



Progetto per la riorganizzazione dell'attività di assistenza infermieristica, ostetrica e di supporto nelle Unità Organizzative del Policlinico S. Orsola-Malpighi

Gruppo di lavoro

- 📁 P. Taddia
- 📁 L. Angelini
- 📁 M.C.Bagnoli
- 📁 A. Bandini
- 📁 P. Chiari
- 📁 B. Cuffiani
- 📁 M. Fava
- 📁 S. Fontana
- 📁 L. Graziani
- 📁 R. Longo
- 📁 B. Martelli
- 📁 I. Minoccheri
- 📁 V. Pelagalli
- 📁 R. Raimondi

Agosto 2004

INDICE

“PROGETTO PER LA RIORGANIZZAZIONE DELL’ATTIVITÀ DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA, OSTETRICA E DI SUPPORTO NELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE DEL POLICLINICO S.ORSOLA – MALPIGHI “	5
PREMESSA	5
PRESUPPOSTI CULTURALI E ORGANIZZATIVI	5
PRESUPPOSTI CULTURALI.....	5
PRESUPPOSTI ORGANIZZATIVI.....	6
DEFINIZIONE DI POSIZIONE DI COORDINAMENTO	7
VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE DI SUPPORTO: DA SUPPORTO AD AUSILIO..	8
L’EVOLUZIONE DELLE FIGURE DI SUPPORTO	9
L’INFERMIERE PRESCRITTORE: DAL PROFILO DELL’INFERMIERE ALL’ATTRIBUZIONE DELLE ATTIVITÀ AL PERSONALE DI SUPPORTO	10
IL PROCESSO DI ATTRIBUZIONE	11
L’ALBERO DEL PROCESSO DECISIONALE DELL’INFERMIERE PER L’ASSEGNAZIONE DI COMPITI AL PERSONALE DI SUPPORTO	14
LA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE	16
LA SITUAZIONE ATTUALE DELLA NOSTRA AZIENDA	17
IL PERCORSO DI PROGRESSIONE VERTICALE DELLE FIGURE DI SUPPORTO NELL’AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA – POLICLINICO S.ORSOLA-MALPIGHI.....	17
I MODELLI ORGANIZZATIVI ED ASSISTENZIALI DELLA NOSTRA AZIENDA OSPEDALIERA.....	20
EVOLUZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI.....	22
PROPOSTA DI MODELLI ORGANIZZATIVI.....	22
1. <i>Per le degenze a media ed elevata assistenza.....</i>	<i>22</i>
2. <i>Sala operatoria.....</i>	<i>23</i>
3. <i>Ambulatori/ Servizi.....</i>	<i>23</i>
IPOSTESI DI INDIRIZZO DOVE ALLOCARE OPERATORI IN CATEGORIA B E BS.....	23
<i>I criteri.....</i>	<i>23</i>
<i>Il versante assistenziale.....</i>	<i>24</i>
<i>Il versante organizzativo.....</i>	<i>26</i>
L’INFORMAZIONE E LA FORMAZIONE	29
<i>Corso informativo.....</i>	<i>29</i>
<i>Corso formativo</i>	<i>30</i>
GLOSSARIO.....	31

ALLEGATI.....ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.

ALLEGATO 1 - CATEGORIA B – OPERATORE TECNICO CON FUNZIONI DI SUPPORTO ASSISTENZIALE..... **ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.**

In autonomia **Errore. Il segnalibro non è definito.**

In collaborazione o su attribuzione dell'infermiere provvede **Errore. Il segnalibro non è definito.**

In collaborazione con l'infermiere o con il fisioterapista provvede alla mobilitazione e al mantenimento delle posture. **Errore. Il segnalibro non è definito.**

ALLEGATO 2 - CATEGORIA BS OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA SPECIALIZZATO..... **ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.**

In autonomia **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Su indicazione dell'infermiere provvede..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

In collaborazione con l'infermiere provvede..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

ALLEGATO 3 - MODELLI ORGANIZZATIVI ED ASSISTENZIALI...**ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.**

1. *Modello tecnico o modello "per compiti"* **Errore. Il segnalibro non è definito.**

2. *Modello "per piccole équipe"* **Errore. Il segnalibro non è definito.**

3. *Modello modulare o modello "per settori"* **Errore. Il segnalibro non è definito.**

ALLEGATO 4 - CATEGORIA FUNZIONE: INFERMIERE CASE MANAGER (ICM) .. **ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.**

ALLEGATO 5 – CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO -

PROVVEDIMENTO 22 FEBBRAIO 2001 ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SANITÀ, IL MINISTRO 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. **ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.**

ALLEGATO 6 – LEGGE 8 GENNAIO 2002, N.1 - CONVERSIONE IN LEGGE, CON MODIFICAZIONI, DEL DECRETO-LEGGE 12 NOVEMBRE 2001, N.402, RECANTE DISPOSIZIONI URGENTI IN MATERIA DI PERSONALE SANITARIO. (GU N. 8 DEL 10-1-2002) **ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.**

ALLEGATO 7 - REPERTORIO ATTI N. 1604 DEL 16 GENNAIO 2003 - CONFERENZA STATO REGIONI SEDUTA DEL 16 GENNAIO 2003 **ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.**

TABELLA 1- TABELLA SINOTTICA DELL'EVOLUZIONE DELLE FIGURE DI SUPPORTO (MODIFICATA).

Fonte: BENCI L. - *ASPETTI GIURIDICI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA- ELEMENTI DI LEGISLAZIONE SANITARIA* - III EDIZIONE, MCGRAW-HILL, MILANO, ANNO 2002, pp. 101-115 10

TABELLA 2 – DECLINAZIONE DEI CONTENUTI DELLE DUE CATEGORIE B E BS. – Fonte: AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA – POLICLINICO S.ORSOLA – MALPIGHI:*INTESA A STRALCIO DEL CCLA 2° BIENNIO ECONOMICO 2000/ 2001 PROGRESSIONE INTERNA NEL SISTEMA CLASSIFICATORIO E PROGRESSIONE ECONOMICA ORIZZONTALE IN ATTUAZIONE DELLA NORMA PROGRAMMATICA DI CUI ALL'ART. 12 DEL C.C.I.A 20 SETTEMBRE 2001. APPLICAZIONE DELL'ISTITUTO DELLA PROGRESSIONE ECONOMICA ORIZZONTALE AD ALCUNE CATEGORIE ED OPERATORI*". 19

TABELLA 3 - RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DELLE UU.OO. DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA – POLICLINICO S.ORSOLA-MALPIGHI IN ORDINE ALLE VARIABILI DELLA COMPLESSITÀ CLINICA E DELLA STANDARDIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA (MACROANALISI). 25

TABELLA 4 RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DELLE UU.OO. DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA, POLICLINICO S.ORSOLA-MALPIGHI, IN ORDINE ALLE VARIABILI LIVELLO DI DIPENDENZA E LIVELLO DI PIANIFICAZIONE (MACROANALISI). 26

TABELLA 5 – MAPPA DELLE ATTRIBUZIONI RISPETTO ALLE DIVERSE CATEGORIE DI FIGURE DI SUPPORTO.	29
TABELLA 6 – MACROPROGETTAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO.	30
TABELLA 7 – PROGRAMMA DEL CORSO DI FORMAZIONE.	30
FIGURA 1 – RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL PROCESSO DI NURSING	12
FIGURA 2 – ALBERO DELLA DECISIONALITÀ DELL’ATTRIBUZIONE. <i>FONTE: “L’INFERMIERE SI AVVALE DELL’OPERA DEL PERSONALE DI SUPPORTO”, LINEA GUIDA (A CURA DI) COLLEGI PROVINCIALI IPASVI – REGIONE EMILIA – ROMAGNA, PP. 85-87, 2004.</i>	16
FIGURA 3 – RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA MODULARE – CRITERIO “TOPOGRAFICO”.....	22
FIGURA 4 - RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA MODULARE – CRITERIO “LIVELLO DI AUTONOMIA”.	23

