, fino all'inizio dell'anno scolastico 73-74 i candidati che per ragioni di età non erano tenuti a frequentare, come scuola dell'obbligo la scuola media di primo grado, purché siano in possesso della licenza elementare*". Ricordiamo in proposito che nell'anno

1961/62, anno della maggiorazione del obbligo scolastico, erano esenti dallo stesso tutti coloro che avessero già superato il quattordicesimo anno di età. La quantità di personale che poté così usufruire di questa sanatoria, sia come generico che come professionale, fu enorme. All'articolo 4 viene sancito che "*fino a tutto il 1973 le scuole per infermiere e infermieri generici aventi sede presso enti ospedalieri, possono istituire corsi speciali per conseguire il certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiere generico di cui all'art. 9 della legge 29 ottobre 1954 n. 1046* " con corsi delle durata di quattro mesi purché i partecipanti abbiano prestato o prestino " *servizio continuativo da almeno quattro anni in reparti o servizi di diagnosi e cura presso ospedali, cliniche o ambulatori di enti pubblici*". Oltre a ciò gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti: età inferiore ai 50 anni, "*licenza di scuola media di primo grado ad eccezione dei candidati che per ragioni di età non erano tenuti a frequentare, come scuola dell'obbligo la scuola media di primo grado, purché siano in possesso della licenza elementare*". In proposito la circolare n. 137 del 1971 specifica che è da escludere il servizio prestato presso case di cura private.

Negli articoli 6 e 7 di tale legge vengono indicati i requisiti del personale componente la commissione che deve determinare rispettivamente l'idoneità di partecipazione al corso e la promozione dell'allievo alla fine

dello stesso. In particolare all'art. 8 (che rimanda alla legge 29 ottobre 1954 n. 1046 "Istituzione scuole per infermieri e infermieri generici") figurano: medico provinciale (presidente), rappresentante del ministero della pubblica istruzione, direttore sanitario d'ospedale (un medico), primario ospedaliero di ruolo, direttrice o vicedirettrice della scuola o in mancanza una caposala, un insegnante del corso (infermiera).

L'articolo 8 della legge 25 febbraio 1971, "*Estensione del personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale*", sancisce che, fino al 1973, l'ammissione degli infermieri generici al secondo anno scolastico per infermieri professionali. I requisiti dovevano essere: possesso della terza media o della quinta elementare (per chi non era tenuto per ragioni di età a frequentare la scuola media per obbligo) servizio presso ospedali, istituti universitari, o ambulatoriali di enti pubblici da almeno tre anni.

In base all'art. 4 della precedente legge qualunque ausiliario (poiché come specifica la circolare 137/1971 non era necessario aver prestato servizio come infermiere generico) con un esperienza di quattro anni di lavoro, poteva prima prendere il titolo di infermiere generico e poi passare ad infermiere professionale. Qualora fosse nato prima del 1962 poteva farlo pur possedendo la quinta elementare.

Ricordiamo inoltre come in quegli anni erano molto numerose le scuole che permettevano, a chi aveva la quinta elementare, di frequentare tre anni in uno per ottenere il diploma di scuola media e di quanto fu ampia l'utenza di tali istituti.

Le materie del corso "rapido" per infermieri generici e le ore di ogni singolo argomento si possono trovare nel decreto ministeriale 10 settembre 1971. E' interessante notare come le ore da dedicare all'assistenza infermieristica fossero 50 (su 160 totali) di cui 20 ore di lezioni teoriche e 30 di esercitazioni pratiche. Infermieri generici con la possibilità di divenire professionali alle cui spalle risultavano sole 20 ore di lezioni teoriche di infermieristica.

Un ulteriore dettaglio degno di nota concerne l'art. 10 della legge 25 febbraio 1971 n. 124 riguardante la sanità militare. Qui si specifica chiaramente che " *i diplomi di infermiere professionale e per l'esercizio delle funzioni direttive sono rilasciati dal medico provinciale su domanda dell'interessato, ai sottufficiali infermieri dell'esercito, della marina e dell'aeronautica della carriera continuativa, anche se cessati dal servizio che abbiano superato con esito favorevole i corsi rispettivamente triennale e biennale per l'esercizio nell'ambito della forza armata di appartenenza*". I contenuti dei corsi, pubblicati sulla gazzetta ufficiale il 15 luglio 1971, non sono chiaramente precisati. L'articolo si limita a indicare un corso

formativo di base nell'esercito. L'iter didattico non era uguale al corso per infermieri professionali ciò è deducibile dal fatto che per l'aeronautica si specifica che è necessario terminare un "*corso normale infermieri"* .

DAL 1972 ALLA ABOLIZIONE

Con il decreto ministeriale 15 febbraio 1972 viene recepito il programma di insegnamento delle scuole per infermiere ed infermieri generici.

In questa legge venivano previste 150 ore di tecniche dell'assistenza infermieristica delle 150 ore 100 erano di lezioni pratiche e 50 di lezioni teoriche. La nuova strutturazione didattica doveva servire a fornire un istruzione migliore a questo personale anche in vista del D.P.R 14 marzo 1974 n. 225 che, come è ben noto, pone di fronte, tanto al generico che al professionale, nuove mansioni e nuove responsabilità.

Confrontando i due mansionari è possibile rilevare tre differenze fondamentali. La prima è riconducibile al rapporto con l'infermiere professionale. Nel primo mansionario del generico (1940) è possibile verificare una dipendenza molto rimarcata. Nel secondo la dipendenza gerarchica è ben più ambigua e viene sancita con il termie "coadiuvare". La seconda differenza consiste in un diverso approccio all'istruzione. Nel mansionario del 1972 vi è l'obbligo di partecipare a "*riunioni periodiche di gruppo per finalità di aggiornamento professionale e di organizzazione del*

lavoro". Terzo, in linea con i tempi, viene dato maggior spazio ad un approccio anche psicologico al malato.

Con la legge 3 giugno 1980 n. 243 (straordinaria riqualificazione degli infermieri generici e psichiatrici) la figura dell'infermiere generico viene abolita e dichiarata ad esaurimento. Le motivazioni di tale scelta sono adducibili ad un adeguamento alla normativa europea influenzata da correnti di pensiero anglosassone dove veniva teorizzata un'unica figura infermieristica che si facesse carico globalmente paziente. La stessa legge dava la possibilità a tutti gli infermieri generici, purché in possesso del diploma di scuola media inferiore, di accedere agli studi e divenire infermieri professionali.

Ancora oggi la figura dell'Infermiere generico è presente nei reparti ed è vincolata dal mansionario del 1972.

MOTIVI E CONSEGUENZE DELL' ABOLIZIONE DEL GENERICO

Prima di delineare apertamente il processo che portò alla costituzione di un infermiere unico è necessaria una breve parentesi sul ruolo e sullo sviluppo che la medicina stava assumendo nell'ultimo secolo e la reazione infermieristica a tali cambiamenti.

Nel periodo storico italiano che vede la nascita istituzionale dell'infermiere generico, il ruolo della figura dell'infermiere professionale, era di semplice

esecutore degli ordini del medico. L'attenzione dell'infermiere per quanto riguarda il malato doveva essere rivolta principalmente alla condizione igienica e spirituale dello stesso. Ciò in linea con lo spirito vocazionale e religioso che pervadeva tale professione alla sua nascita.

La dinamicità del ruolo infermieristico rese ben presto obsoleto il mansionario del 1940. Divenne necessario un nuovo mansionario recepito con il D.P.R. 14 marzo 1974 n. 225. Vennero concesse nuove possibilità tecniche agli infermieri, capacità che erano state apprese sul campo e successivamente sancite dalla legge. Nel contempo, in medicina, dilagava la corsa ad una sempre maggiore specializzazione dovuta all'aumento della conoscenza. Gli infermieri reagirono di conseguenza ed iniziarono a fondare associazioni di infermieri operanti nello stesso settore. La prima risale al 1975 denominata Associazione italiana infermiere/i di neurochirurgia oggi nota come associazione nazionale infermieri neuroscienze (NEU). Nel 1981 viene istituita a Brescia l'associazione nazionale degli infermieri di anestesia, rianimazione e terapia intensiva (ANIARTI). A sostegno e accentuazione di un sistema che privilegiava le conoscenze specialistiche venne introdotto il terzo anno di corso nelle scuole infermieri (D.P.R. 867/ 75) in cui venivano prese in considerazione appunto le materie di carattere specialistico.

L'inseguimento della specializzazione determinò una profonda crisi sull'ambito epistemologico professionale. Alcuni rappresentanti delle associazioni italiane di infermieri osteggiarono l'attenzione all'acquisizione di nuove tecniche specifiche. Essi ritenevano che, approfondendo la teoria su aspetti tecnico-scientifici, si allontanasse l'infermiere dall'assistenza all'uomo, vero obbiettivo dell'operare infermieristico. Se pur mantenute con coscienza di causa tali teorie, in realtà spesso travisate, finirono per favorire un appiattimento dell'assistenza[12].

Se da una parte si incrementano i moti verso la specializzazione e dall'altra la ricerca di una propria identità professionale, nei reparti di base si assiste ad un progressivo impossessarsi di tecniche infermieristiche da parte dell'infermiere generico. Egli, sulla scorta dell'enorme esperienza pratica acquisita, inizia a muoversi in modo autonomo. Non di rado è proprio il generico che insegna alle nuove leve di infermieri professionali tecniche apprese sul campo. L'infermiere generico, figura nata per continuare ad assicurare al paziente l'assistenza di base, cioè quella relativa ai comuni bisogni fisiologici e per lasciare agli infermieri professionali il tempo necessario per dedicarsi alle nuove mansioni, diviene, sul campo, sempre più indistinguibile da coloro che deve coadiuvare. Eppure la nascita delle scuole per infermieri generici ha un unico chiaro scopo. Esso è

[12] cfr associazione regionale Lombardia infermieri op. cit. pag. 188

rintracciabile, facendo un “salto nel tempo” dalla circolare n. 7 dell'ACIS datata 31 gennaio 1955 “ *l’atteso provvedimento rappresenta un notevole contributo per un più organico assetto dell’assistenza infermieristica e viene a colmare una lacuna da tempo sentita in questo campo, specie nelle Amministrazioni Ospedaliere che, per la scarsezza di personale qualificato, erano sovente costrette ad affidare mansioni infermieristiche ad elementi non sempre tecnicamente preparati*”.

Il conflitto fra le due configurazioni fu subito evidente. Oltre alle “invasioni di campo” già citate, le mansioni che potevano essere svolte, recepibili dai rispettivi mansionari, erano, spesso sovrapponibili.

Vista l’impossibilità della convivenza di due figure pressoché identiche, con l’inevitabile ambiguità di ruolo che si andava via via determinando, si crearono ben presto delle scissioni. Una linea di infermieri cercava di elevare la professionalità e chiedeva una distinzione netta fra le due figure infermieristiche, quella del generico e quella del professionale. Un'altra che voleva ricondurre ad un unico operatore ogni atto ed azione riferibili all'assistenza. Alla prima scuola possono annoverarsi infermiere che "*ricoprivano già cariche in associazioni provinciali e che confluivano nella CNAIOSS oppure partecipavano alla vita dei collegi IPASVI*" [1]

[1] cfr in proposito convegno di studi sul tema “la qualificazione del personale sanitario non medico”. collana di studi e documenti dell’associazione ospedali lombardi anno 1973. p 187

Alle seconde invece appartengono infermieri generici riqualificati, più vicini alle organizzazioni sindacali.

Nella seconda metà degli anni settanta, anche le linee di pensiero del personale infermieristico si schierano per la necessità di un'unica base assistenziale per tutti gli infermieri. Da questa unica base sarebbero state poi tratte le varie figure specializzate. La determinazione di questa scelta fu favorita da teorie infermieristiche sviluppatesi in quel periodo in America e "inserite" in Italia. Andava affermandosi l'idea che l'assistenza infermieristica consisteva in una presa in carico totale del paziente in ogni sua funzione assistenziale. Non si riteneva quindi necessario avere altre figure di supporto che soddisfacessero bisogni assistenziali semplici. Il concetto di provenienza anglosassone, il cui dogma basilare era di prendersi cura in modo globale dell'utente, fu recepito come un dovere di mettere in azione anche tutte le manovre per tale obbiettivo. In particolare fu fra i gruppi di infermieri più giovani che prevalse tale interpretazione dell'assistenza infermieristica. Le "frange" estreme attaccarono addirittura le gerarchie infermieristiche teorizzando " *la completa abolizione di ogni gerarchia infermieristica*" [13] .

[13] p 190 ass reg lomb)

Veniva visto in questo approccio una possibilità di aumento della autonomia della figura infermieristica.

Oggi, a venti anni di distanza, possiamo dire che il modello allora adottato è fallimentare e finì per aumentare il fenomeno dell'appiattimento culturale. I motivi principali di fallimento di tale linea di pensiero sono riconducibili a due ragioni. Una inquadrabile nella sopraccitata confusione fra infermiere polivalente e infermiere unico che determina da parte dell'infermiere una serie estrema di azioni routinarie semplici che svalutano la professione e l'altra dovuto ad un numero insufficiente di infermieri. La carenza di infermieri permetteva di trovare lavoro ovunque pur senza la specializzazione e di acquisire poi le tecniche necessarie tramite l'esperienza pratica.

Un altro fattore che spianò ampiamente la strada verso l'infermiere unico fu il decentramento regionale.[14] Nonostante le direttive statali, spesso le regioni, al fine di procurarsi facilmente il personale di cui si sentiva la necessità, disattendevano alle norme giuridiche. La formazione era differente e non garantita a seconda della sede dei corsi. Come dimostra il testo citato nelle note spesso il personale era prelevato dalle liste di

[14] cifra "inadeguatezza dei provvedimenti necessità di uniformarsi a parametri europei, la figura dell'infermiere finalizzati al reperimento di personale infermieristico negli ospedali romani" professioni infermieristiche , anno 31 n. 2 , 1978 p 51 e seguenti

collocamento e, una volta inserito nelle scuole, utilizzato per coprire turni nei giorni festivi o nei mesi estivi.

Terzo ed ultimo fattore , ma non certo meno significativo, era la costante carenza di infermieri. I medici e le autorità politiche vedevano in un unico infermiere la possibilità concreta di un ampia sanatoria che permettesse a tutti i generici di divenire professionali e colmare i vuoti assistenziali.

Le reazioni del comparto infermieristico furono intense e scoppiarono da più parti ma senza alcun risultato. Citiamo ad esempio un convegno indetto dalla Federazione Nazionale Dei Collegi "*tavola rotonda sui problemi dell'assistenza infermieristica*" nel giugno del 1967 in cui viene espresso chiaramente un giudizio negativo sull'eventualità che l'infermiere generico consegua il diploma professionale tramite una sanatoria.

"*Nonostante gli interventi dei più autorevoli rappresentanti della federazione dei collegi, CNAIOSS, documenti, lettere e telegrammi firmati congiuntamente da tutte le associazioni infermieristiche italiane , la proposta di un ennesima straordinaria riqualificazione passò*" [15].

Il 3 giugno 1980 venne approvata la legge n. 243 che riqualificava gli infermieri generici e psichiatrici. Vennero soppressi i corsi per queste figure ed eliminata ogni figura intermedia fra ausiliario e infermiere professionale. Il vuoto legislativo e operativo lasciato dall'abrogazione della figura del

generico fu sanato, sulla carta, attraverso la riqualificazione del personale ausiliario che venne promosso, per meriti sul campo, ad ausiliario socio sanitario e in seguito ad Ausiliario Socio Sanitario Specializzato. Nel mansionario di questo personale erano previste, oltre le pratiche alberghiere, anche quelle di rifacimento del letto occupato e altre di carattere sanitario semplice. Queste figure non ebbero però grande successo in ambito ospedaliero. I compiti che gli erano propri erano in realtà svolti da infermieri generici e professionali tutto fare. L'appropriarsi di compiti semplici di questa categoria fu uno dei motivi per cui non si sentì subito la carenza di una figura intermedia fra ausiliario e infermiere. Gli infermieri generici seguitarono, pur dopo la loro "professionalizzazione istituzionale", a svolgere compiti e mansioni che svolgevano in precedenza. La presenza massiccia di infermieri generici nei reparti o di generici "sanati" ad infermieri professionali fece da tampone per molti anni. Basti pensare che negli anni fra l'82 e l'88 il numero degli infermieri generici iscritti all'associazione regionale Lombardia infermieri era circa il 24-25 % del totale (esclusi gli allievi I.P). L'esodo dei generici verso i profili professionali fu massiccio, facilitato e incentivato sia dalla relativa semplicità con cui potevano passare i corsi di riqualificazione, sia dal D.P.R. 16 Ottobre 1979 n. 509 che riconosceva il livello retributivo

[15] ibid p 201.

superiore a chi svolgeva mansioni superiori. La certificazione delle mansioni superiori era elargita da una semplice dichiarazione del primario del servizio. Un altro elemento che tamponava la carenza di figure ausiliarie era la presenza massiccia, nella realtà italiana, delle figure religiose con funzione di caposala. Il concetto ecclesiastico di assistenza era pervaso da un ideale di sottomissione che si esplicava nell'esecuzione e nell'esaltazione di compiti umili ed esecutivi. Inoltre era ben difficile far comprendere la necessità di un approccio laico e scientifico dell'assistenza infermieristica al personale religioso che anzi tentava, quando responsabile del reparto, di bloccare il più possibile questo aspetto.

La dirigenza infermieristica da parte sua fu ampliamente latitante, in parte per disinteresse, in parte perché pervasa della bontà di un'idea che confondeva l'approccio olistico al paziente con un approccio olistico a tutte le mansioni che riguardavano l'assistenza al paziente.

Un'altra importante responsabilità della dirigenza infermieristica fu quella di non utilizzare in modo appropriato gli OTA, figura nata negli anni novanta, proprio per coadiuvare l'infermiere nei compiti di assistenza di base a livello ospedaliero. In questo caso le motivazioni di un perpetuarsi delle azioni a basso carico di responsabilità non può più essere conciliato con la presenza di generici né con quella delle suore; figure ormai già prossime all' "estinzione". Le motivazioni vanno cercate nella eccedenza di

infermieri presenti sul territorio, eccedenza determinata dal pagamento dell'iter formativo nella regione Lombardia approvato dopo un accordo sindacale stipulato il 1 febbraio 1990 e alla diminuzione dei posti letto nelle unità operative conseguente allo sviluppo delle tecniche di day surgery e della differente modalità di pagamento delle prestazioni sanitarie non più valutate a posto letto ma tramite D.R.G.

OSS

OPERATORE SOCIO SANITARIO

LEGGI DI REGOLAMENTAZIONE DELLA FIGURA DELL'OSS

Valutando le figure di supporto precedentemente descritte è facile intuire le motivazioni che hanno spinto la nascita dell'OSS. Era necessario creare una figura che riunisse le funzioni dell'OTA e quelle dell'ASA in modo da divenire flessibile ed essere inserita tanto nel comparto ospedaliero quanto in quello sociale. In particolare in tutte quelle strutture dove il connubio fra queste due realtà è molto stretto (case di cura per anziani, istituti protetti, lungodegenze ecc ecc.). La prima normativa che introduce questa figura è l'art. 3 octies del D.Lgs 502 del 1992. L'integrazione di questo articolo avviene poi con il Dgls 19 giugno 1999 n. 229. Viene prevista la formazione di personale socio sanitario laureato, diplomato e istituito e formato dalle regioni.

Il primo vero e proprio riferimento normativo in cui compare il termine Operatore Socio Sanitario è il decreto 18 febbraio 2000 in cui viene individuata la figura dell'OSS, il profilo professionale e l'ordinamento didattico dei corsi di formazione.

La figura fu bloccata subito. Non tanto per lo scalpore che suscitò nel comparto infermieristico, timoroso di un ritorno dell'infermiere generico, e nemmeno per un'azione diretta delle regioni, che potevano veder usurpato il loro diritto di creare figure sanitarie. Il segnale di arresto fu dovuto ad un intervento della Corte Dei Conti che con l'ordinanza 3 del 21 Settembre 2000 deliberò la sospensione legislativa paventando un principio di incostituzionalità in relazione all'art. 3 octies comma 5 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e di conseguenza di tutte le modifiche successive a questo articolo.

In data 15 Febbraio 2001 il Ministero Della Sanità invia alle regioni e alle province autonome una proposta. Spinti dalla pressante richiesta di personale infermieristico, il ministero propone alle regioni di individuare, comunque, tramite un accordo, la figura dell'OSS. Tale possibilità è effettivamente sancita ai sensi del D.Lgs 28 Agosto 1997 n. 281.

Ufficialmente l'OSS nasce quindi dal provvedimento 22 Febbraio 2001 con un accordo tra il Ministero Della Sanità, il Ministero Della Solidarietà Sociale, e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

L'accordo viene sancito con termini di urgenza tanto che vi si legge: " *è ritenuto non più differibile l'istituzione di una specifica figura di operatore socio sanitario che svolga attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito elle proprie aree di competenza, in un contesto*

sia sociale che sanitario, ed a favorire il benessere e l'autonomia dell'utente". Con queste stesse parole vengono indicati (art. 1) la figura e il profilo dell'OSS. Ed ancora " *ritenuto necessario ed urgente…… attivare i corsi di formazione di operatore socio sanitario*".

La decisione finale fu quella di disciplinare, quanto meno provvisoriamente, il profilo professionale e il relativo ordinamento didattico dell'OSS e quindi considerare validi gli articoli dall'uno al tredici del decreto 18 Febbraio 2000 e relativi allegati.

La regione Lombardia recepisce l'OSS con la delibera n. VII / 5428 del 6 Luglio 2001.

Il ruolo delle regioni e delle province autonome nella determinazione di questa figura è fondamentale e rappresenta una delle maggiori differenze con il personale precedentemente trattato.

Le regioni, in particolare, hanno possibilità di determinare la formazione, l'organizzazione dei corsi e le attività didattiche (art. 2 comma 1) purché seguano le disposizioni del decreto 18 febbraio 2000 (art. 8, 9, 10).

Sempre alle regioni spetta: l'accreditamento delle strutture ritenute idonee ai corsi (art. 2 comma 2), l'istituzione della commissione esaminatrice e la riqualificazione delle figure precedentemente operanti nella regione.

ASA e OTA ad esempio, possono, per delibera della regione Lombardia, diventare OSS con corsi rispettivamente di 130 ore per gli OTA e 200 o 400

ore per gli ASA. La distinzione fra questi ultimi deriva dal tipo di corso con cui, all'istituzione di questa figura, venne acquisito il titolo. Erano previsti per gli ASA sia corsi normali da 600 ore sia corsi da 250 riservati a chi possedeva qualificazioni precedenti (in genere ausiliari specializzati).

L'ampia possibilità discrezionale delle regioni ha effettivamente generato discrepanze fra i vari OSS determinando campi di autonomia ben diversi. Come nota Luca Benci [16]l'OSS è stato recepito secondo tre diverse modalità dalle regioni: un recepimento sostanzialmente fedele del documento, una variazione significativa dell'operatività dell'OSS, e regioni che, avendo già figure di supporto con autonomie ben maggiori di quelle concesse all'OSS, ad esempio l'OSA di Bolzano, hanno in genere mantenuto l'autonomia rilasciata alle figure precedentemente istituite.

La regione Lombardia si colloca fra le seconde. Le motivazioni addotte dalla regione per il recepimento della figura dell'OSS sono sostanzialmente due: la carenza infermieristica, messa in risalto dal Dgr n. 49525 del 7 aprile 2000 (presa d'atto della comunicazione del presidente Formigoni d'intesa con l'assessore Borsani avente oggetto: "*carenza infermieristica-interventi*") e la necessità di una valorizzazione delle risorse umane e del personale di supporto per le attività assistenziali alla persona (delibera

[16] (op citata)

consigliare n. 39 del 10 ottobre 200: programma regionale di sviluppo della VII legislatura).

Un confronto diretto della normativa statale con il recepimento regionale mette subito in evidenza, da una parte l'allargamento di mansioni rispetto ad altri profili e dall'altra il chiaro intento di determinare, in modo inequivocabile, il ruolo di supporto di tale operatore e quindi la dipendenza da altre figura sanitarie.

La prima importante variazione è individuabile nell'art. 4 della delibera. Qui viene specificato il contesto dei rapporti interprofessionali che l'OSS deve mantenere. È ribadito che l'OSS agisce come figura di supporto e in applicazione di piani di lavoro e protocolli operativi predisposti dal personale sanitario. L'articolo stesso suggerisce inoltre che "*tali piani e protocolli individuano le attività attribuibili all'OSS sulla base dei criteri della bassa discrezionalità richiesta e dell'alta riproducibilità della tecnica utilizzata*."

Oltre a ciò, all'interno del contesto operativo, la norma sottolinea in modo chiaro come l'attività dell'OSS possa essere distinta in tre livelli di indipendenza . Tali livelli definiscono le attività che l'OSS può svolgere in autonomia (**opera**) collaborando con altro personale (**coopera**) o agendo in base ad indicazioni precise del personale sanitario (**collabora**).

I tre livelli funzionali sono, una novità assoluta nei profili professionali delle figure di supporto.

L'art. 5 dell'accordo stato-regioni riconduce le attività dell'OSS in tre tipologie: assistenza diretta alla persona e aiuto domestico alberghiero, intervento igienico sanitario e di carattere sociale, supporto gestionale e organizzativo.

Nel documento di recepimento regionale le prime due attività rimangono pressoché identiche mentre vengono completamente eliminate le funzioni gestionali, e formative. Nella delibera regionale infatti al punto c dell'art. 5 in cui vengono specificate le attività dell'operatore socio sanitario si legge " *attività di supporto e di integrazione nel contesto organizzativo dei servizi e di collaborazione con il personale sanitario e sociale*." Annullare le funzioni gestionali e formative significa eliminare ogni possibilità di autonomia per questa figura. L'art. 5 nel recepimento regionale continua con un elenco specifico e descrittivo delle attività dell'OSS che può essere di diritto considerato un approfondimento dell'allegato A (elenco delle principali attività previste per l'operatore socio sanitario) dell'accordo stato-regioni. Lo stesso si può affermare per l'art. 6 dove vengono messe in luce le competenze tecniche dell'OSS. L'art. 8, dedicato all'organizzazione didattica, è chiaramente ampliato e descrittivo.

L'OSS è una figura tecnica con un ampia possibilità di collocazione lavorativa e la formazione deve essere mirata ad impartire conoscenze adeguate atte a tale scopo.

DIFFERENZE E UGUAGLIANZE CON OTA ASA E GENERICI

Le differenze di questa figura di supporto rispetto a quelle che hanno operato precedentemente nel settore socio sanitario possono essere distinte in tre macrogruppi: rispetto alla dipendenza gerarchica, rispetto alle mansioni e maggiore durata dei corsi.

Per quanto riguarda le mansioni e la maggiore durata dei corsi sono l'uno la dipendenza diretta dell'altro.

Analizzando il mansionario dell'OTA e quello dell'ASA e confrontandoli con quello dell'OSS, appaiono poche innovazioni, fra l'altro, attribuibili all'infermiere generico.

Sicuramente più interessante e degno di nota è il discorso sulla dipendenza gerarchica.

L'OSS è l'unica figura di supporto la cui dipendenza gerarchica varia a seconda della differente natura delle istituzioni in cui viene ad operare.

Questa prerogativa è derivabile dal fatto che l'OSS nasce, come abbiamo visto, non come figura ad esclusivo supporto dell'infermiere ma , come sancito dal decreto18 febbraio 2000, (art. 3) come figura in grado di operare

" *sia nel settore sociale che in quello sanitario, residenziale o semiresidenziale, in ambiente ospedaliero o al domicilio dell'utente……svolge la sua attività su indicazione , ciascuna secondo le proprie competenze , degli operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale*". Tralasciando gli operatori che agiscono nel sociale, per quanto riguarda le figura sanitarie preposte all'assistenza, fra esse compaiono: fisioterapisti, ostetriche, podologi, logopedisti e in generale tutto il personale inquadrato in categoria D.

La carenza di infermieri nel comparto sanitario e la formazione gestita da infermiere, fanno però propendere per un utilizzo massivo di questa figura in ambito sanitario ed infermieristico in particolare.

A questo proposito è necessaria una precisazione rispetto alla figura dell'infermiere generico. La responsabilità dell'infermiere professionale sul generico è definita in modo chiaro fino al 1974[17]. Dal mansionario successivo è rilevabile che " *l'infermiere generico coadiuva l'infermiere professionale in tutte le sue attività*"[18]. Una chiave di lettura di queste leggi che inquadri l'infermiere generico come supporto all'infermiere professionale è quindi possibile ma è necessario ricordare che, comunque,

[17] Cfr RD 2 maggio 1940 n 1310 (mansionario)
[18] DPR 14 marzo 1974 n 225

l'infermiere generico era ed è una figura infermieristica a tutti gli effetti. Questa ultima considerazione non può essere fatta per l'OSS.

La dipendenza operativa dalla nuova figura sanitaria è sancita, dall'art. 4 della delibera regionale sopraccitata, in cui si recita che l'OSS "*nell'assolvimento delle sue mansioni agisce come figura di supporto. E in applicazione a piani di lavoro e protocolli stabiliti dal personale sanitario e sociale*"

La dipendenza gerarchia sposta in modo inevitabile le considerazioni sulla possibilità di autonomia dell'OSS.

L'autonomia decisionale non è in realtà più ampia di quella di un'altra figura operante nel sociale e già presente in Lombardia e cioè l'ASA. La vera novità, assoluta nei profili professionali di una figura sanitaria, consiste nell'indicazione all'operatività in base a protocolli e sotto diversi aspetti di responsabilità (opera, coopera e collabora). In questo modo l'operatore può compiere manovre che richiederebbero, per essere effettuate in autonomia, un percorso di studi ben più impegnativo. Inoltre essendo tali manovre compiute su precisa indicazione dei professionisti tramite piani di lavoro ben precisi, viene salvata, almeno in linea di principio, la responsabilità sui campi di autonomia di diverse professioni.

In realtà credo che queste precisazioni non siano garanzia assoluta di sconfinamento di ruoli. In particolare per quanto riguarda il ruolo infermieristico.

L'esempio dell'infermiere generico ha insegnato come, alla fine, tale personale si sia appropriato di tecniche quali ad esempio il prelievo di sangue, che invece competevano l'infermiere professionale. Inoltre è da osservare che, con il passare degli anni, la riproducibilità di un evento cambia e tecniche considerate venti anni fa specialistiche sono oggi considerate di base. La regione Lombardia, inoltre, pur avendo implementato le mansioni dell'OSS, in particolare per quanto riguarda la somministrazione di farmaci per via naturale, è l'unica ad averne chiaramente subordinato l'operato alle figure sanitarie e ad aver sancito, e non semplicemente suggerito, il ruolo di supporto di tale figura.

L'implementazione delle mansioni in Lombardia non è stato il motore principale a muovere la regione verso la subordinazione della figura. Non bisogna ritenere che, qualora le mansioni divengano più invasive, sia la legge a delimitare la discrezionalità di tale operatore.

La regione Veneto permette la terapia intramuscolare pur senza sancire la dipendenza operativa di tali figure (regione Veneto legge regionale 16 agosto 2001 n. 20).

La provincia autonoma di Bolzano è andata ben oltre istituendo (decreto del presidente della giunta provinciale relativo alle mansioni e campi dell'attività dell'operatore Socio Assistenziale 28 dicembre 1999 n. 72) il profilo dell'OSA. Tale figura sconfina ampliamente in compiti e peculiarità di competenza infermieristica e fisioterapica.

LE RAGIONI DELL' ISTITUZIONE DELL'OSS

I motivi che hanno spinto all'istituzione dell'OSS, sono inscrivibili in quattro categorie:

1) accresciuto bagaglio di conoscenze infermieristiche
2) carenza di personale infermieristico
3) nuova concezione di salute che comprende l'ambito sociale oltre quello strettamente sanitario
4) uso ottimale risorse

Le giustificazioni delle prime due cause sono di semplice spiegazione. L'accresciuto bagaglio di conoscenze porta l'infermiere a poter assumere, a pieno diritto, la responsabilità sul processo e sul risultato di un piano di assistenza. Il tempo per pianificare l'assistenza deve però, necessariamente, essere sottratto altrove. Poiché vi una carenza di personale infermieristico

devono subentrare, nelle unità operative, figure in grado di farsi carico di quegli atti semplici che l'infermiere può delegare o attribuire e che sono comunque basilari per la soluzione di un bisogno

NUOVA CONCEZIONE DI SALUTE

La variazione del concetto di malattia e di conseguenza di salute ha radici rintracciabili lungo tutto il corso della storia dell'uomo. A concezioni di salute diverse venivano usati metodi differenti da utilizzare come rimedi. L'OSS nasce come figura in grado di operare sia nel sanitario che nel sociale. Comprendere le ragioni storiche del connubio di queste due realtà rende più facile comprendere il perché della necessità di una figura con un duplice ruolo.

La considerazione della salute come valore sociale a cui ognuno ha diritto e la necessità ai fini terapeutici di considerare il benessere dell'uomo dal punto di vista fisico, psichico e sociale, sono le basi di un processo che ha portato numerosi cambiamenti nella concezione di assistenza. Le tracce di questa evoluzione iniziano nel diciannovesimo secolo. L'ospedale si era trasformato, da centro di beneficenza e carità cristiana, all'inizio dell'ottocento, in centro di assistenza con finalità produttive di salute nel 1900. Il progressivo aumento della popolazione legato all'aumento del benessere e il successivo invecchiamento degli individui, con il

conseguente aumento delle patologie cronico degenerative, portarono la realtà sanitaria alla coscienza che l'ospedale, quale unico centro fautore di salute, non era più in grado di garantire il suo scopo istituzionale.

Le grosse campagne di vaccinazione e l'urbanizzazione unirono le necessità della realtà sanitaria e di quella sociale.

Il 13 maggio 1978 la legge 180, detta "Legge Basaglia" fu una prima innovativa riforma dell'assistenza psichiatrica, nota ai più per la chiusura dei manicomi ma la cui vera essenza era il cambiamento stesso del concetto di malattia mentale e quindi del suo metodo di cura

Una normativa tesa a, garantire un progetto di vita all'ammalato al fine di restituirgli dignità come persona. Dignità acquisibile e conquistabile in ambito sociale e non ospedaliero. Una legge tanto avanti nei tempi che solo oggi possiamo vederne a pieno la realizzazione.

La legge 22 dicembre 1978, n. 833 "*Legge di riforma sanitaria*" istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il SSN è definito come un "*Complesso delle funzioni, 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*". La netta distinzione che separava igiene pubblica, assistenza medica e assistenza ospedaliera viene eliminata. La salute viene intesa

come " *fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*"[19] e come tale deve essere tutelata dallo stato "*nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana*"[20] .

Sempre all'art. 1 è 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*".

La salute non è più di sola competenza ospedaliera o sanitaria ma , vista la globalità delle prestazioni necessarie a garantirla, acquista un respiro più ampio anche sul versante sociale.