“Progetto per la riorganizzazione dell’attività di assistenza infermieristica, ostetrica e di supporto nelle Unità Organizzative del Policlinico S.Orsola – Malpighi “

Premessa

L’inserimento di operatori di supporto, in particolare dell’operatore socio-sanitario (O.S.S.), in una Unità Operativa, in un Dipartimento o in un altro servizio sanitario o sociale può avere il massimo successo se si svolge sulla base di un **progetto** ad hoc. Esso deve mirare a:

- ‡ la realizzazione di determinati presupposti di natura culturale e organizzativa;
- ‡ la stesura e l’implementazione di un’apposita procedura di inserimento, preceduta da alcune operazioni preliminari;
- ‡ la verifica a distanza dei risultati dell’inserimento in termini di qualità delle prestazioni e di soddisfazione degli utenti e degli operatori.

Di seguito saranno precisate, in dettaglio, le diverse fasi e che cosa compete all’infermiere dirigente, cosa al coordinatore e ai diretti interessati. Si propongono delle matrici di attribuzione attività/responsabilità con l’obiettivo di orientare tutti gli interessati e facilitare l’implementazione del progetto all’interno della nostra Azienda.

Presupposti culturali e organizzativi

Una procedura per l’inserimento degli O.S.S. rischierebbe di avere poca efficacia se in precedenza non venissero creati alcuni presupposti di natura sia culturale sia organizzativa. La loro presenza può essere garantita con una adeguata attività di **informazione** e **formazione**, accompagnata dalla **preparazione e adozione di alcuni strumenti**.

Presupposti culturali

Il primo presupposto è una corretta considerazione del ruolo dell’O.S.S. e di quello dell’infermiere. Sono necessari uno o più incontri di informazione-formazione - con l’eventuale distribuzione e commento dei profili professionali - affinché tutto il gruppo coinvolto arrivi a considerare:

- ☞ l’O.S.S. è **personale di supporto del quale avvalersi**, secondo le parole del profilo professionale dell’infermiere. Lo chiarisce il CCNL integrativo del settembre 2001, nel quale si legge: **“Svolge la sua attività su indicazione – ciascuna secondo le proprie competenze - degli operatori professionali preposti all’assistenza sanitaria e a quella sociale, ed in collaborazione...”** Bisogna chiarire quali saranno le sue attività, sia relativamente autonome, sia collaborative nel quadro dell’assistenza fornita dall’azienda, con particolare riferimento alle attività da svolgere a contatto con gli assistiti. Per questo chiarimento le basi sono, da un lato il profilo professionale dell’O.S.S. (**vedi allegati**), dall’altro gli orientamenti e le esigenze dell’azienda per quella data struttura organizzativa (per esempio, settore delle chirurgie);
- ☞ **l’infermiere** come colui che, secondo il proprio profilo professionale:
 - 📖 **è responsabile dell’assistenza generale infermieristica**, non necessariamente dei singoli atti di assistenza diretta e indiretta ma del risultato complessivo;
 - 📖 **partecipa all’identificazione dei bisogni di salute e identifica i bisogni di assistenza infermieristica**, un’attività diagnostica che sta alla base della pianificazione a cui è successivamente tenuto;
 - 📖 ha la responsabilità di una assistenza infermieristica che ha **natura tecnica, relazionale, educativa**. Egli garantisce dunque il carattere olistico, globale, delle prestazioni, rivolte non solo al “paziente” ma alla “persona”, secondo quanto previsto dalla migliore cultura professionale. In molti casi le competenze relazionali e educative degli infermieri sono da migliorare e l’inserimento degli O.S.S. può essere un’occasione per procedere in questa direzione, anche perché l’O.S.S. stesso è tenuto a possedere competenze del genere. Nel profilo di questo operatore, infatti, un intero paragrafo è dedicato alle sue competenze relazionali ed è previsto

anche il possesso di conoscenze che gli consentano l'erogazione di semplici interventi di educazione alla salute;

📖 **pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico.** Anche queste sono competenze essenziali dell'odierna figura dell'infermiere, le quali non implicano necessariamente un impegno diretto nella attuazione in dettaglio di quanto pianificato, fatta eccezione - sulla base delle scelte dettate dalla propria coscienza professionale e deontologica - per le situazioni più complesse e delicate;

📖 **garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche,** pure in questo caso senza necessariamente eseguirle tutte sempre personalmente;

📖 come già accennato, **si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.** Alla luce di questa affermazione gli infermieri (*in primis* quelli che svolgono funzioni di direzione e coordinamento) contribuiscono a decidere quando "è necessario" coinvolgere tale personale, nei confronti del quale praticano poi l'affidamento di compiti, la guida e la supervisione. In questo tipo di attività rientra anche l'inserimento degli O.S.S. in una Unità Operativa, per esempio ospedaliera, o in altri contesti.

Nel caso che questi concetti non siano già sufficientemente conosciuti, l'inserimento degli O.S.S. può diventare una grande occasione di **aggiornamento** degli infermieri sul ruolo della nuova figura e anche sul loro stesso ruolo nella sanità di oggi.

Tutto questo, ovviamente, riguarda anche il caposala che è il garante del corretto utilizzo di personale e dell'appropriatezza della distribuzione di livelli di responsabilità: per certi aspetti, può darsi che egli stesso debba cambiare mentalità e vedere con occhi diversi le responsabilità del personale che ha il mandato di coordinare.

Un altro presupposto, strettamente collegato al precedente, è che l'O.S.S., al pari di ogni altra figura professionale, venga considerato come una risorsa da valorizzare. Una sua piena valorizzazione richiede un clima non verticistico, ma di responsabilizzazione, partecipazione e collaborazione in vista di obiettivi comuni.

Un terzo e ultimo presupposto culturale è la capacità del gruppo di programmare e poi valutare questo cambiamento organizzativo nell'ottica del *miglioramento* - o almeno del mantenimento - *della qualità* dell'assistenza infermieristica e dei servizi di supporto.

A questo proposito è necessaria una precisazione. Non è detto che in tutte le situazioni l'inserimento degli O.S.S. prenda avvio da una volontà di miglioramento delle prestazioni e dei servizi; può darsi invece che la spinta iniziale sia data da esigenze pratiche anche discutibili, come il puro risparmio di risorse o la scelta di sopperire con questo personale alla carenza di infermieri. Ma una volta che esso sia stato deciso, e condiviso almeno nelle modalità, occorre fare il possibile affinché:

📁 come già detto, la sicurezza e la qualità delle prestazioni non diminuiscano, anzi, laddove sia possibile, si realizzi un loro miglioramento. Va sottolineata la necessità di un'assistenza almeno **sicura**, cioè tale da non arrecare danni a chi la riceve;

📁 si ottenga una crescita culturale e operativa di tutti gli operatori coinvolti. Nel caso specifico gli infermieri avranno presumibilmente sia il dovere sia l'opportunità di concentrarsi sulle loro funzioni e attività più qualificanti e specifiche.

Per entrambi gli obiettivi il caposala consapevole è in grado di dare un contributo insostituibile.