Purtroppo nonostante gli elevati ideali sottesi, diversi fattori contribuirono a lasciare nel vuoto molti punti della riforma.

Il connubio fra realtà sociale e sanitaria, se pur rallentato, prosegue nella realtà assistenziale. Le riforme sanitarie sono state centrate in tutta Europa sul principio che l'assistenza sanitaria dovrebbe, prioritariamente, comportare il miglioramento della salute e della qualità della vita della popolazione. Il miglioramento dello stato di salute della popolazione costituisce un indicatore dello sviluppo sociale. Vi è quindi una progressiva

[19] Art 1 legge 833/1978
[20] ibid.

assunzione della concezione della salute come stato di benessere fisico, psichico e sociale.

I servizi sanitari sono importanti, ma non sono i soli in grado di garantire il benessere della popolazione. La crescente complessità della società contemporanea si rispecchia infatti in una sempre maggiore interrelazione tra i vari bisogni di carattere sociale e sanitario ai quali il sistema risponde con interventi di diversa natura. L'integrazione tra i settori della sanità e quello delle politiche sociali, in particolar modo l'ambito socio-assistenziale, in quanto direttamente collegato al concetto di salute, diventano una necessità. E' indispensabile quindi parlare di intersettorialità e intensificare i rapporti tra i diversi ambiti e figure professionali per rispondere in modo efficace ai bisogni delle persone assistite e fornire loro servizi adeguati in grado di rispondere alle loro esigenze

USO OTTIMALE DELLE RISORSE

L'attenzione verso l'uso appropriato delle risorse non è nuovo. Al fine di comprenderne le origini è necessario un breve excursus sia sul funzionamento del sistema sanitario dopo la riforma sia sulle modifiche ad esso apportate con le leggi successive.

Il problema dell'utilizzo delle risorse in campo sanitario iniziò ad essere ravvisato in modo particolare negli anni successivi alla riforma sanitaria del

1978. Lo spirito socio politico con cui la legge 833 / 78 portò alla modifica della riforma sanitaria era intriso da valori di uguaglianza fra gli uomini indipendentemente dal loro status sociale ed economico. La salute viene considerata come bene fondamentale della persona che lo stato deve garantire. Ma l'equità sociale, venne spesso tradita negli anni seguenti. Le motivazioni di uno sviluppo difficile del SSN sono molteplici ma riconducibili a tre insiemi particolari: 1) difetti intrinseci del sistema, 2) ruolo dei medici, 3) ruolo dell'utenza.

La natura del sistema sanitario nazionale prevedeva e prevede l'instaurazione fra utente e medico del terzo pagante: lo stato. Il meccanismo di scompenso è facilmente riassumibile: l'utenza influenzata dall'offerta sanitaria (fornita dai medici e dai servizi stessi) aumenta la domanda per l'instaurarsi di nuovi bisogni di salute. I medici preposti a controllare tali richieste (medici di base) non hanno responsabilità alcuna per la spesa che determinano e quindi tendono a soddisfare anche richieste non consone ad un relativo bisogno di salute. Ciò aumenta la richiesta e crea un circolo vizioso. Aumentano esami e farmaci prescritti solo per sedare l'ansia terapeutica del paziente. A ciò si deve aggiungere il difetto intrinseco dell'elargizione dei fondi. Vengono premiate le USL che mal gestiscono i fondi a discapito di quelle risparmiatrici. L'importo da assegnare ad ogni USL era infatti deciso in base a quanto l'USL aveva

utilizzato l'anno precedente maggiorato di una quota rapportata al tasso d'inflazione. Più soldi vengono spesi e più soldi si riceveranno l'anno successivo. Il fenomeno incoraggia notevolmente sia i ricoveri impropri sia l'allungamento delle degenze. Elementi quali prevenzione, riabilitazione, e assistenza domiciliare, che avrebbero potuto abbassare notevolmente i costi di gestione della sanità, sono ampiamente previsti ma rimangono solo sulla carta. Inizia a divenire impellente la necessità di un utilizzo migliore delle risorse e del budget. Per arginare la spesa, responsabilizzando i cittadini, vengono introdotti, nei primi anni ottanta, i ticket. Il costo degli stessi comincia però ad aumentare. La popolazione abituata precedentemente a ricevere tutto gratis si trovò a dover pagare per prestazioni che comunque, dal suo punto di vista, erano urgenti. Non vi fu inoltre una corretta informazione che spiegasse al cittadino i motivi di tale scelta.

Incomincia ad affermarsi l'idea secondo la quale la pubblica sanità sia un settore economicamente improduttivo e non un settore di promozione del benessere. L'unico modo per limitare gli sprechi e garantire una sopravvivenza del sistema sanitario parve quello di limitare la presenza dello stato in alcuni settori. Si iniziarono a fornire appalti a ditte esterne; particolarmente del settore alberghiero (mense, pulizia , lavanderia ecc). Allo stesso tempo iniziò la competizione tra stato e privati nel fornire prestazioni e servizi sanitari ai cittadini. L'entrata del concetto economico

in campo sanitario viene portata ai massimi livelli nel 1989. Il Ministro della Sanità propone dei disegni di legge che però rimangono tali a causa del decadere della legislatura. Il 23 dicembre 1992 su delega della legge 23 ottobre 1992, n. 421 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*" viene approvato il Decreto legislativo, n. 502. Tale decreto non elimina il SSN ma aumenta l'ingerenza in esso dei privati. Il management è parte integrante della riforma così come il particolare riguardo alla sfera economica. Le differenze determinate dalla normativa sono molte. Degni di nota, sono il nuovo metodo per l'attribuzione dei fondi (DRG) e, vista l'autonomia regionale in alcuni ambiti riguardanti l'OSS, il ruolo fondamentale che in questa riforma viene attribuito alle regioni.

Al Piano Sanitario Nazionale deve far seguito il Piano Sanitario Regionale. Le polemiche a queste innovazioni non mancarono. L'intento era quello di risparmiare ed evitare gli sprechi e gli sperperi, ma il rischio era l'instaurarsi di un sistema a impronta economicistica, in cui le ragioni del bilancio possono prevalere sulle esigenze del cittadino e sui suoi diritti.

Successivamente venne emanato il D.Lvo 517/93.

La "riforma della riforma" limita la possibilità di azione delle assicurazioni sanitarie al solo mercato delle polizze integrative. Ciò lascia invariato l' utile fiscale che ogni cittadino deve versare per le cure sanitarie ma

garantisce un univoco trattamento per i bisogni sanitari indipendente dal proprio gettito economico.

Il sistema di DRG non limita la spesa tanto quanto ci si aspettava. Così il 19 giugno 1999 viene emanata una terza riforma nota come “riforma ter” o “riforma Bindi” con il D.L.vo n.229

Vengono posti alcuni limiti alla gratuità dell’assistenza, introducendo il concetto di “livelli essenziali di assistenza garantiti dal SSN”. Anche in questa riforma vengono più volte rimarcati i principi di efficacia appropriatezza, economicità e uso efficiente delle risorse.

In realtà la maggior parte della spesa di un azienda è dovuta al personale proprio perché questo è la maggior sua risorsa. È chiaro che, più il personale è preparato, maggiori saranno le sue responsabilità. Inoltre con l’aumentare della responsabilità aumenta la sua retribuzione. 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 professionale più basso, e quindi più economiche, vadano, ove possibile, a sostituirle.

INFERMIERE

BREVI CENNI EVOLUTIVI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

La professione infermieristica negli ultimi anni si è arricchita di nuove forme e contenuti. Da molto tempo gli infermieri si sono impegnati in una complessa battaglia per l'affermazione della professione che è possibile ripercorrere con un excursus legislativo. Non è possibile intendere la storia come un processo a gradini dove ogni tappa è nettamente separata dalla successiva ma, a fini didattici ed esemplificativi, vi sono delle date che, per opinione unanime, possono essere considerate come indicative di un determinato periodo. La storia dell'assistenza infermieristica non fa eccezione. È possibile riviverla richiamandone alcune fasi. In particolare riterrei utile, ai fini della mia tesi, l'esposizione di due aspetti fondamentali del processo di professionalizzazione: uno è un excursus sulle leggi che hanno posto la figura dell'infermiere quale responsabile, non solo dell'assistenza infermieristica, ma anche delle figure di supporto che ad essa partecipano e l'altro è il richiamo, a grandi linee, del percorso didattico. Indici entrambi dell'aumento di professionalità raggiunto.

Se per il primo i capitoli precedenti e in parte quelli che seguiranno certamente sono idonei a raggiungere lo scopo per il secondo è necessaria una trattazione particolare.

Dal punto di vista didattico possiamo suddividere il percorso di professionalizzazione infermieristico in Italia in tre momenti.

Dalla nascita delle prime scuole per infermiere in Italia nel 1896 (Scuola Croce Azzurra presso L'ospedale " Gesù e Maria " Di Napoli) all'istituzione di Scuole Convitto Professionali con RD 15/08/1925, n. 1832, convertito in legge n. 562 il 18/03/1926.

Dal 1926 al 1975 con il D.P.R 13 ottobre n. 860 modificazioni all'ordinamento delle scuole per infermieri professionali

Dal 1975 sino ai giorni nostri.

Vorrei approfondire in particolare quest'ultimo periodo perché è in esso che maggiormente si concentrano tanto le leggi che inquadrano le figure ausiliarie quanto quelle che spingono verso la profesionalizzazione.

PERCORSO GIURIDICO EVOLUTIVO DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA DAL 1975 ALLA DIRIGENZA

Nel 1974, con il D.P.R n. 225, si ha una modificazione al mansionario degli infermieri. Il precedente risalente al 1940 (RD 2 maggio 1940 n. 1310) non era in grado di garantire giuridicamente tutte le azioni e le responsabilità

che il nuovo contesto sanitario imponeva. Le principali novità di questo mansionario sono inquadrabili non tanto in nuovi atti quanto in nuove responsabilità. Responsabilità su base organizzativa, di istruzione del personale, di partecipazione a riunioni di gruppo, di incentivazione, promozione e attuazione di piani di lavoro e sopra tutto di incremento della ricerca. È da notare che, all'articolo uno, si specifica chiaramente, fra le attribuzioni di carattere organizzativo e amministrativo degli infermieri professionali, la programmazione dei piani di lavoro del personale alle proprie dipendenze. Tale concetto viene ribadito al punto dieci dell'articolo due dove viene menzionata, se pur velatamente, la differenza del personale che gli infermieri dovevano gestire: l'infermiere generico e il personale esecutivo.

Non vi è da parte del personale infermieristico un recepimento unanime delle nuove possibilità offerte dalla legge. I motivi possono essere qualificati in ordine a tre giustificazioni:

una professionalità abituata ad operare in sottomissione ad altre categorie, per lo più quella medica; un'attenzione rivolta sempre più all'acquisizione di nuove tecniche imposte dallo sviluppo incalzante della scienza e il ruolo strettamente ospedaliero della figura dell'infermiere.

Il mansionario rimane quindi uno strumento vincolante per la professione.

La nuova forma sanitaria e il nuovo mansionario non potevano prescindere da innovazioni urgenti anche nel campo della formazione.

Il D.P.R 13 ottobre 1975, n. 867, vista anche la ratifica dell'accordo europeo di Strasburgo (legge 15 novembre 1973 n. 795) modifica l'ordinamento delle scuole ed i relativi programmi dei corsi. Vengono rivisti i monte ore teorico-pratici e viene introdotto lo studio della lingua inglese.

Le lotte per un aumento della scolarizzazione, volta ad incrementare il livello culturale degli infermieri e quindi garantire uno status sociale migliore, iniziano ad essere perseguite con maggiore impegno da parte delle associazioni di tutela della professione. In particolare ricordiamo il dibattito della CNAIOSS (consociazione nazionale infermiere infermieri e altri operatori sanitario sociali) avviato nel 1976. Lo scopo principale era la sensibilizzazione della ripartizione socio politica sulla necessità di porre il comparto infermieristico nelle condizioni di esercitare una diretta partecipazione alla programmazione e gestione dei propri servizi. Sono le prime avvisaglie della lotta per abolire il termine " ausiliarie" che contraddistingueva alcune professioni, fra cui quella infermieristica. Insieme a nuove responsabilità il CNAIOSS chiede: un aumento di scolarità per conseguire il diploma, la possibilità di insegnamento di materie

infermieristiche solo a docenti dirigenti dell'assistenza infermieristica e il riconoscimento universitario dei titoli infermieristici dirigenziali.

Queste richieste erano già presenti nel periodo che aveva visto nascere le riforma riguardanti la riorganizzazione ospedaliera (legge 12 febbraio 1968 n. 132 e i D.P.R 128, 129 e 130 del 27 marzo 1969). Vi era in queste disposizioni " *la mancanza del concetto di autonomia funzionale delle professioni sanitarie non mediche che avrebbe portato ad un appiattimento della categoria tanto più che si associava ad una mancanza di chiara espressione giuridica che distinguesse l'IP dall'IG*" analoga delusione si legge alla conclusione del secondo congresso nazionale dell'allora IPASVI tenutosi a Roma fra il 15 e 17 ottobre 1969.

Il recepimento dell'accordo di Strasburgo fossilizzò una situazione già stagnante. Il conseguimento del terzo anno didattico e i dieci anni di scolarità pregressa parvero, ai più, un obbiettivo largamente fruttuoso. Non vi fu più motivo di legiferare in proposito sino al 1990. Se in Italia la legislazione langue in materia di formazione possiamo comunque rintracciare in campo europeo e mondiale i segni della sua continua evoluzione. Gli esami per conseguire il diploma di infermiere professionale vengono regolamentati dalla direttiva CEE 453 del 1977. Successivamente, nel 1981, viene stilato Il "*Rapporto sulla formazione degli infermieri responsabili dell'assistenza generale*", del Comitato Consultivo per la

formazione nel campo dell'assistenza infermieristica sempre ad opera della CEE.

A livello mondiale l'OMS, il 05 agosto 1977, emana il documento, "*The nursing process*", in cui viene data una definizione del processo di assistenza infermieristica.

Nel 1981 la "*Risoluzione sulla strategia mondiale della salute per tutti per l'anno 2000*", della 34° Assemblea Mondiale della Sanità, annovera come fondamentale, ai fini del raggiungimento degli obbiettivi, la gestione delle cure primarie della persona da parte del personale infermieristico.

Fra queste innovazioni, a livello mondiale ed europeo, si inserisce l'Italia con la riforma sanitaria recepita con la legge 23 dicembre 1978, n.833. Legge che porta un vento rinnovatore in cui la professione infermieristica avrebbe potuto navigare per raggiungere un autonomia professionale.

Ma di tutta la riforma l'unico punto che incide effettivamente con il fare professionale è quello sancito dall'art. 47 che contiene una delega al Governo per disciplinare lo stato giuridico del personale.

Tale articolo viene recepito con il D.P.R n. 761 del 1979. Il decreto indicava la suddivisione del personale in quattro ruoli. Appartenevano al ruolo sanitario, in base all'art.1, coloro che compievano "*in modo diretto attività inerenti alla tutela della salute*". All'interno del ruolo sanitario vi era poi un ulteriore suddivisione basata sul profilo professionale.

Il mancato utilizzo della normativa della legge 833/78 da parte degli infermieri non può attribuirsi a vizi della singola categoria. La realtà del Servizio Sanitario Nazionale tardò non poco ad entrare nel comune modo di intendere la sanità ad ogni livello. Ciò non deve stupire in un paese dove l'istituzione delle regioni avviene di fatto ventidue anni dopo la disposizione prevista nella costituzione. Inoltre lo stato sociale era scosso da importanti rivoluzioni (quella del 68 prima e degli anni di piombo poi), che concentrarono in altri campi gli sforzi e le attenzioni sia dello stato che dell'opinione pubblica.

A livello di organismi mondiali l'interesse per la professione continua nel 1982. L'OMS, elabora un documento dal titolo "*Le prestazioni infermieristiche nell'assistenza sanitaria di base*". Punti salienti del documento sono un' accentuazione del ruolo infermieristico a livello sociale e la necessità di sviluppare ricerche riguardanti l'assistenza infermieristica e il ruolo della stessa. Quasi a risultato di tale intervento viene pubblicato, nel 1984, il rapporto n. 708, "*Ruolo del personale infermieristico*".

Fra i documenti successivi di maggiore rilievo è doveroso citare "*Gli infermieri aprono la via*" prodotto nel 1985 dall'OMS. Nell'atto viene ribadita l'importanza del ruolo degli infermieri all'interno della sanità mondiale, non solo come operatori diretti, ma anche quali elementi a cui

possono, e devono, essere attribuiti compiti di dirigenza e responsabilità nella pianificazione della realtà sanitaria mondiale. Nello stesso documento si auspica, visto anche il ruolo a cui devono andare incontro, un netto aumento della scolarità degli infermieri ed un loro inserimento all'interno della più alta istituzione didattica possibile: l'università.

L'Italia, con cinque anni di ritardo, fa proprie tali direttive tramite la legge 19 novembre 1990 n. 341 "*riforma degli ordinamenti didattici universitari*".

L'ordinamento didattico prevede quattro titoli universitari: diploma universitario, diploma di laurea, diploma di specializzazione, dottorato di ricerca. L'accesso ai corsi è consentito solo a chi abbia un istruzione secondaria superiore. Si alza l'età di ammissione agli studi rendendo possibile una scelta più matura del candidato. Con il decreto 2 dicembre 1991, attraverso la tabella XXXIX ter, viene recepito il primo ordinamento didattico per il Diploma Universitario In Scienze Infermieristiche (DUSI).