Presupposti organizzativi

Un efficace inserimento nei servizi sanitari di una figura di supporto richiede, prima di tutto, un sistema organizzativo dell'assistenza infermieristica che preveda *l'assegnazione di pazienti* e non di compiti. Un sistema del genere risponde a due principi strettamente interconnessi:

📁 il principio **dell'assistenza personalizzata**, sancito anche dalla legge 251/00;

📁 quello di un'attività qualificata da parte di un infermiere che non è più un professionista ausiliario ma un professionista in senso pieno (legge 42/99).

Infatti, un **professionista** sanitario non lavora per compiti, ma eroga prestazioni mirate alle esigenze della singola persona assistita.

In nome di questi principi in alcune situazioni (area critica, assistenza domiciliare...) è forse possibile un vero e proprio modello organizzativo di assistenza personalizzata (come il *nursing primario*), ma nella maggior parte dei casi, soprattutto in ospedale, l'organizzazione più idonea e realistica è quella denominata **team nursing**, o quella **per settori**, che combina elementi delle due forme precedenti. In pratica, formazione, riqualificazione e riorganizzazione devono consentire all'infermiere e all'O.S.S. una maggiore integrazione nei settori e nelle équipes assegnate, in rapporto con medici che in genere hanno pure assegnato un certo numero di pazienti. In questo modo si conoscono meglio le singole persone da assistere e si presta loro l'assistenza globale già citata. Inoltre - cosa che ci interessa ancora di più in questo contesto - tale sistema permette quella costante vicinanza tra infermiere e O.S.S. che consenta al primo per guidare e supervisionare il secondo e per affidargli determinate attività.

È necessario che a questo sistema organizzativo sia abbinata una **documentazione infermieristica**¹ coerente, completa e più semplice possibile, tale da favorire da un lato la personalizzazione dell'assistenza (cartella infermieristica o integrata), dall'altro la qualità della stessa rendendo più omogenee e costanti le prestazioni standardizzabili (standard, protocolli, procedure...). Una documentazione così impostata agevola grandemente la conoscenza delle attività da svolgere e del loro livello di qualità da parte di ogni nuovo operatore che si inserisce in un determinato contesto. Si deve trattare di una documentazione alla cui tenuta l'O.S.S. possa partecipare, per quanto di competenza (per esempio, riportando il peso corporeo dei pazienti).

Nel suo profilo leggiamo infatti: **“utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio”**.

A questo proposito c'è tra gli infermieri e gli altri professionisti chi pensa a una cartella totalmente integrata e chi, invece, predilige un documento con parti comuni e parti distinte, per esempio una scheda dedicata alla fisioterapia, una all'assistenza infermieristica e una alle attività degli O.S.S.. La scelta è da compiere in ciascuna sede con il consenso più esteso possibile. Per inciso, la pluralità di operatori tenuti a effettuare annotazioni e registrazioni sulla cartella rende ancora più necessario che ciascuno apponga la propria **firma**, in calce a ciò che scrive.

Va da sé che a una documentazione adeguata occorre abbinare **scambi di informazione verbali**, specialmente a ogni cambio di turno, nei quali gli O.S.S. dovranno essere coinvolti sia per le notizie che devono ricevere sia per quelle che possono a loro volta fornire.

Definizione di posizione di coordinamento²

Il coordinatore “reale”:

- a) *coordina e gestisce un pool di persone con qualifiche diverse, ne dispone numericamente e qualitativamente le presenze secondo le attività da erogare, ne gestisce le assenze garantendo il miglior utilizzo delle stesse;*
- b) *organizza le attività dei componenti dell'équipe attraverso l'elaborazione di piani di lavoro o indirizzando verso il conseguimento degli obiettivi prestazionali;*
- c) *verifica l'operato prestazionale ed il raggiungimento degli obiettivi, garantendo la presenza di tutti i supporti tecnici e materiali;*
- d) *crea le relazioni ed i collegamenti tra tutti gli operatori;*
- e) *si avvale di strumenti operativi quali le procedure e protocollo di lavoro (ad esempio, la cartella/documentazione infermieristica per l'area assistenziale);*
- f) *modula l'organizzazione del lavoro;*
- g) *favorisce la formazione e l'aggiornamento continuo del personale;*
- h) *dispone l'inserimento di personale neo-assunto all'interno della struttura organizzativa di appartenenza;*
- i) *motiva e valorizza il personale per migliorare in modo continuo gli standard di performance;*
- j) *stimola il mantenimento di un clima sereno e collaborativo.*

Il caposala è profondamente coinvolto in un processo importante come l'inserimento degli operatori socio-sanitari. Le sue funzioni e attività si differenziano a seconda del contesto, ma in generale si può ritenere che le principali siano le seguenti.

¹ A questo proposito, si rimanda al progetto Aziendale sulla documentazione infermieristica, denominato **“Progetto Penelope”**.

² I punti da a) a j) fanno parte integrante del Contratto Integrativo Aziendale (Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola - Malpighi) - Area di contrattazione collettiva del personale dei Livelli/Categorie del comparto sanità - CCNL - Comparto sanità - II Biennio economico 2000-2001 Stipulato in data 20.09.2001 - Art. 10 “Coordinamento”, sottoscritto in data 16.05.2002

- ‡ Creazione di, e/o partecipazione a, gruppi di lavoro per la stesura del progetto, delle *job description*, della procedura di inserimento ecc.
- ‡ Una volta avvenuta l'approvazione del progetto, sua illustrazione a tutti i collaboratori per ottenerne il coinvolgimento, la collaborazione e la condivisione.
- ‡ Eventuale impegno diretto in qualche fase dell'inserimento, in primo luogo nel colloquio di orientamento, nella valutazione dell'inserimento di ciascun operatore (valutazione del personale) e nella verifica a distanza dell'impatto del loro ingresso sulla qualità dell'assistenza complessiva (valutazione della qualità).
- ‡ Scelta degli infermieri guida sulla base della competenza, della motivazione e della disponibilità, e impegno per la loro formazione.
- ‡ Motivazione di tutti i soggetti coinvolti e gestione degli eventuali conflitti.
- ‡ Cura della preparazione degli **strumenti** e della loro tenuta, distribuzione, eventuale revisione. È probabile che gli strumenti da procurarsi o da predisporre siano di norma:
 - 📁 Profilo professionale dell'infermiere e dell'operatore socio-sanitario.
 - 📁 Job description relative agli O.S.S. e agli infermieri nell'azienda o in determinati settori di essa (medicina, sale operatorie...).
 - 📁 Eventuali linee guida aziendali sull'inserimento del personale di nuova acquisizione.
 - 📁 Procedura per l'inserimento degli O.S.S. con fasi e operazioni ben specificate.
 - 📁 Lista di obiettivi per le conoscenze e le capacità che gli O.S.S. devono acquisire nell'azienda o in particolari settori della stessa.
 - 📁 Eventuale materiale per l'auto-apprendimento.
 - 📁 Lista dei fattori per la valutazione degli O.S.S. al termine dell'inserimento.
 - 📁 Lista degli indicatori per la verifica della qualità e della soddisfazione di utenti e operatori.
 - 📁 Questionari e strumenti per le misurazioni e per le interviste da realizzare a tale scopo.

Vi sono, inoltre, strumenti non specifici ma di carattere generale che faciliterebbero questo processo e che, in previsione di esso, potrebbe essere utile rivedere o aggiornare: si tratta – come si è già detto - della cartella (infermieristica e/o integrata), nonché di protocolli/procedure, standard di prestazione, piano di attività giornaliero, settimanale e/o mensile.