Successivamente, il ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, ha predisposto uno schema di decreto con il quale ha autorizzato le facoltà di medicina e chirurgia di ventisei università italiane ad istituire, nel triennio 1991/1993, il diploma di scienze infermieristiche per un totale di ventisei corsi.

Due anni dopo con il Dlgs 502/1992 nasce il diploma universitario per infermieri. Lo stesso Dlgs inserisce la formazione infermieristica nel sistema universitario rendendo possibile il conseguimento di un diploma ad impostazione europea.

All'art. 6 comma 3 viene stabilito che la formazione del personale infermieristico deve avvenire in sede ospedaliera. L'ordinamento didattico relativo è definito, come sancito dall'art 9 della legge 341 del '90, con decreto del MURST emanato di concerto con il Ministero Della Sanità. Per tali finalità le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le istituzioni private e accreditate e le università attivano appositi protocolli d'intesa per l'espletamento dei corsi di cui all'articolo 2 della 341/90. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata di norma a personale di ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa.

Il 1994 è contraddistinto dal DM 739 *"Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*". La novità vera e fondamentale del documento è che un atto normativo riconosce finalmente gli infermieri per ciò che sono: professionisti sanitari, autonomi e responsabili del loro agire.

Il contenuto degli articoli uno e due, in particolare al comma 3f di quest'ultimo, specifica che l'infermiere " *per l'espletamento delle funzioni*

si avvale , ove necessario, dell'opera del personale di supporto" e ancora al comma 4 dello stesso articolo " *l'infermiere concorre alla formazione del personale di supporto".*

Nel 1996 nasce, con DM 24 luglio, il DUI (Diploma Universitario Infermieri) e viene emanato il secondo ordinamento didattico del diploma per infermieri (tabella XVIII ter).

Il 1999 si è aperto con l'approvazione della legge 42 "*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*", che abolisce il D.P.R del '74 e sancisce l'affermazione della professione infermieristica come professione sanitaria non più ausiliaria. L'infermiere non è più legato a vincoli mansionariali, ma diviene inderogabile, per l'applicazione della prestazione, la consapevolezza del professionista di saperla mettere in atto (percorso di studi) e di poterla mettere in atto (profilo professionale). Sempre nel 1999 con decreto MURST del 3 novembre n.509 "*Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei*" vengono inserite modifiche sostanziali al precedente ordinamento universitario. Il percorso di studi viene suddiviso, a livello universitario in quattro tappe: laurea di primo livello, laurea di secondo livello, specializzazione, dottorato di ricerca.

Sono previsti inoltre dei corsi complementari "*di perfezionamento scientifico e di alta formazione permanente e ricorrente*" denominati master

di primo e secondo livello e percorribili al termine del primo o secondo percorso formativo.

Con due decreti del 2 aprile 2001 sono stati recepiti gli ordinamenti didattici dei vari corsi.

Una legge importante per la professione, che è indispensabile citare pur non rientrando nella specifica formazione didattica, è la legge 10 agosto 2000, n.251 "*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*" meglio nota come legge sulla dirigenza infermieristica. Tale legge specifica ancora una volta l'autonomia professionale dell'infermiere individuata dal profilo e dal codice deontologico e stabilisce che "*il Ministero della Sanità…. emana le linee guida per l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni*". I termini connesse funzioni e da inquadrare nell'insieme delle figure di supporto. Nella seconda parte della legge vengono invece individuate le norme relative all'istruzione della dirigenza e la conseguente disattivazione dei corsi per docenti e dirigenti di assistenza infermieristica.

RAPPORTO INFERMIERE - FIGURE DI SUPPORTO

PROFESSIONISMO E DELEGA

L'evoluzione della professione infermieristica ha condotto ad importanti rivoluzioni in Italia nell' ambito assistenziale e nell'esercizio professionale. Tale evoluzione, già presente " sul campo", è sancita in modo chiaro da due norme: il D.M. 739/94 e la legge 42/99. Quest'ultima, in particolare, rimanda al codice deontologico, al profilo professionale e all'ordinamento didattico, l'individuazione del campo proprio della professione. Nel profilo professionale è chiaramente rintracciabile (art. 1) il campo di responsabilità dell'infermiere. Egli è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Il significato di tale responsabilità risiede nell'intero piano assistenziale. La sua formulazione è essenziale al fine di esplicare in modo completo un'assistenza che altrimenti sarebbe denaturata nella sua sostanza.

Le tappe evolutive di un processo assistenziale sono: raccolta dei dati, identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento. Tali linee sono perfettamente rintracciabili all'interno del profilo professionale (punto 1.3).

Allo stesso punto vi è un'affermazione chiara e incisiva che specifica che, ove necessario, l'infermiere si avvale dell'opera del personale di supporto.

Delegare al personale di supporto non vuol dire cedere ad esso funzioni specifiche del profilo professionale ma permettere, a tale personale, di compire alcuni atti ed azioni su indicazione dell'infermiere. In linea teorica e a livello giuridico tali affermazioni sono estremamente semplici da comprendere. La complessità si incontra quando il professionista si trova di fronte, nella realtà operativa quotidiana, a dover determinare in modo corretto quali atti e quali azioni delegare.

Assolutamente imprescindibili a tale scopo sono quattro elementi:

1) Conoscenza delle figure di supporto di cui si dispone (capacità istituzionale e esperienza personale)
2) Conoscenza del proprio specifico professionale (conoscenze scientifiche e legislative)
3) Attuazione di uno specifico e conosciuto modello organizzativo
4) Valutazione dei bisogni tramite un modello concettuale

Quest'ultimo punto si presta a notevoli considerazioni di carattere generale. Innanzi tutto è doveroso precisare che l'infermiere deve avere ben chiaro in mente cosa sia l'assistenza infermieristica e nello specifico, cosa sia un piano di assistenza infermieristica. Ciò al fine di poter delegare, all'interno di esso, determinate attività di semplice attuazione ma indispensabili per un

buon raggiungimento dell'obiettivo finale. Considerando il processo di assistenza infermieristica nella sua globalità possiamo affermare che, in linea di principio, è solo la terza fase di sviluppo il momento in cui il supporto, di qualsivoglia tipo, può intervenire secondo capacità proprie dello specifico profilo professionale. Decisione e valutazione sono assolutamente non delegabili.

Considerando il Modello Delle Prestazioni di Marisa Cantarelli, ad esempio, il piano di assistenza si formula attraverso le seguenti direttive: raccolta dati e determinazione, all'interno dei bisogni del paziente, di quali può farsi carico il professionista (bisogni di assistenza infermieristica). Seguono la formulazione di un piano per risolvere tali bisogni e la conseguente prestazione infermieristica.

Il modello citato risulta idoneo a scopo esemplificativo poiché prevede una netta suddivisione della prestazione in atti ed azioni. Un insieme di atti finalizzati ad un unico scopo determina un'azione e un insieme di azioni una prestazione. Il Modello considera l'essenza dell'assistenza infermieristica questo insieme di prestazioni, tanto che afferma "*L'assistenza infermieristica è un comportamento osservabile che si attua mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in un cittadino malato*".

In essa si trova una verità incontrovertibile e cioè che al fine di erogare assistenza infermieristica è necessario compiere determinati atti.

I modelli concettuali e la prassi pratica dell'ultimo ventennio avevano teso, a livello organizzativo, ad assegnare all'infermiere qualsiasi atto e qualsiasi azione riguardasse l'assistenza. Questo in base al postulato che un professionista è tale se è in grado di erogare, egli soltanto, una determinata prestazione..

Il nuovo problema, che è necessario affrontare, è come permettere ad altre figure, di compiere atti ed azioni di pertinenza dell'infermiere pur mantenendo la professionalità sull'operato. Come utilizzare le figure di supporto pur non uscendo dal significato epistemologico di professione? La risposta a tali quesiti si trova spostando il campo di attenzione non sulla pratica ma sull'organizzazione della stessa. Sulla formulazione cioè di un piano di assistenza infermieristica in cui determinati atti e determinate azioni sono delegabili per diversi motivi ad altro personale.

Poiché la responsabilità sul risultato finale è e deve essere, dell'infermiere, poiché è lui il responsabile dell'assistenza infermieristica, è chiaro che egli deve valutare in modo corretto e attento, quali e quante azioni delegare. Questo sottintende di non lasciare mai al caso o all'intraprendenza del personale di supporto, decisioni o provvedimenti senza che egli ne venga a conoscenza.

Questo naturalmente non significa che le figure di supporto non devono segnalare variazioni cliniche o comportamentali del paziente poiché ciò esula dai loro compiti, ma semplicemente che l'infermiere deve rivalutare il paziente al fine di determinare la veridicità dell'affermazione del personale di supporto e nel caso, rivedere il piano di assistenza in base a nuovi input.

L'intervento delle figure ausiliarie nel piano assistenziale infermieristico è rimarcato, nel caso dell'OSS, dal punto 1.2 del profilo (DGR 2527) dove si specifica: " *concorre alla cura delle condizioni di fragilità alle quali viene assegnato con la supervisione, monitoraggio, verifica da parte del personale sanitario*." E dal comma 1 dell'art. 4 del DGR 5428 dove è chiaramente indicato che "*l'OSS nell'assolvimento delle sue mansioni agisce come figura di supporto, in base alle proprie competenze ed in applicazione dei piani di lavoro e dei protocolli operativi predisposti dal personale sanitario*".

Il ruolo dell'infermiere è quindi quello di realizzare i piani di lavoro e i protocolli che ne conseguono.

COME SCEGLIERE ATTI ED AZIONI DA DELEGARE

Tornando al Modello delle Prestazioni Infermieristiche una volta decisi quali atti e quali azioni sono necessari a risolvere un bisogno di assistenza

infermieristica è ora necessario determinare quali di questi è possibile delegare.

Prima di affrontare questo argomento è necessario fare una precisazione importante. È necessario definire una distinzione fra delega e attribuzione. In linea con il National Cuncil of State Boards of Nursing possiamo definire la delega come " *il trasferimento ad una persona competente dell'autorità di eseguire un determinato compito infermieristico in una data situazione*" [21]. L'attribuzione è invece "*un'attività impropriamente svolta da un profilo (infermieristico) al posto di un altro più consono*" [22]

In questo elaborato tratterò esclusivamente i problemi riferibili alla delega.

Al fine di una stesura di linee guida efficaci ad aiutare l'infermiere nella determinazione di atti ed azioni delegabili e quindi della gestione delle figure di supporto, dobbiamo scartare a priori la possibilità di un elenco dettagliato di ciò che un ausiliario, un OTA o un OSS possono o non possono fare.

I limiti di un elenco di attività sono nell'assenza completa in esso, di dati in grado di descrivere con chiarezza su quale livello qualitativo questi risultati vengono prodotti, con che mezzi e quale è il processo sotteso al loro raggiungimento. Inoltre è impossibile prevedere ogni caso specifico per

[21] Fischer M, do nurses delegate effectively? Nurs management, 199; 30 23 25 in "l'infermiere decide….La figura di supporto esegue", Barbara Mangiacavalli
[22] ibid.

l’eterogeneità dell’ambito assistenziale e per il continuo mutamento della realtà in medicina.

Prima di procedere nella trattazione del mio lavoro riterrei necessaria una precisazione. È possibile suddividere il lavoro dell’OSS, come quello di tutti gli operatori sanitari in genere, in due insiemi uno riferito a ciò che l’OSS realizza per l’utente in senso diretto e il secondo comprende ciò che viene definita assistenza indiretta. Al fine di circoscrivere il mio elaborato mi limiterò a tracciare delle linee guida improntate all'assistenza diretta fermo restando che il ragionamento generale che le sottende è applicabile anche ad attività non indirizzate in modo immediato al paziente.

La prima regola che l'infermiere deve avere in mente in base al codice deontologico, è che, le sue azioni, non devono nuocere al paziente, né tanto meno devono nuocere le azioni che delega. In proposito è utile che egli consideri quattro importanti variabili che vincolano le attribuzioni

LA PERSONA.

Le variabili legate alla persona sono due: il paziente in sè e le condizioni cliniche dello stesso. Ogni paziente è una realtà a se stante. Ciò che può essere delegato per un paziente può non esserlo per un altro a parità di ogni altra condizione. Per quanto riguarda la condizione clinica, maggiore è la complessità assistenziale e la variabilità in tempi brevi e maggiore è la

necessità di una figura capace di comprenderne le modificazioni al fine di adattare il piano di assistenza alla soluzione dei bisogni del paziente.

L'OPERATORE DI SUPPORTO

Per una corretta delega è necessario conoscere le diverse figure di supporto ed il grado di preparazione per delegare ad ognuna il giusto. Tale elemento può e deve, incentivare i membri dell'equipe a migliorarsi.

IL LUOGO

È intuitivo che un'azione delegabile in un ambiente protetto quale una struttura ospedaliera, dove il personale infermieristico è costantemente presente, potrebbe non esserlo in un contesto diverso, ad esempio al domicilio del paziente. In un ambiente protetto vi e sempre la possibilità dell'infermiere di valutare in modo repentino e obiettivo l'operato del delegato.

In proposito è necessaria una considerazione sulle operazioni che l'OSS può compiere in autonomia. Alcune di tali azioni sono di chiara competenza infermieristica (pensiamo ad esempio all'igiene del paziente) ma sono abbastanza semplici da essere effettuate da un operatore formato come l'OSS. Ciò però non deresponsabilizza in toto l'infermiere da un' eventuale azione impropria, o impropriamente svolta, dall'operatore perché essa

sicuramente andrà ad influire negativamente sul piano di assistenza infermieristica la cui responsabilità è naturalmente totalmente dell'infermiere. Oltre quindi a valutare la corretta azione da delegare è necessario controllare che la stessa venga effettuata in modo corretto. Qualora la verifica non sia possibile, per cause di servizio, durante l'esecuzione dell'azione, potrà essere rimandata successivamente ma mai tralasciata. Qualora non vi sia sicurezza della possibilità di riesame allora l'azione, semplicemente, non deve essere delegata. Il controllo è quindi una prerogativa da cui non è possibile prescindere.

Un luogo di lavoro con un'organizzazione a più livelli determina in genere un inserimento di protocolli operativi e documentazione cartacea (cartella infermieristica) che oltre l'andamento assistenziale del paziente, testimoniano in modo inequivocabile, gli atti e le azioni delegate alle figure di supporto riducendo al minimo le possibilità di conflitti tra operatori.

L'AZIONE IN SE'

L'azione delegata deve avere in se due caratteri fondamentali: la semplicità d'esecuzione (bassa discrezionalità e alta riproducibilità) e la minima possibilità di danno fisico o morale al paziente.

ESEMPI

Ritengo utile, a questo punto, inserire alcuni esempi poiché spesso sono convenienti per comprendere la teoria che li sottende.

ALIMENTAZIONE

L'OSS "*opera assistendo la persona nell'assunzione dei pasti*". Vi è autonomia quindi in questa azione come del resto ve n'era nel profilo dell'ASA dove leggiamo che fra le capacità che tale operatore deve avere vi è: "*Aiuto nell'assunzione dei pasti, aiuto per l'utilizzo di accorgimenti o attrezzi per mangiare da soli, aiuto per la preparazione dei pasti*". È chiaro che in ambiente ospedaliero o comunque a livello di comunità le diete prescritte e il regime alimentare obbligato e definito da altri operatori, lasciano ben poco spazio all'autonomia. In questi casi al di la dell'azione in sè di imboccare, rimane una funzione di controllo e assistenza nella somministrazione delle diete. Diverso è il caso di un ambito domiciliare. È possibile che in tal caso anche per motivi legati ad una facilitazione della comunicazione, queste figure diano consigli alimentari. D'altro canto è impensabile che un OSS incoraggi ad assumere pasti confacenti ai bisogni alimentari individuati dal medico, dal dietista o eventualmente

dall'infermiere senza fornire giustificazioni valide a tale esortazione. La stessa situazione potrebbe porsi nel proporre collaborazione negli aquisti e nella preparazione dei pasti o nell'incoraggiamento dell'utente a nutrirsi da solo.

Questo tipo di approccio potrebbe essere considerato un'opera educativa, come del resto è previsto dal profilo dell'OSS, cosi come può esserlo il fornire consigli per la corretta conservazione degli alimenti. In ciò potrebbe vedersi esautorato il ruolo dell'infermiere. Da un punto di vista concettuale effettivamente esiste una prevaricazione del ruolo poiché in quel momento l'OSS agisce quale educatore ad uno stile di vita sano. A livello pratico però comunicazioni di questo tipo sono imprescindibili. Questo tipo di educazione non possiede, inoltre, un carattere didattico. Non si tratta di vere e proprie lezioni di dietologia ma di consigli che vengono forniti da una persona più istruita ad un'altra. L'infermiere dovrebbe favorire questi eventi fra assistiti e figure di supporto organizzando incontri formativi per queste ultime o fornendo le giuste indicazioni tramite protocolli. Un'altra soluzione è la stesura di piccoli fogli consultivi per l'utente in cui apportare i consigli eventualmente richiesti.

In questi casi il ruolo dell'infermiere dovrebbe essere quello di focalizzare l'attenzione sul controllo dell'OSS affinché svolga con competenza il suo mandato.

Per quanto riguarda la pratica operativa il controllo dell'infermiere dovrebbe concentrarsi su altri problemi causabili da errori inammissibili per una figura di supporto quali: non rispettare i tempi dell'utente mettendogli fretta o imboccandolo quando non necessario. Consumazione di pasti scaduti o visibilmente deteriorati, mancanza di rispetto della dieta impostata, non facilitare il paziente nell'assunzione del pasto (omettendo atti semplici quali imboccare, fornire le posate più idonee, favorire posizioni comode, fornire bocconi troppo grandi, immasticabili o bollenti) o nella deglutizione dello stesso (poca attenzione all'idratazione). Segnalazione non tempestiva a medico o infermiere di anoressia, intolleranza fisica o psicologica a determinati cibi. Inaccuratezza delle normali norme igieniche pre e post prandiali (lavaggio mani proprie e del paziente, utilizzo presidi quali traverse tovaglioli o bavaglie)

Se il paziente è allettato, ma non ha alcun sintomo patologico nella deglutizione, non vi sono controindicazioni nell'opera di aiuto all'alimentazione da parte di una figura di supporto

IGIENE PERSONALE E AMBIENTALE

La questione dell'igiene del paziente pone in essere alcuni problemi non legati all'atto ma al significato dello stesso. La delicatezza dell'intervento in questo caso non è dovuta alla complessità della azione da svolgere ma dal

superamento delle normali barriere di pudore sia del paziente sia del operatore. Al fine di superare gli ostacoli dovuti alla invasione della naturale sfera corporea diventa fondamentale, in questo caso, il rapporto utente-operatore

Indubbiamente devono essere considerate gravi mancanze da parte dell'OSS qualsiasi atteggiamento di insofferenza nelle pratiche igieniche, rigidità estrema o maniacale nella pulizia, incapacità di accettare e sopportare i tempi dell'anziano con conseguente atteggiamento aggressivo nei suoi confronti. Durante il bagno inoltre sarà compito dell'OSS l'accertarsi della temperatura dell'ambiente e dell'acqua e evitare incidenti da scivolamento attuando tecniche idonee di mobilizzazione e utilizzo di vari presidi (la cui presenza deve essere prevista dall'infermiere).

Anche in questo caso è naturale, e sarebbe improponibile l'inverso, che vengano fornite dalle figure di supporto alcune semplici indicazioni a valore formativo riguardanti l'igiene.

Come educazione igienica si intende un'insistenza su termini quali l'importanza dell'igiene personale e dell'uso di biancheria pulita un corretto mantenimento della pulizia dei locali e in particolare del vano cucina e del bagno. Qualora la persona presenti delle difficoltà nella attività domestica deve essere cura del operatore la pulizia del locale coinvolgendo l'assistito il più possibile e rispettando, compatibilmente con l'urgenza dell'intervento

igienico, i suoi tempi e le sue capacità. A tal fine sarebbe opportuno che l'infermiere stili un chiaro programma giornaliero di pulizia con la compartecipazione del paziente e dell'OSS il quale si atterrà, il più possibile, a tale programma. L'infermiere in questo modo compie una valutazione delle capacità residue del utente, decide quali sono i compiti che questi può svolgere in modo autonomo e per quali è necessario l'intervento, in supporto o in sostituzione, da parte dell'OSS. È importante in questo caso un accurata valutazione, sopra tutto nei primi contatti del fruitore del servizio, delle risorse disponibili nella casa dell'anziano. In sede di programmazione degli interventi igienici sono valutabili facilmente tutti gli interventi atti a modificare eventuali barriere architettoniche o fattori di rischio.

VITA SOCIALE E SOSTEGNO PSICOLOGICO

Anche in questo caso, come nei precedenti, non è possibile intendere un sostegno psicologico come qualcosa di fattibile in termini scientifici se non da un professionista laureato in questo campo. L'abilità dell'operatore sanitario e dell'infermiere deve essere, in questo frangente, quello di utilizzare le proprie conoscenze per valutare alcuni stati d'animo tipici (dell'anziano, del malato del morente ecc) e utilizzare tecniche empatiche al

fine di migliorare la situazione o valutare ed estrinsecare quelle situazioni gravi che richiedono l'intervento di personale specializzato.

La vigilanza dell'infermiere nei confronti dell'operatore in questo senso non può essere strettissima poiché, per la natura del problema stesso, esso si evince in momenti diversi della giornata in cui non sempre l'infermiere può essere presente. Importante è comunque evitare la superficialità nella trattazione dei problemi del paziente anche quando essi paiono banali e al contempo evitare l'eccessivo coinvolgimento personale.

È importante cercare di eliminare l'isolamento a cui il paziente è sottoposto particolarmente se è anziano attraverso l'utilizzo di centri appositi o il coinvolgimento di familiari e volontari. Questo tipo di approccio, più inscrivibile nell'ambito sociale, richiede la competenza dell'operatore preposto (assistente sociale). Sarà compito dell'infermiere rintracciare, quando ritenuto opportuno, tale figura.

MOBILIZZAZIONE

In questo ambito la responsabilità dell'infermiere potrebbe essere principalmente di programmazione.

Egli deve valutate le capacità del singolo paziente e può delegare all'OSS o ad altre figure, dei semplici compiti che non possono determinare danni ma solo miglioramenti.

In particolare l'operatore di supporto può far camminare il paziente, coinvolgerlo in tutte le attività della vita quotidiana che richiedono moto e che è in grado di supportare con la propria forza fisica. In quest'ambito sono introducibili stimoli semplici, non dannosi e di indubbia efficacia terapeutica quali incoraggiare il paziente al colloquio e alla lettura. È importante stabilire con appositi protocolli personalizzati la tipologia qualitativa e quantitativa di lavoro da svolgere preventivando che mai, in nessun caso, l'attività deve produrre sintomi quali sudorazione, tachipnea o tachicardia. È fondamentale ribadire alla figura di supporto che qualora uno dei sintomi sovra prescritti si presenti anche in un attività precedentemente svolta con successo è necessario interromperla subito e informare l'infermiere. In caso di patologia specifica la cui cura preveda, sotto indicazione del medico o del fisioterapista, degli esercizi, sarà necessario far eseguire gli stessi badando di controllare parametri quali frequenza e tipologia respiratoria e frequenza cardiaca. Lo stesso dicasi qualora l'intervento prescrittivo derivi da un logopedista. In ogni caso è auspicabile che venga colta ogni occasione possibile per far interagire il paziente con l'ambiente circostante anche attraverso l'esecuzione di semplici calcoli o giochi di abilità mentale.

Sopra tutto nei reparti ospedalieri dove il turn over dei pazienti e la turnistica del personale non permettono una conoscenza adeguata del

paziente sarebbe opportuno inserire delle schede semplici in cui vengono elencati i pazienti e le attività che essi possono svolgere. Tali cartelle consegnate al personale di supporto permetterebbero indicazioni corrette su ciò che il paziente può o non può fare. La compilazione di tali cartelle potrebbe essere fatta all'entrata del paziente da un infermiera che ne valuti il grado di autonomia e le patologie concomitanti. Qualora la criticità clinica preveda variazioni notevoli nel piano di cura in lassi di tempo brevi il piano di assistenza potrebbe essere redatto durante la notte. Non è necessario apporre sullo stesso i risultati attesi (ad esempio è inutile scrivere il paziente non mangia. Mangerà fra cinque giorni) poiché è cosa nota nel equipe infermieristica e lo è sopra tutto in quei reparti dove ad esempio mobilizzazione e alimentazione sono strettamente legati a patologie mediche quali ad esempio le chirurgie. È più utile riportare se il paziente non mangia e stabilire una sequenza di atti delegabili al fine di risolvere il bisogno. In proposito vorrei far notare che non mi è mai capitato di vedere in una cartella medica la scritta: paziente dispnoico – paziente eupnoico fra cinque giorni.

Sarebbe opportuno al fine di non dover riscrivere i nomi dei pazienti ad ogni dimissione che il personale di reparto impari a servirsi dei mezzi informatici e impari a variare tali schede con il computer e produrre poi degli stampati.

Responsabilità dell'OSS è il controllo che non accadano incidenti dovuti a cadute e la segnalazione di qualsiasi difficoltà nell'eseguire gli esercizi. In particolare l'operatore di supporto deve evitare toni di comando, adeguarsi all'autonomia dell'ospite e ai suoi tempi, infondere sicurezza e verificare che abbigliamento e calzature siano adeguate all'attività da svolgere.

MEDICAZIONI

La possibilità di queste figure, ed in particolare dell'OSS, di eseguire semplici medicazioni, ha suscitato giustamente notevole turbamento nella categoria infermieristica.

Il termine medicazione semplice non è esaustivo a chiarire la linea fino a cui un OSS può spingersi e di conseguenza fino a che punto un infermiere può arrivare a delegare.

Spesso osserviamo infermieri, in reparti di chirurgia, il cui unico scopo è quello di passare gli strumenti chirurgici al medico durante il giro delle medicazioni. È chiaro che questo può essere fatto da un qualunque ausiliario anche privo della qualifica di OSS. Ben diverso è il caso in cui l'infermiere si fa carico del controllo di una medicazione e l'ausiliario lo aiuti ad eseguirla passandogli gli strumenti chirurgici.

Anche però nel primo caso una delega totale dell'attività di assistenza al medico può causare alcune incertezze nel tempo. Un infermiere, seguendo

il medico durante il giro delle medicazioni, acquista cognizioni osservando il tipo di medicazione e contemporaneamente impara a distinguere le ferite discernendo quelle che stanno avendo un decorso regolare da quelle che invece non cicatrizzano bene o presentano rischi di infezione. Lasciando ad altre figure il compito di seguire il medico si rischia di perdere tale "conoscenza sul campo".

Non è auspicabile, che sia demandata ad un OSS qualsivoglia azione sulla ferita stessa (toiletta, scelta del disinfettante ecc) o comunque la gestione di una ferita sanguinante.

Un discorso particolare deve essere fatto per le lesioni da compressione.

Le lesioni da decubito sono di per sè ferite a lenta evoluzione sia nel senso della guarigione sia nel senso di un eventuale peggioramento. L'infermiere dovrebbe osservare per primo la lesione in questione e stendere un programma per la figura di supporto in cui siano chiaramente determinati: come rimuovere la medicazione, come pulire la lesione, come osservarla. In particolare come misurarne le dimensioni gli essudati ed eventuali segni di peggioramento, presenza o meno del tessuto di granulazione, difficoltà nella medicazione, comparsa di odori sgradevoli.

Fornendo una scheda precisa in cui sono elencati tutti i fattori sopra riportati si fornirà all'operatore di supporto uno strumento opportuno per verificare l'andamento della lesione.

Sarebbe inoltre auspicabile che le prime medicazioni venissero effettuate dall'infermiere in collaborazione con chi poi sarà delegato a tale compito. D'obbligo invece un controllo periodico dell'infermiere in modo da valutare l'operato. Il tempo di controllo dovrebbe essere deciso in base alla tipologia di piaga del paziente. Per la prevenzione è chiaro che i protocolli al fine di raggiungerla devono essere redatti dagli infermieri e il supporto si occuperà poi di cambiare la postura al paziente e di controllare lo stato della cute ad ogni manovra lasciando all'infermiere la valutazione quotidiana o da programma. Rimane implicito che qualora fossero presenti arrossamenti o alterazioni della cute è dovere dell'ausiliario avvisare l'infermiere. In questo l'OSS è responsabile diretto poiché è espressamente riportato nel suo profilo: " *opera attraverso l'osservazione alla rilevazione dei più comuni sintomi e segni che indicano variazioni delle condizioni cliniche dell'utente (pallore, sudorazione, agitazione e stato confusionale), situazioni a rischio (arrossamento cutaneo, rifiuto totale o parziale dell'alimentazione, comportamenti auto lesivi) per riferirli al personale sanitario*".

TERAPIA

La possibilità dell'OSS di "*aiutare per la corretta assunzione dei farmaci*" è forse, fra le mansioni attribuitegli, quella che ha causato maggior clamore

e maggiori dubbi. Ciò è comprensibile visto che il D.M. 739 / 94 sancisce la responsabilità dell'infermiere della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche. In proposito riterrei utili due osservazioni: innanzi tutto che l'articolo per intero dell'allegato b del profilo dell'OSS sancisce che " *in sostituzione e appoggio dei familiari e su indicazione del personale preposto è in grado di aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali*" nella delibera della regione Lombardia il termine aiutare è sostituito con collaborare.

Come fa notare Luca Benci[23] assunzione e somministrazione non sono due termini sinonimi e che il secondo implica un attività di programmazione dell'operatore. Inoltre leggendo minuziosamente il mandato dell'OSS è possibile notare come l'aiuto nell'assunzione dei farmaci è previsto, oltre che su indicazione dei sanitari, solo in sostituzione o appoggio dei familiari. Questi termini devono essere interpretati nel senso sostitutivo di assunzione farmacologica solo di sostanze che già il paziente assumeva da se o per opera dei familiari. Credo motivatamente che sia da escludere la somministrazione farmacologica intraospedaliera dove l'OSS non si sostituirebbe al familiare ma all'infermiere. Un discorso diverso potrebbe

[23] op. cit.

essere fatto per il ruolo dell'OSS specializzato che ha comunque un corso apposito che, aumentandone le conoscenze, ne aumenta la professionalità.

È opinione comunque di chi scrive che, in ogni caso, la terapia debba essere distribuita e fatta assumere in ogni sua forma (orale, intramuscolare e endovenosa) esclusivamente dall'infermiere. L'osservazione del paziente al momento dell'assunzione o comunque in tutto il periodo necessario ad instaurare un idoneo renge terapeutico e l'osservazione di segni e sintomi che indichino la controindicazione del farmaco, sono atti di responsabilità non delegabili. Poiché è però probabile che la carenza infermieristica e l'utilizzazione di tali figure in ambienti dove non sempre è presente un infermiere (case di cura, e privati) forniscano i presupposti per delegare anche questo tipo di responsabilità all'OSS, ritengo utile fornire alcuni spunti di riflessione ai fini di limitare i probabili danni.

Innanzi tutto è necessario estrapolare in modo chiaro il contesto in cui la terapia deve essere somministrata. Pazienti anziani con una terapia sempre uguale e le cui condizioni fisiche non possono peggiorare in modo repentino in base alla stessa, possono essere sorvegliati nell'assunzione del farmaco da figure di supporto. A riguardo, l'ambiente che più di altri si offre a questo tipo di delega, è il domicilio dove, più che la somministrazione in sé, è utile controllare se la stessa avviene per opera del paziente. Sarebbe inoltre necessario fornire degli schemi in cui elencare gli

effetti collaterali farmaco dipendenti in modo da consentire una rapida segnalazione dal personale di supporto. Utile anche uno specchietto in cui elencare terapia e orari di assunzione. Questi ultimi dovrebbero essere riportati sulle scatole stesse dei farmaci.

Diversa invece è la situazione in un reparto ospedaliero o in tutti quei casi in cui la terapia stessa è appena iniziata o comunque in cui il farmaco può causare gravi e repentine conseguenze che devono essere immediatamente osservate e tamponate. La situazione di un reparto ospedaliero deve essere considerata a rischio poiché vi si trovano pazienti le cui condizioni cliniche sono variabili, visto lo stato acuto della patologia, e visto l'assunzione a volte per la prima volta, di farmaci. Considerando la normativa da un punto di vista cavillare non vi è un espressione nel profilo dell'OSS che vieti in modo chiaro la somministrazione di terapia per via parenterale. La logica e il buon senso però vietano la delega a figure di supporto della somministrazione di farmaci endovena per via dei rapidi effetti che possono insorgere. In alcune regioni (Veneto) è chiaramente specificato che l'OSS può somministrare terapia intramuscolare. Per quanto riguarda le iniezioni intramuscolari è necessario stabilire caso per caso valutando il paziente e il farmaco. Certo in un unità operativa risulta inattuabile creare due carrelli distinti per la distribuzione della terapia uno di competenza infermieristica e

uno di competenza dell'OSS, poiché una scelta di tal genere priverebbe di più risorse di quante in teoria tale figura ne dovrebbe far guadagnare.

Al di la del luogo in cui la somministrazione viene effettuata è opportuno che, comunque, qualora si tratti della prima somministrazione di un farmaco la stessa venga attuata ad opera di un infermiere, qualunque sia il tipo di farmaco. Sia per la valutazione di eventuali reazioni sia per valutare la compliance del paziente al fine di determinare la più idonea modalità di assunzione.

Errori assolutamente imperdonabili in una delega di questo tipo sono: lasciare i farmaci a portata di mano in caso di paziente affetto da demenza senile, usare farmaci scaduti, dimenticarsi delle terapie, sottovalutare eventuali sintomi o effetti collaterali.

È utile ricordare in proposito una sentenza del TAR della toscana (sentenza 11 giugno 1998 n. 552) che dichiara " *illegittimo l'ordine di servizio con cui vengono incaricati di somministrare agli assistiti di un centro diurno i farmaci prescritti dal medico curante, figure professionali come educatori, fisioterapisti, e OTA*".

All'interno dello spazio dedicato alla terapia credo sia utile aggiungere alcune considerazioni riguardo la possibilità dell'operatore socio sanitario di "*collaborare con gli interventi di primo soccorso*". Questa possibilità non deve stupire, innanzi tutto per il carattere etico della stessa. Le

prestazioni d'urgenza salvano la vita al paziente ed è questo il bene fondamentale da salvaguardare. Il personale volontario delle ambulanze è preparato a tali manovre con un corso di tre mesi. Se quindi, purché formati, non possano trovarsi remore per le manovre di BLS è necessario stabilire, con appositi protocolli, quale deve essere il ruolo di tali figure in caso di attuazione di algoritmi ACLS.

Personalmente ritengo che vi siano alcuni interventi che possano essere svolte da un OSS senza che ciò arrechi alcun danno ma anzi facilitino le operazioni di soccorso, permettendo al personale infermieristico e medico di dedicarsi in modo più concentrato a manovre di altro tipo sul paziente.