Valorizzazione del personale di supporto: da supporto ad ausilio

Oggi, il personale di supporto nella nostra azienda è rappresentato da operatori inseriti in categoria **B** o **BS**.

In categoria **B** sono compresi: ausiliari e ausiliari socio sanitari specializzati riqualificati.

In categoria **BS** sono compresi: operatori addetti all'assistenza (riqualificati), operatori socio sanitari.

La loro collocazione nelle categorie **B** e **BS** deriva dall'applicazione di norme definite ed a percorsi aziendali come descritti in seguito.

Gli operatori che occupano tali posizioni sono collocati in molteplici Servizi dell'azienda e contribuiscono al servizio fornito agli utenti interni ed esterni.

- 📁 **Le attività da loro svolte sono pertinenti al servizio erogato?**
- 📁 **Sono sempre coerenti con le competenze relative alla categoria e ai requisiti posseduti?**
- 📁 **Sono valorizzate le competenze relativamente al profilo di appartenenza e al raggiungimento degli obiettivi del servizio?**

Rispondere a questi quesiti significa:

- analizzare l'esistente;
- conoscere il campo delle conoscenze, dell'abilità, delle responsabilità degli operatori di supporto;
- conoscere le competenze del professionista sanitario a cui l'operatore di supporto deve rispondere relativamente al proprio operato;
- conoscere il contesto normativo di riferimento;
- definire i modelli organizzativi di riferimento;
- definire le variabili critiche per l'appropriata collocazione “dell'operatore giusto al posto giusto”.

L'obiettivo che si vuole raggiungere rispondendo ai quesiti prima esposti è:

- dare all'utenza esterna il miglior servizio possibile in termini di efficacia, efficienza e qualità;
- il rispetto della pertinenza della offerta sanitaria e la valorizzazione delle competenze degli operatori coinvolti nell'erogazione del servizio medesimo.

Prima di procedere si rende necessaria una riflessione.

“Supporto”, è il termine che identifica gli operatori che sono inseriti nella categoria B e BS, compare sia nei provvedimenti definenti i profili delle posizioni occupate, sia nel D.M. 14 settembre 1994, n.739, (Profilo dell'infermiere), il quale, all'art.1, punto 3, lettera f), recita: “*per l'espletamento delle funzioni, si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto*”. Infine, nel curriculum formativo, negli obiettivi didattici, il concetto di “supporto” viene utilizzato relativamente al rapporto operatore e persona assistita.

Per quanto riguarda gli operatori di supporto: cosa intendiamo per “supportare”?

1. sostenere, assieme ai professionisti sanitari, l'offerta assistenziale, facendosi carico di compiti a bassa criticità per la sicurezza della persona assistita.
2. sostenere le attività dell'infermiere, garantendo le risposte ai bisogni espressi e potenziali della persona assistita attraverso l'erogazione di prestazioni che l'infermiere gestisce, ma può non attuare recuperando “professionalità” per aspetti di pianificazione e valutazione dell'assistenza.
3. sostenere la persona assistita quando la sua situazione fisica, psichica, sociale non le permette di agire in autonomia negli atti di vita quotidiana e richiede un “ausilio”³ umano e competente per l'accudimento.

Il concetto a cui comunque ci si deve riferire è che le competenze che ogni operatore investe nell'operatività sono un patrimonio sia per l'organizzazione sia per la persona assistita, siano esse competenze a valenza professionale che comportano l'esercizio di un processo decisionale, siano esse competenze esecutive in subordine della decisione di un professionista.

L'evoluzione delle figure di supporto

L'operatore socio – sanitario nasce come risultato dell'evoluzione di altre figure di supporto che si sono succedute generalmente nei diversi contratti di lavoro. La sottostante tabella, seppur sinteticamente, evidenzia i punti più salienti:

Accordo nazionale unico di lavoro per personale ospedaliero	1974	Ausiliario-portantino, dopo sei mesi dall'assunzione c'era il riconoscimento come ausiliario
Successivo contratto	1979	Distingue l'addetto esclusivamente a mansioni elementari di pulizia con inquadramento al primo livello retributivo dell'ausiliario socio-sanitario . Non si attribuivano però compiti di carattere assistenziale, fatta salva l'attività di trasporto di ammalati.
Accordo nazionale di lavoro	1980	Distingue due figure : l'ausiliario socio –sanitario e l'ausiliario socio sanitario specializzato.
Contratto unico della sanità	Dpr 25 giugno 1983 n° 348	Conferma i due tipi di ausiliari: l'ausiliario socio - sanitario e l'ausiliario socio-sanitario specializzato, quest'ultimo seguì brevi corsi di aggiornamento, furono ampliate le mansioni e quindi abbandona l'esclusività delle mansioni di pulizia per occuparsi di elementari mansioni assistenziali sia pure in diretta collaborazione con il personale infermieristico.
Approvazione del regolamento e del programma del corso di qualificazione degli ausiliari socio sanitari specializzati	D.M.15 giugno 1987 n° 590	310 ore di formazione di cui 110 dedicate alla teoria e 200 per la parte pratica

³ Pertanto, per ausili, s'intendono “sia le tecnologie atte a superare le barriere poste dall'ambiente, sia quelle destinate a compensare specifiche limitazioni funzionali così da facilitare o rendere possibili le attività della vita quotidiana”(Consorzio Eustat 1999: “Tecnologie.....” pag. 14).

Contratto di lavoro contenuto nel DPR del 28 novembre 1990 n° 384	1990	Istituisce la figura dell'Operatore tecnico Addetto all'Assistenza e riunisce in un solo livello retributivo (il 3°) l'ausiliario socio sanitario e l'ausiliario specializzato e colloca al 4° livello l'OTA
Emanazione del D.M.S. del 26 luglio 1991 n° 295	1991	Regolamenta la formazione dell'OTA
Provvedimento della Conferenza Stato Regioni 22 Febbraio 2001	2001	Individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario e la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.
CCNL 2000-2001	2001	Articolo 4, comma 1, istituisce il profilo dell'O.S.S. inserito nella categoria B livello economico BS; al comma 2 è previsto che il profilo dell'OTA, inserito nella categoria B livello iniziale, è da considerarsi ad esaurimento con l'istituzione, nelle dotazioni organiche di ciascuna azienda nel profilo dell'Operatore socio – sanitario. Le aziende provvedono con oneri a proprio carico alla istituzione nella dotazione organica del nuovo profilo ritenuto necessario sulla base delle proprie esigenze organizzative.

Tabella 1- Tabella sinottica dell'evoluzione delle figure di supporto (modificata). Fonte: Benci L. - *Aspetti giuridici della professione infermieristica- Elementi di legislazione sanitaria - III edizione, McGraw-Hill, Milano, anno 2002, pp. 101-115*

L'infermiere prescrittore: dal profilo dell'infermiere all'attribuzione delle attività al personale di supporto

I provvedimenti normativi che regolamentano l'esercizio della professione infermieristica evidenziano che l'infermiere:

- è un professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica (DM 739/94);
- il suo campo di attività e di responsabilità è definito dal profilo professionale, dall'ordinamento didattico e dal codice deontologico (L.42/99);
- agisce non più in un ruolo ausiliario rispetto alla professione medica(L.42/99);
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico (DM 739/94, L.251/00);
- agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali (DM 739/94);
- per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto, della cui formazione è il professionista competente(DM 739/94).

L'infermiere pianifica l'assistenza infermieristica applicando un metodo scientifico, il *problem solving*.