Alcuni esempi di tali atti possono essere: trasporto del materiale di rianimazione, posizionamento degli elettrodi, porgere al medico e all'infermiere il materiale richiesto durante le manovre di RCP (farmaci compresi). Procedere dopo l'intervento di rianimazione alla pulizia del materiale utilizzato, ripristinare il carrello. Il paziente dopo manovre di RCP deve essere tenuto sotto controllo costante da un infermiere.

INDAGINE CONOSCITIVA

INTRODUZIONE ALLA RICERCA

Una ricerca statistica nell'ambito dell'assistenza alle persone difficilmente può proporsi come una semplice raccolta di dati. I numeri devono far fronte a domande sociali, culturali, sentimenti ed emozioni. I dati in se inoltre hanno un significato solo qualora producano informazioni in grado di orientare interventi volti a migliorare la qualità di un servizio. Proprio questo è lo scopo di un'indagine. Se durante la stesura delle linee guida ho indicato come variabili all'intervento dell'OSS il paziente, l'operatore di supporto, il luogo e l'azione in se, con questa ricerca ho voluto valutare la soggettività legata al responsabile dell'assistenza: l'infermiere.

.

LE MOTIVAZIONI

I risultati di una ricerca devono porre le basi per migliorare la realtà in cui sono inseriti, o tramite degli interventi diretti o tramite la conoscenza delle informazioni acquisite che a volte è sufficiente, a modificare determinati comportamenti. La ricerca può rappresentare una modalità di intervento ed

essere utilizzata come un mezzo di verifica della realtà e come elemento per valutare la correttezza e congruenza degli obiettivi preposti.

Lo scopo di questa indagine è triplice. Nella prima parte (scheda1) è possibile inquadrare il numero di OSS inseriti nelle diverse realtà operative e sondare i motivi di tale scelta. La seconda parte (colloquio) permette di valutare il pensiero di un dirigente dell'assistenza nei confronti di alcune problematiche legate all'OSS. La terza ed ultima parte (questionario per coordinatrici) ha lo scopo di verificare nella realtà operativa come questa figura viene percepita e quali compiti gli vengono affidati. Comprendere le tre diverse ottiche professionali nell'introduzione dell'OSS vuol dire comprendere meglio quali sono i problemi maggiormente presenti e proporre soluzioni mirate al miglioramento organizzativo e gestionale.

I LIMITI

Ogni attività sperimentale si esplica su una realtà dinamica. Il dinamismo culturale e tecnologico hanno però oggi posto dei problemi nuovi in campo sanitario. L'orientamento dato a questo lavoro è quello di comprendere la situazione attuale e di svolgere azione di sensore orientativo al fine di decidere azioni in futuro. Il realismo operativo di una ricerca facilmente si scontra con dinamiche burocratiche, amministrative o legislative difficilmente eliminabili dai contesti operativi. A ciò è necessario

aggiungere gli atteggiamenti culturali ed i comportamenti del personale operante nei vari servizi che spesso gestiscono rigidamente il proprio ruolo e sono restii alle innovazioni. La distanza maggiore che si instaura è purtroppo molto spesso insita fra chi vive praticamente il problema e chi, in funzione del proprio ruolo è preposto a porvi rimedio. Le riforme imposte " dall'alto" difficilmente vengono acquisite come utili o necessarie anche quando in realtà lo sono. I problemi di un'analisi su un campo assistenziale derivano anche dalla difficoltà dell'interpretazione dei dati poiché ad aspetti quantitativamente determinabili se ne aggiungono altri qualitativi che non sempre sono matematicamente rappresentabili. La valutazione retroattiva dell'efficacia di alcuni interventi è difficilmente valutabile proprio perché spesso viene offuscata da lacune nella conoscenza, non solo della struttura nella quale una ricerca viene svolta, ma anche per insufficienti conoscenze delle caratteristiche culturali acquisite, durante il lavoro, dagli oggetti stessi della ricerca. La lontananza della teoria dalla pratica è purtroppo un argomento comune di molte discipline e l'assistenza infermieristica non fa eccezione.

Un altro limite indubbiamente è l'attenzione esclusivamente infermieristica alla questione. La visuale monocentrica rischia di escludere importanti spunti derivabili dalla consultazione diretta delle diverse figure di supporto. Purtroppo la limitazione di un lavoro di tesi e la centratura obbligata su un

tema ristretto impediscano una soluzione al problema multidisciplinare. Ritengo comunque che la comunicazione tra le diverse componenti professionali che contribuiscono alla cura è una variabile obbligatoria al raggiungimento di un fine assistenziale. Ultimo limite, ma non per questo di minore importanza, è quello sotteso a tutte le ricerche. Se consideriamo l'azienda e l'unità operativa come un sistema è chiaro che qualsiasi ricerca influenza il sistema stesso. L'influenza di un sistema determina il sorgere nel medesimo di meccanismi difensivi che potrebbero falsare i risultati stessi dell'indagine. La quantità statisticamente bassa di questionari inoltrati non permette di arginare errori in tal senso.

PRESENTAZIONE DEGLI STRUMENTI DI INDAGINE

Poiché ritengo che la maggior parte della responsabilità di un utilizzo di una figura di supporto sia ascrivibile alla sua introduzione in equipe e poiché tale introduzione avviene a tre livelli (dirigenza, coordinamento, operatività) ho ritenuto opportuno indagarli separatamente. I metodi di raccolta dei dati per le tre realtà sono stati necessariamente differenti vista la peculiarità organizzativa di un'azienda. Il questionario a risposta aperta implica un rapporto collaborativo più stretto e maggiore tempo tanto per la somministrazione quanto per l'analisi dei risultati. Ho ritenuto improponibile tale metodo per tutte le caposala. Simile approccio, con un

dirigente del dipartimento infermieristico, è stato invece fondamentale per inquadrare le domande da inoltrare, sotto forma di scheda ai coordinatori dei reparti. La compilazione di una scheda a risposta guidata è più immediata e si presta maggiormente all'interpretazione statistica di un considerevole numero di dati. Naturalmente anche la tipologia di domande poste varia. Nel colloquio abbiamo puntato maggiormente a domande di carattere professionale che implicano considerazioni sul concetto di assistenza, disciplina, delega e che presuppongono una conoscenza chiara della normativa di riferimento e dell'evoluzione storica delle figure di supporto e dell'infermiere stesso. Il questionario a risposta guidata è stato progettato al fine di comprendere alcuni possibili problemi relativi all'introduzione dell'OSS in una realtà operativa e l'effettivo utilizzo di tale figura in base al grado di autonomia di determinate azioni. A seconda dei risultati ottenuti sarebbe poi possibile indagare in seguito in modo più approfondito l'area che risulta di maggiore problematicità. La nota introduttiva che precede le domande vere e proprie fornisce alle caposala una breve indicazione degli scopi del questionario stesso. La prima domanda (*quanti operatori socio sanitari lavorano nella sua unità operativa*?) è di ordine introduttivo. Essa è volta a valutare eventuali variabili, delle interrogazioni successive, in base al numero di operatori introdotti. A questo proposito è necessario premettere che, in un contesto

lavorativo, l'introduzione di un elemento estraneo all'interno di un'equipe, è sempre un elemento disturbante poiché tocca gli equilibri che costituiscono un gruppo. Maggiore è il numero di nuovi elementi e probabilmente maggiore sarà la tensione prodotta.

Le domande numero due e tre mirano ad indagare la percezione oggettiva e soggettiva dell'OSS.

La risposta alla domanda due (*ritiene che l'OSS possa sostituire quali delle seguenti figure*) è, qualora si conosca approfonditamente la figura dell'OSS, obbligata, e cioè nessuna delle precedenti. Al di là della conoscenza effettiva della figura la percezione soggettiva della stessa è utile al fine di comprendere eventuali pregiudizi di stima. Un operatore considerato inutile è più probabilmente correlato a maggiori problemi di introduzione nell'ambito operativo poiché difficilmente se ne comprenderà il ruolo. Lo scopo della domanda numero tre (*ritiene l'introduzione di questa figura: utile, inutile, assolutamente necessaria*) è proprio quello di indagare questo aspetto.

Simili gli scopi della domanda quattro.

Le domande dalla cinque alla dodici mirano a valutare come è stata effettuata l'introduzione dell'OSS nella realtà operativa con particolare riguardo al periodo di prova. Il primo inserimento in un gruppo è sempre il momento maggiormente critico; non solo, l'impronta organizzativa e

lavorativa del nuovo operatore viene impressa proprio nei primi mesi di attività. Valutare il metodo di inserimento e le eventuali problematiche ad esso connesso permettono di agire su un substrato importante ed ancora duttile.

La domanda numero tredici potrebbe essere sintomatica delle incertezze legate al rapporto con le persone con cui l'OSS può trovarsi ad operare. Il personale infermieristico è, e sarà, a mio avviso, il più interessato alla problematica di introduzione dell'OSS. I quattro aggettivi che ho scelto per questa domanda (*perplessità, preoccupazione, indifferenza, soddisfazione*) indicano quattro diverse concezioni dell'OSS. Perplessità e preoccupazione potrebbero essere causate da una conoscenza inadeguata della figura o del proprio ruolo. Tale ignoranza suscita il timore che l'OSS prevarichi le competenze dell'infermiere appropriandosi di determinate tecniche. La "soddisfazione" per il nuovo operatore potrebbe essere legata all'alleggerimento del lavoro in specie quello routinario. L'indifferenza è certo fra tutti il sintomo più preoccupante poiché porta con se il disinteresse per la professione e per ciò che ad essa accade.

La domanda quattordici (*l'OSS partecipa alla consegna infermieristica)* e la quindici (*l'OSS riporta direttamente i dati che rileva sulla cartella infermieristica*) potrebbero sembrare di semplice carattere pratico. In realtà i dubbi che possono sorgere, in merito alla linea da mantenere in questi casi,

sono dovuti al concetto stesso di professione. Il momento della consegna è il momento di incontro in cui un gruppo professionale valuta i piani assistenziali attuati e ne decide l'evoluzione. L'ammissione di un OSS in questo momento implica una partecipazione considerevole ad un processo decisionale. A meno che non sene postuli un ruolo come mero ascoltatore. Le stesse considerazioni potrebbero essere fatte per la cartella infermieristica. Questa è lo strumento che il professionista usa al fine di determinare una corretta documentazione dell'andamento del piano assistenziale. La partecipazione nel momento di passaggio dei dati e la scrittura degli stessi su uno strumento infermieristico potrebbero essere considerate ingerenze in un campo che non compete l'OSS. Ho inserito queste domande proprio per valutare come il problema viene percepito e, attraverso la domanda sedici, (*che tipo di materiale è stato predisposto per raccogliere i dati che l'OSS rileva?*) con quali mezzi risolto.

La domanda diciassette costituisce il corpo fondamentale del questionario e mira ad indagare come l'OSS viene utilizzato nei reparti e con quale grado di autonomia rispetto alle differenti azioni.

L'ultimo quesito ha lo scopo di aprire un sentiero verso un indagine, non propria di questa tesi, che sposta l'attenzione dalle problematiche infermieristiche a quelle dell'OSS.

CONCLUSIONI

L'iniziale mandato delle domande indirizzate ad un dirigente del servizio infermieristico ha, nella sua attuazione, subito un mutamento d'impostazione.

Le domande sono state, rivolte, sotto forma di colloquio, a tre dirigenti che, nella loro funzione e sotto diversi aspetti, hanno elaborato metodi e strumenti per l'introduzione dell'OSS.

Le domande preimpostate hanno assolto la funzione di filo conduttore e spunto per delle riflessioni ad ampio spazio. Riflessioni che hanno estrinsecato diverse problematiche coinvolgenti differenti figure dell'ambito sanitario.

L'intervista è iniziata con la lettura della prima domanda del questionario.

La nascita della figura dell'OSS ha prodotto un ampio dibattito nel comparto infermieristico. Dibattito che non è paragonabile a quello seguito all'introduzione dell'OTA. Che cosa è cambiato in questi dieci anni?

Il problema è più che altro inquadrabile nella sottoutilizzazione dei vari operatori di supporto.

L'OTA, ad esempio, è stato inserito, all'interno dell'azienda ospedaliera da poco più di due anni (inizio 2000). Precedentemente queste figure erano utilizzate solo con funzioni di ausiliario. Non vi è stato dibattito ne cambiamento per il semplice motivo che l'OTA non è stato assolutamente utilizzato e quindi non costituiva ne una minaccia ne qualcosa su cui fosse necessario dibattere.

È possibile relegare la nascita delle figure di supporto a puri motivi economici o di carenza di personale infermieristico?

Sicuramente si. La carenza di personale infermieristico ha iniziato a farsi sentire in modo preponderante alla fine degli anni novanta. Ciò ha costretto ad utilizzare in modo appropriato determinate figure al fine di sostituire gli infermieri nell'esecuzione di atti ed azioni semplici che potevano essere legalmente svolte da altro personale. Il nuovo personale è stato introdotto tramite un disegno preciso. Il progetto di inserimento ha riguardato l'introduzione di 12 OTA in reparti scelti tramite due criteri: alto carico di assistenza di base (igiene e alimentazione) e bassa criticità clinica dei pazienti. I reparti designati furono: geriatria, neurologia e chirurgia plastica.
L'inserimento della nuova figura è stato graduale. Prima nelle dodici ore e successivamente nelle ventiquattro. L'opera informativa del profilo della figura è avvenuto tramite incontri con le caposala.

Nel corso del colloquio è emerso che, qualora l'OTA fosse stato utilizzato da subito nel pieno delle sue possibilità, molto probabilmente non ci sarebbe stato alcun bisogno di introdurre una nuova figura quale l'OSS. In proposito sarebbe utile verificare se in aziende in cui l'OTA è stato utilizzato in modo finalizzato si è assistito comunque alla "fuga di infermieri" che ha riguardato il S. Anna e se ciò è collegabile alla demotivazione degli infermieri nel compiere manovre con un basso carico di responsabilità che non consentono l'autogratificazione.

Ritiene che in qualche modo, delegando le attività più semplici, l'OSS possa prevaricare le funzioni degli infermieri o comunque esautorarne la figura? Se sì come, e come impedirlo?

Questa domanda ha portato la discussione sul ruolo dell'infermiere. Ruolo che non può più essere racchiuso in un insieme di atti ed azioni, troppo vicino ad un ottica mansionariale.

Il ruolo infermieristico dovrà essere quello di pianificatore e valutatore del piano di assistenza. Così come all'interno di un reparto vi è una figura (infermiera coordinatrice) che pianifica la responsabilità dei vari infermieri, ogni infermiere dovrà essere in grado di pianificare i compiti dell'OSS. Qualora l'infermiere mantenga la responsabilità sul risultato è impossibile che la funzione infermieristica venga prevaricata. Per far questo è

necessario che sia l'infermiere a gestire in modo appropriato le figure di supporto e che in questo sia agevolato da istruzioni sotto forma di linee guida o protocolli elaborati in equipe tramite anche la collaborazione con il dipartimento infermieristico.

E' possibile soddisfare i bisogni di una persona pur non entrando in contatto con lei in modo diretto attraverso determinate manovre quali ad esempio quelle igieniche?

I bisogni assistenziali sono soddisfatti una volta che vengono individuati. La comprensione di uno stato di bisogno avviene tramite la comunicazione. È chiaro che condizione necessaria affinché vi sia comunicazione è il contatto con il paziente e quindi l'instaurarsi di un rapporto infermiere paziente. La delega all'OSS delle attività più semplici non influenza il rapporto infermiere paziente e quindi la capacità di quest'ultimo di comprendere i reali bisogni dell'utente al fine di garantire un piano di assistenza adeguato. Le condizioni per una comunicazione efficace possono essere concretizzate in qualunque momento.

L'input per l'inizio della comunicazione può avvenire attraverso l'interpretazione di uno sguardo, attraverso le manovre che comunque restano di competenza infermieristica e attraverso i momenti di verifica delle azioni del personale di supporto.

L'OSS (come qualsiasi altra figura di supporto) deve astenersi necessariamente dal compiere determinate azioni pur nella certezza dell'assenza di figure professionali in grado di risolvere determinati bisogni?

Una risposta a questa domanda pone problemi sulle motivazioni per cui l'OSS si sia trovato in questa condizione.

I criteri di inserimento delle figure di supporto devono essere attuati in modo che l'OSS possa agire in autonomia solo in quelle aree in cui l'effettiva autonomia gli viene garantita dalla legge. Le prestazioni di emergenza, che possono certo avvenire in un qualunque istituto e per qualunque motivo devono essere comunque previste e controllate da figure competenti.

Esistono dei mezzi che permettano all'infermiere un controllo di qualità dell'azione delle figure di supporto? Esistono delle codifiche chiare del lavoro delle figure ausiliarie?

La relativa novità dell'introduzione delle figure di supporto ha spiazzato gli infermieri che solo ora stanno elaborando questi strumenti che si concretizzano nell'uso di procedure, protocolli e linee guida. Qualora questi elementi vengano correttamente creati e altrettanto correttamente seguiti difficilmente si potranno creare situazioni che fuoriescano dal controllo dell'infermiere. Se le figure di supporto verranno utilizzate per i compiti per

cui sono state formate senza che vi sia un prevaricamento di ruoli difficilmente potranno erogarsi prestazioni scadenti.

Quale dovrebbe essere, secondo lei, la responsabilità, a diversi livelli operativi, dell'introduzione e dell'utilizzo corretto dell'OSS (infermiere, capo sala, capo dipartimento, collegi ecc. Ecc.?
Ad es. chi dovrebbe decidere il numero di OSS di un reparto? Chi dovrebbe stilare i protocolli di inserimento e utilizzo? Chi decidere le valutazioni? Quale iniziative ha preso l'azienda in proposito?