L'infermiere procede all'accertamento, individua i problemi della persona reali e potenziali, decide quali interventi devono essere pianificati. In questa fase del processo, l'infermiere agisce come prescrittore, ovvero come professionista sanitario che individua e indica quali azioni di assistenza infermieristica sono da attuare.

Gli interventi prescritti si distinguono in azioni che derivano da una diagnosi infermieristica o da problemi collaborativi. Vi sono interventi che l'infermiere prescrive e deve attuare in prima persona. Vi sono interventi per la cui attuazione l'infermiere si può avvalere del personale di supporto, tali interventi devono essere in prima istanza:

- 📖 pertinenti all'assistenza infermieristica e quindi al campo di responsabilità infermieristica;
- 📖 realizzabili dall'infermiere in modo autonomo, dalla prescrizione, all'attuazione e alla valutazione.

Quindi, l'infermiere indicando quali azioni devono essere compiute per risolvere i problemi infermieristici identificati (diagnosi infermieristica o problema collaborativo), prescrive degli interventi e, laddove necessario, può avvalersi del personale di supporto.

Per l'infermiere "**avvalersi**" significa richiedere la collaborazione dell'operatore di supporto e agire insieme o trasferirgli l'attuazione dell'intervento, senza parteciparvi di persona, mantenendo la responsabilità della valutazione del risultato del processo.

Nel "trasferimento" dell'azione al personale di supporto l'infermiere non trasferisce:

- la responsabilità sull'intero processo di assistenza;
- la responsabilità insita "nell'avvalersi ove necessario";
- il potere (competenza e responsabilità) decisionale;
- la supervisione dell'azione.

Il termine che più precisamente esprime il processo di trasferimento di un'azione pianificata all'operatore di supporto è "**attribuzione**".

Il processo di attribuzione

Attribuzione: assegnazione, riconoscimento fondato su un giudizio; ciascuna delle mansioni, funzioni o doveri proprie di un ufficio, che proviene generalmente da un documento o da una norma⁴.

La letteratura internazionale ha definito l'attribuzione di compiti infermieristici al personale di supporto come delega. La sua definizione è **trasferimento ad una persona competente, della autorità di eseguire un selezionato compito infermieristico, in una situazione selezionata.**

Nei nostri contesti assistenziali l'uso del termine delega, se connotato da accezione giuridica, non è appropriato in quanto presuppone che l'attribuzione di incarichi venga realizzata sempre per iscritto e che comporti il "reale trasferimento dei poteri decisionali al delegato"⁵.

Nel caso specifico di assegnazione di compiti dall'infermiere all'operatore di supporto, difficilmente tale attribuzione avviene per iscritto, poiché ciò non sarebbe funzionale da un punto di vista organizzativo. Inoltre, l'infermiere assegna unicamente lo svolgimento di operazioni manuali che, per definizione, non devono comportare l'applicazione di un ragionamento diagnostico e quindi di un processo decisionale.

Per questi motivi possiamo affermare che nei nostri contesti assistenziali, laddove la letteratura internazionale parla di delega, è opportuno parlare di attribuzione di compiti.

L'attribuzione di compiti infermieristici si realizza tutte le volte che un infermiere assegna un'azione infermieristica, prevista nella fase di pianificazione dell'assistenza, ad un operatore di supporto.

La definizione statunitense parla di attribuzione di autorità, non perché l'atto attribuito non ricada nella competenza dell'operatore, ma in quanto l'attività che viene assegnata ricade all'interno della responsabilità specifica dell'infermiere e si inserisce all'interno della fase di attuazione del processo infermieristico.

L'infermiere è responsabile dell'attribuzione. Questa responsabilità riguarda la decisione di aver assegnato ad altri un'azione prevista dalla pianificazione dell'assistenza infermieristica, il controllo sul suo svolgimento e l'esito dell'azione stessa.

⁴ Devoto G., Oli G.C., - **Il dizionario della lingua italiana** - Le Monnier, Firenze, 1995.

⁵ L'uso del termine delega, se connotato da accezione giuridica, non è appropriato. ("lo strumento giuspenalistico della delega di funzioni ... risulta inadeguato per una molteplicità di motivi. ...la giurisprudenza ha avuto modo di stabilire che per aversi la effettiva trasferibilità di funzioni da una soggetto all'altro la delega deve essere scritta, effettiva, deve comportare il reale trasferimento di poteri decisionali al delegato con conseguente necessità del delegante di controllare, ma di non ingerirsi nell'attività del delegato (cassazione penale, III sezione, sentenza 1156 del 22 marzo 2000)". È del tutto impensabile che l'infermiere possa ingerirsi nell'attività dell'operatore di supporto e che ogni attività sia formalizzata con uno scritto. La soluzione deve essere, trovata anche in questo caso, nei piani di lavoro, che come ha correttamente scritto la Regione Lombardia devono individuare "le attività attribuibili all'OSS sulla base dei criteri della bassa discrezionalità e dell'alta riproducibilità della tecnica utilizzata". Attività attribuibili, dunque e non delegabili. L'attribuzione proviene generalmente dal documento della conferenza stato-regioni o dalle varie *job descriptions* regionali". Benci L., *Aspetti giuridici della professione infermieristica*. Mc Graw Hill, Milano: 2002. pag 113).

Come si realizza: l'attribuzione può essere paragonata ad alcuni aspetti del processo infermieristico stesso. Dopo aver valutato il paziente e pianificato la sua assistenza, l'infermiere identifica quali compiti possono essere compiuti da qualcun altro in possesso delle competenze necessarie, li assegna, li valuta e supervisiona l'esecuzione di questi compiti nell'implementazione del piano d'assistenza, ed infine, valuta se il compito è stato svolto in modo appropriato e se è stato raggiunto l'esito pianificato per il paziente.



Figura 1 – Rappresentazione grafica del Processo di Nursing

L'infermiere interagisce con il personale di supporto, si avvale della sua opera laddove è necessario.

Avvalersi della sua opera significa, sovrintendere alle loro attività, nello specifico, in quelle rivolte alla persona.

L'infermiere decide:

- in quel contesto operativo;
- secondo un modello di organizzazione dell'assistenza definito;
- in modo coerente e pertinente al piano di assistenza;
- di attuare in collaborazione con l'operatore di supporto o di attribuirgli, una attività definita, rivolta alla persona.

Il risultato del processo decisionale dell'infermiere è vincolato alla tutela della sicurezza dell'assistito.

Uno degli aspetti vincolanti per l'infermiere, per decidere se l'operatore di supporto può agire da solo, è dato dall'assenza di spazi di discrezionalità nello svolgimento dei compiti attribuiti. Infatti, la responsabilità di queste figure sta nella corretta esecuzione del compito, ma non nel ragionamento clinico, in quanto sono formati per supportare l'infermiere, non per sostituirlo⁶.

I criteri irrinunciabili, che devono essere soddisfatti dal professionista nell'identificazione delle attività attribuibili all'operatore di supporto, sono:

1. Giusto compito:

- L'attività è propria della competenza infermieristica?
- L'infermiere è autonomo nella prescrizione e nella pianificazione delle attività?
- L'attività è pertinente alla competenza dell'operatore di supporto?
- L'attività è ad elevato livello di standardizzazione, è ripetuta più volte nel corso dell'assistenza quotidiana, è indipendente dalla complessità assistenziale?
- L'attività è riconducibile al piano delle attività, ad una procedura che non necessita di adattamento alle circostanze di applicazione?
- L'attività presenta caratteristiche di bassa complessità tecnologica e non di invasività?
- I risultati della attività sono prevedibili? Il livello di rischio potenziale è basso?
- L'operatore di supporto potrebbe trovarsi nell'eseguire l'attività, a dover "scegliere" in merito se procedere in un modo o in un altro? Ovvero l'attività non necessita di un giudizio di tipo infermieristico da parte dell'operatore di supporto durante l'esecuzione? Il livello di discrezionalità è basso?

2. Giuste circostanze:

- Il livello di complessità assistenziale della persona che necessita di assistenza è definito?

⁶ D. Mosci, *La professione infermieristica e le modalità di esercizio della delega al personale di supporto: indagine conoscitiva realizzata nell'ambito dei Dipartimenti di Medicina Interna, dell'Invecchiamento e Neuro-senso-motorio dell'Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi di Bologna*. Tesi di diploma DDSI, Università degli Studi di Bologna, A.A. 2001-2002.

- Le condizioni strutturali: ambiente, risorse disponibili, organizzazione delle attività, organizzazione dell'assistenza permettono all'infermiere di esercitare una piena ed esauriente supervisione dell'attività e valutazione del risultato?

3. Giusta persona:

- La giusta persona (l'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica della persona da assistere) attribuisce alla giusta persona (l'operatore di supporto con competenze definite in termini di conoscenze, abilità e attitudini dimostrate) la giusta attività che deve compiere sulla giusta persona (chiara ed univoca identificazione della persona in termini di quella persona, in quel momento, in quelle circostanze definite).
- L'attività non deve essere ri-assegnata dall'operatore che ha ricevuto l'attribuzione ad altri operatori.

4. Giuste direttive e comunicazioni:

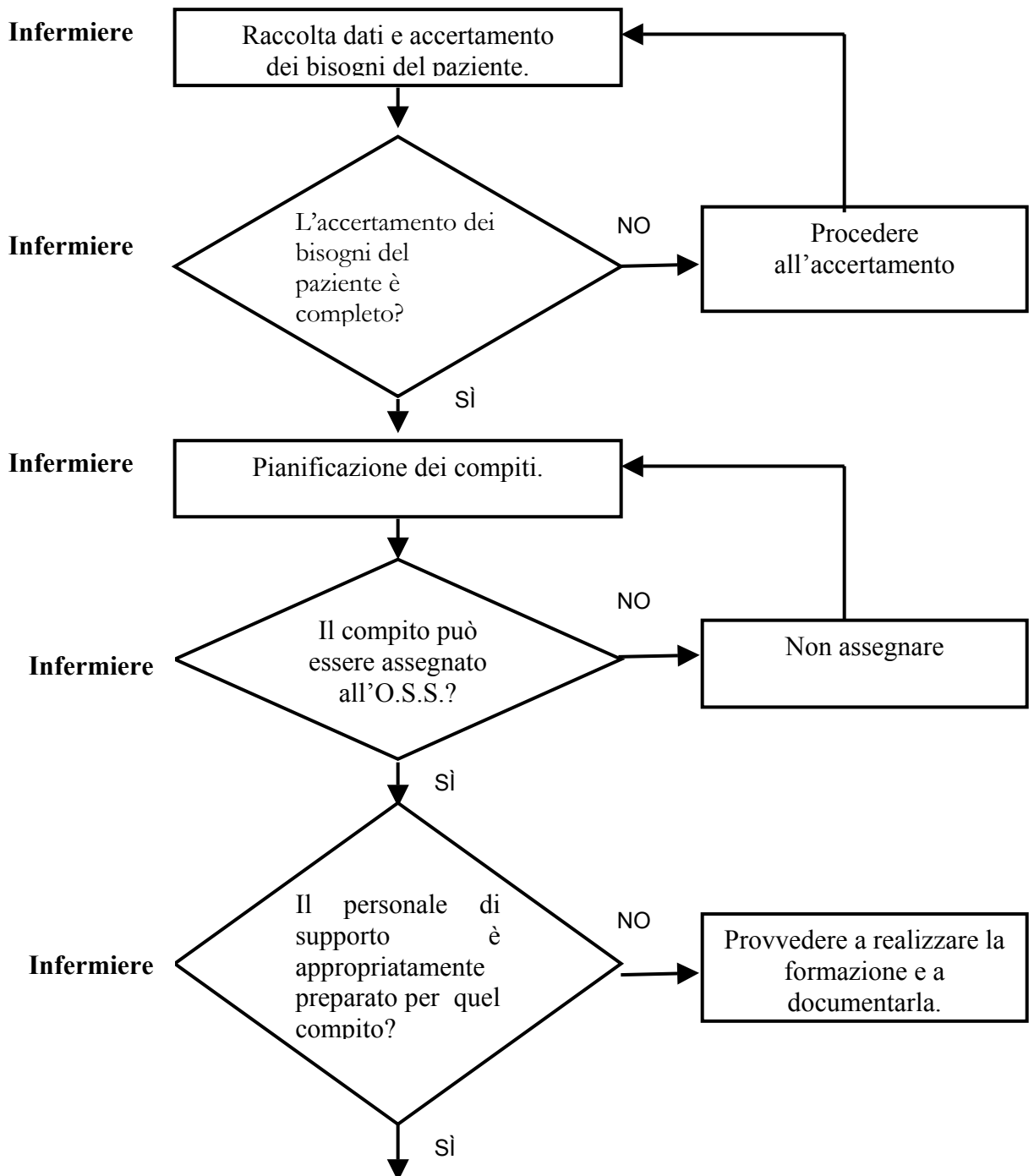
- La comunicazione dell'attribuzione all'operatore di supporto discende da:
 - un processo assistenziale scritto con chiara identificazione degli interventi;
 - dal coinvolgimento dell'operatore di supporto nell'organizzazione dell'assistenza;
 - dalla trasmissione di un messaggio che contenga tutti gli elementi necessari ad identificare il che cosa, il come, il quando, il dove, il perché e a chi è indirizzata l'attività;
 - dalla verifica della comprensione del messaggio;
 - dalla chiara definizione dei dati che devono essere raccolti unitamente alle modalità di registrazione.

5. Giusta supervisione:

- Sono state fornite direttive e spiegazioni chiare di come l'attività deve essere realizzata?
- L'esecuzione dell'attività è monitorata?
- È possibile intervenire se necessario?
- Lo svolgimento dell'attività è documentabile in modo appropriato?
- L'integrazione tra i responsabili della pianificazione dell'assistenza e gli operatori coinvolti è prevista e attuata?