I diversi ruoli sono collegabili alle diverse funzioni che gli infermieri hanno all'interno della struttura ospedaliera. L'infermiere che si occupa di assistenza diretta deve conoscere profondamente la figura di supporto e i protocolli in uso nel reparto ai fini di individuare i limiti mansionariali dell'operatore con cui lavora. Questo garantisce un attribuzione di atti ed azioni compatibili con la preparazione del supporto. Allo stesso tempo deve conoscere il paziente che ha di fronte per poterne valutarne la complessità assistenziale e decidere se agire in prima persona o delegare ad altri determinate manovre.

Il ruolo della infermiera coordinatrice è quello di dare delle competenze di responsabilità a diversi infermieri (terapia, gestione operandi, aggiornamento cartelle, ecc.) e accertarsi che questi seguano le linee guida

adottate dal reparto. L'interazione alta fra la caposala e i dirigenti infermieristici di azienda è necessaria per comprendere il tipo di assistenza del reparto, il funzionamento o meno di determinate direttive, la soddisfazione del personale e dei pazienti. Oltre quindi alla direzione organizzativa del reparto la caposala deve fare da tramite fra le esigenze dell'unità operativa e la direzione aziendale.

Il ruolo della dirigenza dovrebbe essere improntato alla previsione delle difficoltà del reparto e alla programmazione organizzativa degli inserimenti dei supporti.

A questi fini oltre a valutare la realtà operativa per la determinazione di quanti e quali supporti assegnare dovrebbe facilitare la divulgazione di linee guida e protocolli elaborati in altre realtà ed eventualmente utili ai reparti per svilupparne di propri.

Il ruolo del collegio IPASVI è invece inteso in senso di tutela politico-sindacale della professione e tramite questa, in ultimo, del cittadino che si rivolge al professionista.

L'OSS non è una figura nata come supporto sanitario, o comunque esclusivo, della professione infermieristica, ma come operatore anche sociale. Come crede si evolverà tale figura?

È probabile che l'evoluzione di tale figura sarà quasi esclusivamente sanitaria e quindi affiancata all'infermiere. Tali conclusioni sono dovute alla carenza infermieristica, all'inserimento in ambito esclusivamente sanitario degli OSS neoformati e alle considerazioni sulla probabile prossima introduzione dell'OSS specializzato. Le funzioni di quest'ultimo non sono altro che estensioni sanitarie di funzioni accennate nell'OSS. Le problematiche maggiori, in cui più è possibile paventare il rischio di una prevaricazione del ruolo infermieristico, probabilmente sorgeranno negli istituti per anziani o di ricovero per lungodegenti dove, a differenza dei reparti per acuti, non sempre sarà possibile avere uno stretto affiancamento, e quindi controllo, di un infermiere.

Crede che il comparto medico sia informato delle possibilità e dei ruoli del nuovo operatore? E quanto conta secondo lei tale informazione?

Il comparto medico non è minimamente informato in proposito ma non lo è neppure rispetto ai progressi della professione infermieristica.

Il ruolo dell'informazione al comparto medico sarebbe fondamentale al fine di cambiare pratiche superate che, continuando ad essere perseguite, non permettono la rielaborazione dell'assistenza alla luce della nuova realtà. Realtà influenzata dalle nuove possibilità degli infermieri e dalla

introduzione dei supporti. Troppo spesso purtroppo il medico chiede ed ottiene prestazioni da figure non competenti.

Un ospedale meno medicocentrico e orientato ad una logica dipartimentale, perseguita anche da un punto di vista strutturale, garantirebbe sicuramente alcune facilitazione nell'introduzione delle nuove figure. Ad esempio nel turno di notte potrebbe essere previsto un infermiere per reparto ed uno "dipartimentale" che interviene in caso di urgenza. La conoscenza dell'infermiere "dipartimentale" delle diverse unità operative è resa però possibile solo da una turnazione per dipartimento.

La presenza di un astanteria in pronto soccorso permetterebbe inoltre di tenere sotto osservazione pazienti potenzialmente critici o evitare appoggi inutili in attesa di un posto letto nei reparti competenti. Appoggi e pazienti critici tolgono risorse che vengono disperse nei reparti quando potrebbero essere concentrate, con notevole risparmio, in un unico luogo.

CONSIDERAZIONI SUI DATI RILEVATI

Attraverso le interviste alle infermiere coordinatrici è stato possibile evidenziare come l'introduzione dell'OSS e la sua autonomia varino in modo considerevole a seconda del contesto organizzativo del reparto.

L'OSS è stato introdotto in quattro realtà operative (medicina femminile, ginecologia, nefrologia e chirurgia maxillofacciale). L'indagine è stata

realizzata in tre unità operative sulle quattro che hanno avuto e hanno esperienza di introduzione della figura dell'OSS. Non è stato possibile contattare la caposala del reparto di chirurgia maxillofacciale a causa dell'assenza per ferie.

Nel reparto di medicina femminile al momento dell'intervista gli OSS non erano più presenti poiché avevano richiesto e ottenuto trasferimento ad altra sede. Il trasferimento è stato chiesto per la possibilità di ottenere un contratto a tempo indeterminato in una casa di cura privata. Il recentissimo avvenimento (meno di un mese) non pregiudicava il raggiungimento degli obbiettivi che il questionario si proponeva, visto che, comunque, l'inserimento delle figure era avvenuto a tutti gli effetti su di un turno di dodici ore.

L'indagine ha mostrato un certo divario fra le mansioni attribuite ad un OSS in una realtà rispetto ad altre.

Tali variabili sono adducibili al differente rapporto numerico fra infermieri e OSS operanti nel reparto e all' organizzazione intrinseca dello stesso.

Nel reparto di medicina l'assistenza è organizzata per piccole equipe ed ogni OSS (due in totale) è affiancato sempre ad un infermiere. L'introduzione degli OSS è stata graduale. Nel reparto di ginecologia sono stati inseriti quasi simultaneamente sei OSS a fronte di un organico che permette di introdurre un solo infermiere per turno. Il reparto di nefrologia

si colloca nel mezzo di queste due realtà avendo due OSS introdotti ad un mese di distanza l'uno dall'altro.

In tutti e tre i casi alla domanda due (Ritiene che l'OSS possa sostituire quali delle seguenti figure) è stato risposto: "OTA" intendendo con ciò la maggior considerazione dell'OSS quale ruolo tecnico.

L'introduzione dell'OSS è stata considerata utile fermo restando il rispetto in modo chiaro delle competenze dell'infermiere e inutile qualora l'OTA fosse stato utilizzato in modo corretto.

La preparazione dell'OSS è stata valutata sufficientemente rispetto ai compiti assegnategli, unica carenza nella conoscenza di terminologia appropriata che può creare lacune in un contesto ospedaliero (ginecologia).

Il periodo di addestramento dell'OSS è sovrapponibile nei tre reparti (un mese). Differente l'affiancamento. La ginecologia, per motivi di organico, ha dovuto, in certi casi, affiancare l'OSS ad un altro operatore di supporto; in genere un altro OSS considerato più esperto e già a conoscenza della realtà ospedaliera.

L'inserimento in turno è avvenuto qualora fosse garantita la presenza di più di un infermiere. In ciò fa eccezione la ginecologia dove il requisito minimo è stato di un infermiere.

Protocolli operativi sono stati introdotti in tutti e tre i reparti. Protocolli elaborati in base alle attività giornaliere sia intraoperative che

extraoperative. In questo caso è stato possibile coinvolgere anche il personale di realtà adiacenti o comunque coofunzionanti. In particolar modo per quanto riguarda la nefrologia e il centro dialisi e la ginecologia e la sala operatoria. Naturalmente l'introduzione di nuovi protocolli operativi ha comportato l'informazione preventiva degli infermieri sul ruolo e la specificità del nuovo operatore. Informazione che è stata trasmessa tramite delle riunioni dell'equipe infermieristica.

La scheda di valutazione consegnata dal dipartimento infermieristico per la valutazione dell'OSS è stata giudicata idonea allo scopo. Alla domanda " se proprio dovesse trovare un difetto" le osservazioni sono state fatte riguardo allo spazio da dedicare alle osservazioni personali e alla carenza di una specificità organizzativa del reparto fra gli elementi di valutazione.

È stata sottolineata, durante l'intervista, la dinamicità della reazione degli infermieri all'introduzione della figura. In un primo momento hanno prevalso perplessità e preoccupazione a cui ha seguito una soddisfazione nettissima in medicina buona in nefrologia e con riserva in ginecologia. In quest'ultimo caso il deficit sentito di organico infermieristico influisce chiaramente sul modo di operare degli OSS che genera, a volte, ostacoli il cui superamento richiede un forte dispendio di energie. Ostacoli dovuti all'impossibilità durante il periodo di addestramento, di seguire con calma il personale neoassunto garantendone la formazione corretta. Il deficit

formativo influenza poi l'agire dell'operatore generando una relativa insoddisfazione per l'operato.

In tutti e tre i reparti l'OSS partecipa in modo diretto alla consegna infermieristica. Solo nel reparto di medicina è stato chiaramente codificato che, qualora un campanello suoni sia l'OSS a lasciare la sala infermieri per valutare il problema.

Per quanto riguarda la rilevazione dei dati osservati dall'OSS, vi è notevole differenza fra i tre reparti considerati. In medicina viene preclusa all'OSS ogni possibilità di rilevare i parametri vitali e quindi non è previsto né che compili una scheda propria né che scriva sulla cartella infermieristica. Qualsiasi passaggio di informazione viene effettuato oralmente. In nefrologia e ginecologia i parametri rilevati (P.A., temperatura, peso) vengono riportati direttamente sulla cartella infermieristica. In ginecologia l'OSS scrive direttamente sulla cartella solo i parametri che l'infermiere, di volta in volta, decide possano essere di competenza del supporto. In quest'ultimo reparto vengono trascritti, sempre dall'OSS, i dati anagrafici del paziente sulla cartella infermieristica al momento del ricovero.

In nessuno dei reparti sono stati riscontrati problemi relazionali dell'OSS con gli infermieri presenti o con i pazienti. In nefrologia e ginecologia è emerso il problema dell'ambiguità di competenze ma sotto un aspetto che non può certo considerarsi negativo. Gli OSS comprendono le azioni che,

anche in autonomia, potrebbero compiere al fine di aiutare gli infermieri e vedono, nell'impossibilità di attuarle, una negazione di sostegno in momenti in cui questo sarebbe opportuno.

Per quanto riguarda la domanda numero diciassette (Quali delle seguenti attività viene svolta dall'OSS nel suo reparto e con quale grado di autonomia) è rilevabile, come già accennato, un aumento quantitativo di azioni svolte in autonomia nei reparti con un minor numero di infermieri per turno. In medicina ad esempio le attività svolte in autonomia sono 19 contro le 31 della ginecologia (vedi tabella).

L'enorme differenza fra il numero di azioni che vengono svolte con l'infermiere nel reparto di medicina contrasta con le poche della ginecologia. Questo non deve far pensare a prevaricazione di ruoli nel secondo caso o eccessivo ostruzionismo nel primo. La differenza è motivabile dal contesto organizzativo del reparto. In un reparto in cui si presta assistenza per piccole equipe è naturale che durante l'esecuzione di determinate manovre sia presente nelle varie stanze anche un infermiere.

A supporto di tale ipotesi possono essere considerati i dati relativi alle azioni in autonomia che l'OSS compie in nefrologia che sono numericamente e qualitativamente sovrapponibili a quelle della medicina.

In tutti e tre i reparti la preparazione della terapia endovenosa e la distribuzione della terapia orale vengono eseguiti con l'infermiere. Il ruolo

dell'OSS nei due ambiti è confinato rispettivamente all'apertura delle scatole della terapia endovena e alla consegna effettiva al paziente della pastiglia affidatagli dall'infermiere.

Le azioni che vengono svolte con l'infermiere in un reparto sono in generale svolte su indicazione negli altri. Esistono naturalmente alcune eccezioni. Ad esempio l'orientamento del paziente al reparto che in medicina viene svolto con l'infermiere in ginecologia e nefrologia è eseguito in autonomia dall'OSS. Analoga considerazione può essere fatta per l'archiviazione della documentazione clinica e il rilevamento dei parametri vitali.

NUMERO DI AZIONI SVOLTE DALL'OSS IN AUTONOMIA, SU INDICAZIONE, CON L'INFERMIERE O NON COMPATIBILI CON L'ATTIVITÀ' DI REPARTO NELLE DIVERSE UNITA' OPERATIVE

	Autonomia	Su indicazione	Con l'infermiere	Non compatibili con il reparto
Ginecologia	31	28	3	5
Medicina	19	18	24	6
Nefrologia	33	15	14	5

Possiamo concludere affermando che al fine di un introduzione corretta dell' OSS nei reparti sono necessari dei passaggi la cui attuazione

garantisce un corretto impiego del personale di supporto ed un elevata soddisfazione del personale infermieristico.

La conoscenza da parte del personale della figura e dei compiti che le possono essere affidati è un elemento imprescindibile che permette di superare la naturale perplessità con cui l'OSS viene inizialmente accolto.

Questo punto è perseguibile attraverso riunioni volte alla presentazione del profilo della nuova figura e alla elaborazione di linee guida e protocolli per il suo utilizzo.

Un altro elemento importante è il periodo di affiancamento della nuova figura. Dovrebbe essere realizzato in modo da garantire il tempo necessario per la comprensione delle dinamiche del reparto. L'introduzione di un OSS dovrebbe essere effettuata qualora sia presente più di un infermiere in turno in modo da garantire il tempo necessario per spiegazioni o chiarimenti indispensabili per eseguire correttamente qualsiasi attività.

Un osservazione che vale la pena di apportare riguarda la gestione dell'emergenza. L'infermiere può programmare l'attività di una figura di supporto solo qualora sia in grado di prevedere in modo preciso l'andamento di una determinata situazione assistenziale. L'emergenza non rientra naturalmente in questo ambito. La preoccupazione maggiore nel reparto dove l' OSS è in turno con un solo infermiere è proprio la gestione di un intervento urgente. Dedicarsi a tale evento comporterebbe un

abbandono del reparto e viceversa. Probabilmente un organizzazione strutturale di tipo dipartimentale favorirebbe la collaborazione fra reparti e permetterebbe un uso migliore del personale infermieristico sopra tutto nei casi di emergenza sanitaria o di ricovero non programmato.

BIBLIOGRAFIA

LIBRI

AA.VV., 2001. Infermieristica generale e organizzazione della professione. Seconda edizione. Milano: Masson

AA.VV., 2002. L'Operatore Socio Sanitario. Profilo, competenze e aree di intervento. Urbino : Carrocci Faber

Associazione Ospedali Lombardi ,1973. La qualificazione del personale sanitario non medico: Saronno Frsb

Associazione regionale Lombardia infermiere/i e altri operatori sanitario sociali, 1996. *Associazione regionale Lombardia infermiere/i: 50 anni di storia 1946-1996.* Falconara: ERREBI srl

Belli V, Vetere C., 1975. *Personale sanitario non medico nella legislazione vigente*. Torino: Edizioni Medico Scientifiche

Benci L., 2002. *Aspetti giuridici della professione infermieristica. Elementi di legislazione sanitaria.* Terza edizione. Milano: Mc Graw- Hill

Cantarelli M., 1997.*Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche*, Milano: Masson

Coordinamento regionale dei collegi IPASVI della Lombardia, 2002. *Le figure di supporto all'assistenza infermieristica. Elementi conoscitivi e linee guida per l'integrazione nel processo assistenziale.*

Cossetta A.B., 1994. P*rofessione infermiere. Organizzazione, normativa, etica.* Seconda edizione. Torino: UTET

Manzoni E., 2000. I*nfermieristica generale e teoria del nursing: storia e filosofia dell'assistenza infermieristica.* Milano: Masson

Provincia di Brescia, Formazione e Servizi, 1998, *Dentro il fare e il sapere: la formazione dell'ausiliario socio- assistenziale*, , Quaderno n.11, Brescia

Regione Lombardia , Assessorato Assistenza e Sicurezza Sociale, 1990. *L'ausiliario Socio Assistenziale Analisi Della Figura Professionale.* Milano: Satef srl

Sironi C. 1991. *Storia dell'assistenza infermieristica.* Roma: La Nuova Italia Scientifica

RIVISTE

AA.VV, 2001 Progetto di inserimento delle figure di supporto presso la divisione di Oculistica Ospedale S. Bortolo USL 6 Vicenza. *Infermieri informati notizie dal Collegio IPASVI di Vicenza.* 2(3) pp. 7-10

Benci L. 2001. L'operatore Socio Sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica. *Diritto Professioni Sanitarie,*4(3) pp, 219-234

Benci L. 1999. Professioni sanitarie… non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*, 1(1), pp 3- 10

Brodesco D. 2001. Nuove esigenze nella professionalità: formazione e cambiamento culturale. *Infermieri Informati Notizie Dal Collegio IPASVI Di Vicenza,* 2(3) pp. 4-7

Laquintana D. ,2000. Gli operatori sociosanitari: problemi e prospettive per il cambiamento di ruolo dell'infermiere. A*ssistenza infermieristica e ricerca* (2) Pag. 5-9

Orlandi C., 2000. Una nuova figura a supporto degli infermieri: l'operatore socio sanitario. Risorsa o problema organizzativo? *Menagement Infermieristico* (2) Pag. 9-18

Prima A.*,* 2001. Infermieri e figure di supporto. *Infermieri Informati notizie dal Collegio IPASVI di Vicenza 2 (2)* pp.8-10

Silvestro A.,2000. Le attività delegabili ad altre figure: la percezione degli infermieri. *Assistenza infermieristica e ricerca 2* (2) pp.11-19

LEGGI

R.D. 16 agosto 1909 n 615 artt 16 e 22-25. Infermieri psichiatrici

R.D.L. 15 agosto 1925 n 1832 facoltà di istituzione di scuole convitto professionali per infermiere

R.D. 31 Maggio 1928 n 1344 Disciplina delle arti ausiliarie delle professioni
sanitarie

R.D. 21 novembre 1929 N 2330. Regolamento scuole per infermiere professionali

R.D. 27 Luglio 1934 n 1265- articoli 130-142. Professioni sanitarie ausiliarie ed arti ausiliarie delle professioni sanitarie

D.M. 30 settembre 1938. Programmi per scuole infermieri professionali

R.D. 2 maggio 1940 n 1310. Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici

Legge 29 ottobre 1954 n 1049. Istituzione collegi,Infermiere Professionali, A.S.V. e vigilatrici d'infanzia.