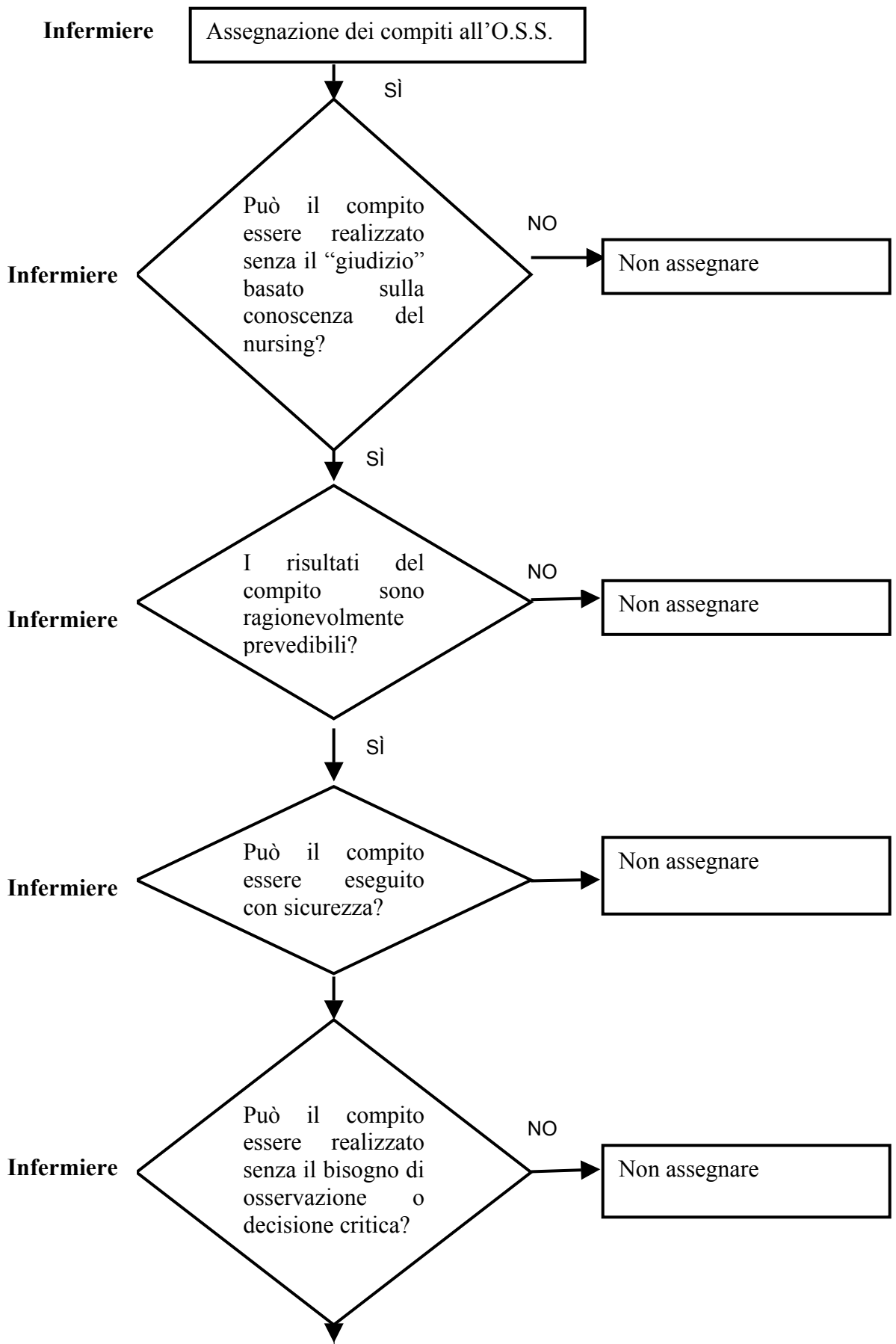
L'albero del processo decisionale dell'infermiere per l'assegnazione di compiti al personale di supporto

Dalla letteratura internazionale⁷ di cui si è presa visione, si seleziona e si adatta uno strumento sintetico di orientamento al processo decisionale dell'attribuzione, che identifica in modo univoco gli snodi decisionali. L'attribuzione può avvenire solo nel caso in cui tutti i quesiti hanno risposta positiva. Lo strumento per un pieno e consapevole utilizzo necessita dei riferimenti relativi ai passaggi di identificazione delle "cinque G"⁸



⁷ College of Nurses of Ontario – www.cno.org

⁸ National Council of State Board of Nursing, Delegation, concepts and decision-making process www.ncsbn.org/organizzazione/public/resources/ncsbn_Delegation.htm (adattato)



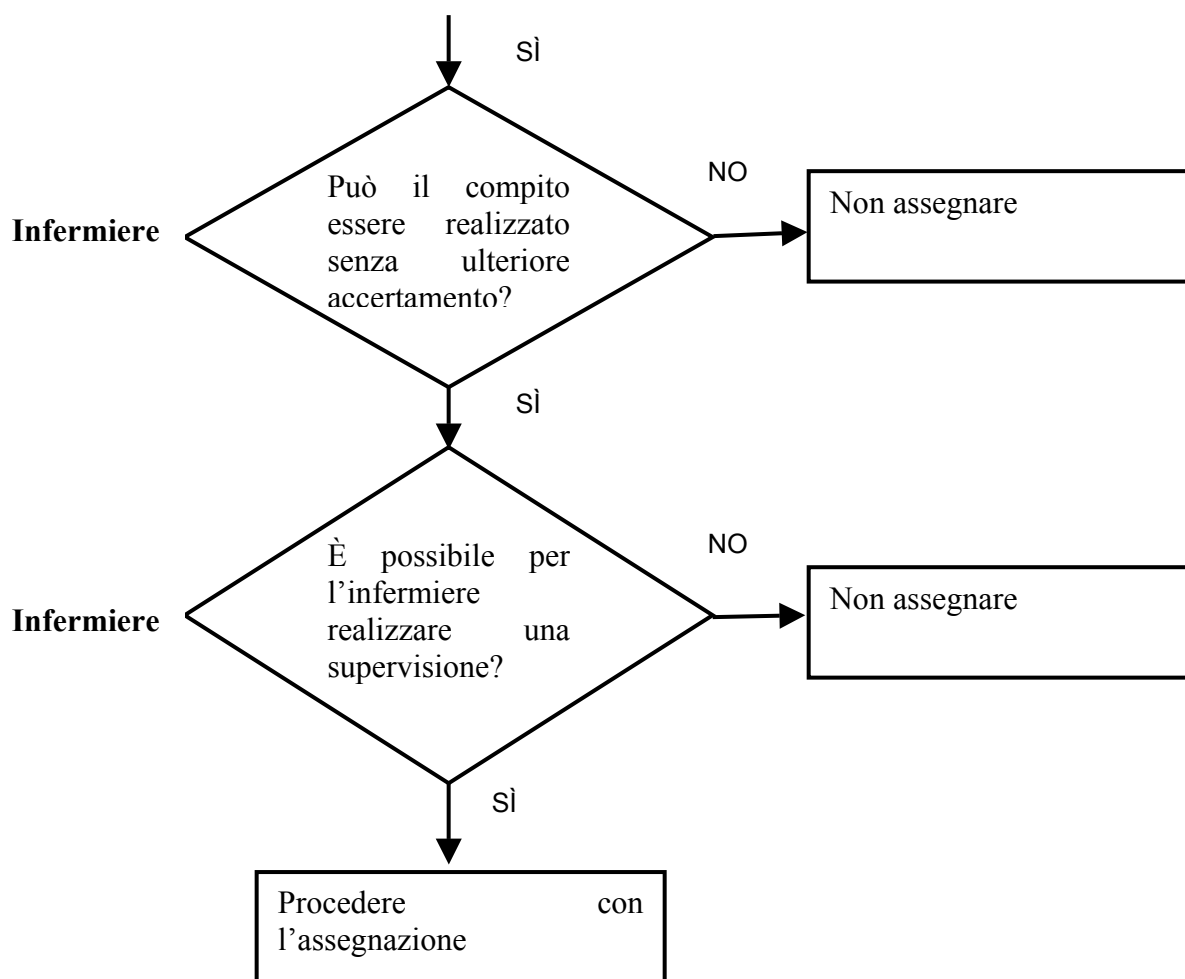


Figura 2 – Albero della decisionalità dell’attribuzione. Fonte: “L’infermiere si avvale dell’opera del personale di supporto”, Linea Guida (a cura di) Collegi Provinciali IPASVI – Regione Emilia – Romagna, pp. 85-87, 2004

La complessità assistenziale

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

Per poter dare risposta a queste domande, che rappresentano la condizione focale nelle quali il personale infermieristico e quello di supporto devono operare in una logica di integrazione, di efficacia e di efficienza, è necessario introdurre il concetto di complessità assistenziale.