Legge 29 ottobre 1954 n 1046. Istituzione scuole per infermieri e infermieri generici

Legge 26 ottobre 1960 n 1395. Norme transitorie sull'ordinamento di alcune scuole professionali per infermiere

D.P.R. 24 maggio 1965 n 775 istituzione scuola speciale dirigente assistenza Infermieristica

Legge 12 febbraio 1968 n 132. Riforma ospedaliera

D.P.R 27 marzo 1969 n. 128. Ordinamento interno dei servizi ospedalieri

D.P.R 27 marzo 1969 n. 130 stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri

Legge 25 febbraio 1971 n 124. Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale

D.M. 15 luglio 1971. Norme di attuazione della legge 25 gennaio 1971 n 124 per i sottufficiali dell'esercito

D.M. 10 settembre 1971. Programmi corsi di cui art.6 legge 124/1971

D.P.R. 15 gennaio 1972, n 10. Trasferimento alle regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di istruzione artigiana e professionale

D.M. 8 febbraio 1972. Modificazioni programma per diploma abilitazione a funzioni direttive nell'assistenza infermieristica

D.M. 15 febbraio 1972. Programma insegnamento scuole per infermieri generici

D.M. 19 maggio 1972 Modelli di diplomi infermieristici

Legge 15 novembre 1973 n 795. Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo di Strasburgo sull'istituzione e formazione delle infermiere

D.P.R 14 marzo 1974 n 225. Modifiche al R.D. 2 maggio 1940 n 1310 sulle mansioni degli infermieri professionali, infermieri generici e mansioni A.S.V.

D.P.R. 13 OTTOBRE 1975 n 867. Modificazioni all'ordinamento delle scuole per infermieri professionali e ai relativi programmi di insegnamento

Legge 23 dicembre 1978 n 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale

Legge 3 giugno 1980 n 243. Straordinaria riqualificazione degli infermieri generici e psichiatrici

D.P.R 25 giugno 1983 n. 348 Norme risultanti dalla disciplina prevista dagli accordi per il trattamento economico del personale delle unità sanitarie locali

D.M.10 febbraio 1984. Identificazione dei profili professionali attinenti a figure nuove o atipiche o di dubbia ascrizione ai sensi dell'art 1, quarto comma, del decreto del presidente della repubblica 20 dicembre 1979 n 761

D.P.R. 20 maggio 1987, N 270. Norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo sindacale, per il triennio 1985-1987, relativa al comparto del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale

D.M 15 giugno 1987, n 590. Approvazione del regolamento e del programma del corso di qualificazione degli ausiliari socio sanitari specializzati

Delibera del Consiglio Regionale della Lombardia 28 febbraio 1989 n. IV 1267. Profilo professionale, requisiti di ammissione, modalità di esame e ordinamento didattici dei corsi per ausiliario socio-assistenziale

D.P.R. 28 novembre 1990 N 384. Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo del 6 aprile 1990 concernente il personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, di cui all'art. 6, D.P.R. 5 marzo 1986, n. 68

D.M 26 luglio 1991 n 295. Regolamento dei corsi di qualificazione per l'accesso al profilo professionale di operatore tecnico addetto all'assistenza

D.M. 2 dicembre 1991 Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al corso di diploma universitario in scienze infermieristiche

Legge 23 ottobre 1992 n 421. Delega al governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità

D.Lgs 30 dicembre 1992 n 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art 1 della legge 23 ottobre 1992 n 421

D.Lgs. 7 dicembre 1993 n 517. Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre

D.M. 14 settembre 1994 n 739 . Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere

D.M. 24 luglio 1996. Ordinamento didattico del diploma universitario per infermiere

D.Lgs 19 giugno 1999 n 299. Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

Legge 26 febbraio 1999 n 42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie

Legge 10 agosto 2000 n 251. Disciplina delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica

Decreto 18 febbraio 2000 individuazione della figura, del profilo professionale e dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione dell'operatore socio-sanitario;

Corte Dei Conti ordinanza 3 del 21 Settembre 2000. Sospensione di ogni pronuncia e di remissione degli atti alla Corte costituzionale, ritenuta la non manifesta infondatezza e la rilevanza, ai fini del decidere, di questioni di legittimità costituzionale in relazione all'articolo 3-octies, comma 5, del decreto legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni;

D.M. 2 aprile 2001 Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie

D.M. 29 marzo 2001 definizione delle figure professionali di cui all'articolo 6, comma 3, del D.lgs 30 dicembre1992, n 502

Delibera della Giunta Regionale Lombardia n VII/5428 del 6 luglio 2001. Individuazione della figura del profilo professionale dell'operatore socio sanitario (OSS)

D.L. 12 novembre 2001 n 412. Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario

Legge 8 gennaio 2002 n 1. Conversione in legge del DL 412/2001

Provvedimento della conferenza stato regioni 22 febbraio 2001. 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

Legge 8 gennaio 2002 n 1 conversione in legge , con modificazioni, del D.L. 12 novembre 2001, n 402

Ministero della Sanità, Servizio Studi e Documentazione, Relazione sullo stato sanitario del paese, 1996, 1999.

CIRCOLARI

Ministero Dell'Interno. Circolare 5 giugno 1942. Durata dei tirocini

Ministero Dell' Interno. Circolare 25 ottobre 1928. Esercizio delle profesioni sanitarie ed arti ausiliarie
A.C.I.S.[24] Circolare 30 luglio 1955 n 75. Oggetto: legge 29 ottobre 1954 n 1049

A.C.I.S. Circolare 31 gennaio 1955 n 7. Istruzioni ministeriali per l'istituzione delle scuole per infermiere ed infermieri generici.

Ministero Della Sanità. Circolare 22 luglio 1969 n 153. Attività didattiche scuole
infermieri generici.

Ministero Della Sanità. Circolare 12 ottobre 1970 n 166. Scuole per infermiere e infermieri generici

Ministero Della Sanità. Circolare 8 aprile 1971 n 55. Ammissione dei maschi alle scuole infermieri professionali e norme transitorie

Ministero Della Sanità. Circolare 24 luglio 1971 n 137. Interpretazione legge 124/1971

Ministero Della Sanità. Circolare 21settembre 1971 n 161. Problema della formazione professionale degli infermieri psichiatrici

Ministero Della Sanità. Circolare 30 marzo 1972 n 54. Modifiche al programma del corso di abilitazione a mansioni direttive

[24] Alto Commissariato per L'igiene e la Sanità

Ministero Della Sanità. Circolare 25 luglio 1972 n 106. Su D.M. 15 luglio 1971 per rilascio diplomi sottufficiali

Ministero Della Sanità. Circolare 1 maggio 1973 n 50. Su art. 2 legge 124/1972

LETTERE DEL COLLEGIO IPASVI DEL VENETO

A nome dei Presidenti dei Collegi IP.AS.VI del Veneto La Presidente del Collegio IPASVI di Padova Adriana Negrisolo All'Assessore alle Politiche Sanitarie Avv. Fabio Gava In data 05.09.2001

A nome dei Presidenti dei Collegi IP.AS.VI del Veneto La Presidente del Collegio IPASVI di Padova Adriana Negrisolo Al Presidente Giunta Regionale On.Dott. GIANCARLO GALAN in data 16.01.2002

INTERNET

Nursing up. Associazione nazionale sindacato professionisti sanitari della funzione infermieristica. L*a questione infermieristica documento politico, indicativo del ruolo e della specificità del sindacato dei professionisti sanitari della funzione infermieristica.*
a cura del direttivo provinciale di Trento

www.nursingup.tn.it/doc&politico.pdf 23 gennaio 2003

ALLEGATI

DOMANDE AL DIRIGENTE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO

La nascita della figura dell'OSS ha prodotto un ampio dibattito nel comparto infermieristico. Dibattito che non è paragonabile a quello seguito all'introduzione dell'OTA. Che cosa è cambiato in questi venti anni?

È possibile relegare la nascita delle figure di supporto a puri motivi economici o di carenza di personale infermieristico?

Ritiene che in qualche modo, delegando le attività più semplici, l'OSS possa prevaricare le funzioni degli infermieri o comunque esautorarne la figura? Se sì come, e come impedirlo?

E' possibile comprendere i bisogni di una persona pur non entrando in contatto con lei in modo diretto e a volte intimo attraverso determinate manovre quali ad esempio quelle igieniche?

L'OSS (come qualsiasi altra figura di supporto) deve astenersi necessariamente dal compiere determinate azioni pur nella certezza dell'assenza di figure professionali in grado di risolvere determinati bisogni?

Esistono dei mezzi che permettano all'infermiere un controllo di qualità dell'azione delle figure di supporto? Esistono delle codifiche chiare del lavoro delle figure ausiliarie?

Quale dovrebbe essere, secondo lei, la responsabilità, a diversi livelli operativi, dell'introduzione e dell'utilizzo corretto dell'OSS (infermiere, capo sala, capo dipartimento, collegi ecc. ecc.)?

Ad es. chi dovrebbe decidere il numero di OSS di un reparto? Chi dovrebbe stilare i protocolli di inserimento e utilizzo? Chi decidere le valutazioni? Quale iniziative ha preso l'azienda in proposito?

L'OSS non è una figura nata come supporto sanitario, o comunque esclusivo, della professione infermieristica, ma come operatore anche sociale. Come crede si evolverà tale figura?

Crede che il comparto medico sia informato delle possibilità e dei ruoli del nuovo operatore? E quanto conta secondo lei tale informazione?

NOTA INTRODUTTIVA E QUESTIONARIO PER INFERMIERE COORDINATORE

Questo modulo è stato pensato e formulato per cercare di comprendere le principali problematiche legate all'introduzione dell'OSS nel suo reparto.

Consiste di 18 domande; di alcune la risposta è guidata in altre può inserire, brevemente le sue opinioni.

La domanda n 17 contiene una serie di altre domande volte a valutare le azioni che l'OSS svolge e il grado di autonomia in esse. Qualora nel suo reparto tali azioni non vengono svolte dall'OSS tralasci la domanda.

La ringrazio per la collaborazione.

1) QUANTI OPERATORI SOCIO SANITARI LAVORANO NELLA SUA UNITÀ OPERATIVA?

_____

2) RITIENE CHE L'OSS POSSA SOSTITUIRE QUALI DELLE SEGUENTI FIGURE:

- ❑ Ausiliario
- ❑ OTA
- ❑ Infermiere Generico
- ❑ Nessuna delle precedenti
- ❑ Altro _____

3) RITIENE L'INTRODUZIONE DI QUESTA FIGURA:

- ❑ Utile
- ❑ Inutile

- ❑ Assolutamente necessaria

4) TROVA CHE LA PREPARAZIONE DELL'OSS RISPETTO AI SUOI COMPITI SIA

- ❑ Sufficiente
- ❑ Insufficiente
- ❑ Se insufficiente in quali ambiti? _____

5) PRIMA DI INSERIRE L'OSS NEI TURNI LAVORATIVI HA SEGUITO UN PERIODO DI ADDESTRAMENTO?

- ❑ Si
- ❑ No (vada direttamente alla domanda n 9)

6) DURANTE IL PERIODO DI ADDESTRAMENTO L'OSS E' STATO AFFIANCATO DA

- ❑ Caposala
- ❑ Infermiere
- ❑ OSS
- ❑ Altro _____

7) QUANTO E' DURATO IL PERIODO DI AFFIANCAMENTO?

- ❑ _____

8) L'OSS VIENE INSERITO IN TURNO QUALORA SIA GARANTITA LA PRESENZA DI:

- ❑ Caposala
- ❑ Un infermiere
- ❑ Più di un infermiere
- ❑ Altro _____

9) ESISTONO NEL SUO REPARTO DELLE LINEE GUIDA E/O PROTOCOLLI PER L'AFFIANCAMENTO DI QUESTO PERSONALE?

- ❑ Si
- ❑ No

10) COME REPUTA LA SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'OSS FORNITA DAL DIPARTIMENTO INFERMIERISTICO?

- ❑ Idonea allo scopo
- ❑ Complessa
- ❑ Incompleta
- ❑ Voci difficilmente quantificabili
- ❑ Voci difficilmente valutabili
- ❑ Poco spazio a pareri personali
- ❑ Altro_____

11) HA INFORMATO IL PERSONALE INFERMIERISTICO DEL SUO REPARTO SUL RUOLO DELL'OSS?

- ❑ Si
- ❑ No

12) SE SI' CON QUALI MEZZI

- ❑ Riunione del personale
- ❑ Avviso orale informale
- ❑ Introduzione protocolli
- ❑ Altro _____

13) DOVENDO DEFINIRE CON UN AGGETTIVO LA REAZIONE DEGLI INFERMIERI ALL'INTRODUZIONE DI TALE PERSONALE USEREBBE:

- ❑ Perplessità
- ❑ Preoccupazione
- ❑ Indifferenza
- ❑ Soddisfazione

14) L'OSS PARTECIPA ALLA CONSEGNA INFERMIERISTICA?

- ❑ Si
- ❑ No

15) L'OSS RIPORTA DIRETTAMENTE I DATI CHE RILEVA SULLA CARTELLA INFERMIERISTICA?

- ❑ Si
- ❑ No

16) QUALORA NON LO FACCIA CHE TIPO DI MATERIALE È STATO PREDISPOSTO PER RACCOGLIERE I DATI CHE L'OSS RILEVA?

- ❑ Apposite schede
- ❑ Grafici
- ❑ Riferisce verbalmente all'infermiere
- ❑ Altro _____

17) QUALI DELLE SEGUENTI ATTIVITA' VIENE SVOLTA DALL'OSS NEL SUO REPARTO E CON QUALE GRADO DI AUTONOMIA

Riferisce all'infermiere eventuali problemi assistenziali che ha osservato _
in autonomia _ su indicazione

Segnala eventuali guasti
_ in autonomia _ su indicazione

Comunica le attività in corso o da ultimare ai colleghi
_ in autonomia _ su indicazione

Accoglie il paziente che entra in reparto
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Orienta il paziente nel reparto
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Accompagna i pazienti in sala operatoria
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Accompagna i pazienti ai vari servizi intraospedalieri
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Controlla e riordina unità di vita del paziente
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Rileva eventuali barriere architettoniche
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Assiste il paziente nell'assunzione di cibo
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Fornisce consigli per l'assunzione del cibo
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Espleta l'igiene del paziente allettato
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Espleta l'igiene del paziente non allettato
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Pulisce le protesi dentarie
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Previene le lesioni da decubito
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Previene posizioni antalgiche
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Mobilizza il paziente
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Aiuta il paziente a svestirsi e vestirsi
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Stimola il paziente a cooperare
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Svuota la sacca di raccolta della diuresi
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Cambia i sacchetti delle stomie
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Raccoglie l'espettorato
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Raccoglie feci e urine
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Effettua svuotamento ampolla rettale
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Pulisce o disinfetta materiale utilizzato per fini assistenziali
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Preparazione e invio del materiale da sterilizzare
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Riordina il materiale utilizzato
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Ripristina il materiale mancante
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Pulisce il carrello medicazioni
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Pulisce il carrello di terapia
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Pulisce il carrello dell'igiene
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Riordina il materiale proveniente dalla lavanderia
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Riordina il materiale proveniente dalla farmacia
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Esegue la raccolta e lo stoccaggio dei rifiuti a rischio biologico
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Esegue la raccolta e lo stoccaggio dei rifiuti urbani
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Trasporta i prelievi
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Trasporta materiale economale
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Archivia documentazione clinica
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Segue il medico durante la visita
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Segue il medico durante le medicazioni
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Risponde ai campanelli
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Porta padelle e pappagalli ai pazienti
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Utilizza l'apparecchiatura per l'assunzione di aereosol
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Preleva capillarmente il sangue (destro)
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Analizza le urine (urostick)
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Rileva parametri vitali (P.A, F.C., temp., respiro)
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Esegue ECG
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Utilizza monitor
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Sorveglia le fleboclisi
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Sostituisce le fleboclisi
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Controlla e posiziona ossigeno terapia
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Prepara la terapia endovenosa
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Prepara il materiale per prelievo
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Prepara il materiale per catetere venoso periferico
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Prepara il materiale per sondaggio gastrico

_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Prepara il materiale per cateterismo vescicale
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Effettua lavaggio vescicale
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Effettua lavanda vaginale
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Prepara il materiale per clistere
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Effettua clisteri
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Effettua microclisteri (clismafleet)
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Prepara il materiale per medicazioni
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Prepara il materiale per ingessatura
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Somministra la terapia orale
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Effettua medicazioni
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Esegue interventi di RCP
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

Compone la salma
_ in autonomia _ su indicazione _ con l'infermiere

18) QUALI SONO I PROBLEMI CHE MAGGIORMENTE QUESTE FIGURE VIVONO?

- ❑ Ambiguità nelle competenze
- ❑ Relazioni con il personale infermieristico
- ❑ Relazioni con il paziente
- ❑ Altro_____