Nonostante le numerose critiche, il metodo d’analisi ancora oggi più utilizzato è quello basato sul fattore “tempo”.

Tutti però concordano nel sostenere che, l’elemento fondamentale per definire il fabbisogno di assistenza infermieristica, sia l’analisi attenta, olistica ed empatica della persona che l’infermiere prende in carico.

Quali sono cioè i bisogni di coloro che entrano in una situazione di non completo benessere psico-fisico la cui risoluzione, spesso complessa, necessita dell'apporto di diversi operatori sanitari tra cui l'infermiere.

Nell'analisi della complessità assistenziale numerose sono le variabili che influenzano il risultato: alcune legate **alla tipologia delle persone assistite** (livello di autonomia/dipendenza, livello di instabilità/stabilità clinica, livello di competenza della persona assistita rispetto al proprio processo assistenziale, ecc.) altre legate **all'ambiente in cui si opera** (analisi della complessità organizzativa).

Dalla definizione del grado di complessità che deve essere rilevata e gestita per dar risposta ad ogni singola persona presa in carico in una data unità operativa si potrà definire:

- ❖ il numero degli infermieri e di altri operatori necessari;
- ❖ la tipologia della competenza che dovrà essere posseduta dai diversi componenti;
- ❖ gli obiettivi a cui l'intero gruppo di professionisti dovrà orientarsi.

La situazione attuale della nostra azienda

Il percorso assistenziale del paziente si è modificato rispetto al passato, oggi c'è una maggiore attenzione ad alcuni indicatori, quali l'appropriatezza dei ricoveri, la riduzione dei tempi di degenza, l'implementazione di percorsi assistenziali nelle aree ambulatoriali, nei D.H. e nei Day Service. Pertanto, alla nostra struttura sanitaria, accedono persone con problemi sanitari sempre più acuti e con una maggiore complessità assistenziale rispetto al passato.

Nel corso di questi anni inoltre, sono aumentati i bisogni dei pazienti espressi da una popolazione sempre più anziana, con pluri-patologia e con problematiche sociali.

Da alcuni anni l'Azienda si è inoltre orientata nell'affidare in gestione appaltata alcuni servizi quali, il lavanolo, lo smaltimento dei rifiuti, la sanificazione-sanitizzazione ambientale, le attività di portantinaggio (cose e persone), il lavaggio carrelli del vitto, le locande, che stanno riducendo progressivamente le attività di tipo alberghiero una volta svolte dal personale di supporto.

Dal punto di vista strutturale, la nostra Azienda è distinta in:

- area per acuti;
- area per post acuti;
- area critica (terapie intensive, rianimazioni, sale operatorie);
- area servizi: radiologie, palestre, laboratori, farmacia;
- area ambulatoriale (Day Service, D.H., ambulatori diagnostici e/o terapeutici, ecc.).

Il percorso di progressione verticale delle figure di supporto nell'Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi

A livello locale, nel mese di febbraio 2003, la Commissione Trattante ha prodotto un documento: *“Intesa a stralcio del CCLA 2° biennio economico 2000/ 2001 progressione interna nel sistema classificatorio e progressione economica orizzontale in attuazione della norma programmatica di cui all'Art. 12 del C.C.I.A 20 settembre 2001. Applicazione dell'istituto della progressione economica orizzontale ad alcune categorie ed operatori?”*.

In relazione a quanto sopra, nell'ottica della riqualificazione e valorizzazione del personale sono stati previsti appositi percorsi per il personale di supporto in particolare:

- percorso di riqualificazione del personale con qualifica di ausiliario socio sanitario ovvero, passaggio dalla categoria A alla categoria B riconoscendo a tali operatori quanto in molti casi di fatto svolgevano a livello delle singole UU.OO. Il percorso ha previsto il passaggio di categoria, una nuova denominazione in “Operatore tecnico con funzioni di supporto assistenziale” previo un breve corso di formazione e valutazione. **(allegato 1)**.
- percorso di riqualificazione del personale OTA ha previsto la definizione di una categoria una nuova denominazione in “Operatore tecnico addetto all'assistenza specializzato” con il relativo passaggio dalla categoria B alla BS, previo un breve corso di formazione **(allegato 2)**.
- La **tab. 2**, pone in evidenza i contenuti delle due **categorie B e BS** e individua:

- 1) **A** = attività che l'operatore svolge in autonomia (sulla base di procedure, protocolli, piano di lavoro)

- 2) **SA** = attività che l'operatore può svolgere sulla base di attribuzioni da parte dell'infermiere (la responsabilità della decisione e del controllo e dell'esito rimane pertanto in capo dell'Infermiere prescrittore)
- 3) **C** = attività che l'operatore svolge solo in collaborazione con l'infermiere (in questo caso l'infermiere è sempre presente)

	CATEGORIA B Operatore tecnico con funzioni di supporto assistenziale Percorso di qualificazione aziendale per ausiliari		CATEGORIA BS Operatore tecnico addetto all'assistenza specializzata Percorso di qualificazione aziendale per OTA
	<ul style="list-style-type: none"> - Opera nell'ambito di Unità Operative /Servizi sulla base di una categoria di lavoro definita; - opera in équipe sulla base di una organizzazione del lavoro definita (piano di lavoro/attività); - osserva protocolli e procedure; - comunica all'infermiere quanto sopravviene durante il suo lavoro in quanto ritenuto incidente sull'assistito e sull'ambiente. 		<ul style="list-style-type: none"> - Opera nell'ambito di Unità Operative /Servizi sulla base di una categoria di lavoro definita; - opera in équipe sulla base di una organizzazione del lavoro definita (piano di lavoro/attività); - osserva protocolli e procedure; - comunica all'infermiere quanto sopravviene durante il suo lavoro in quanto ritenuto incidente sull'assistito e sull'ambiente.
A	<p>Attività alberghiere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sanificazione e sanitizzazione degli ambienti; - rifacimento del letto non occupato e l'igiene dell'unità di vita del paziente; - raccolta e stoccaggio corretto dei rifiuti; - predisporre l'ambiente e il paziente per il pasto e riordina il materiale utilizzato anche dal paziente; - provvede al lavaggio e riordino dei carrelli del vitto; - effettua operazioni di trasporto del materiale biologico, sanitario ed economale e provvede per quest'ultimo alla sua sistemazione (nell'ambito del reparto/servizio); - effettua operazioni di ritiro e consegna presso i punti centralizzati dei carrelli del vitto; - lavaggio e asciugatura di utensili, apparecchiature e presidi utilizzati per l'assistenza al paziente. - è responsabile della documentazione a lui affidata. 	A	<p>Attività</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cura la pulizia e l'igiene ambientale; - collabora alla attuazione di sistemi di verifica degli interventi; - utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio; - cura la pulizia di arredi e attrezzature, nonché la conservazione degli stessi e il riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti - cura il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare; - effettua la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario, e dei campioni per gli esami diagnostici; - aiuta all'assunzione dei pasti.

SA/C	<ul style="list-style-type: none"> - Collabora nella distribuzione del pasto e provvede alla conservazione degli alimenti, secondo le indicazioni del personale infermieristico o sulla base di specifiche procedure. - all'aiuto nell'alimentazione del paziente; - al rifacimento del letto occupato; - all'igiene personale del paziente; - alla mobilizzazione; - all'aiuto al paziente nel cambio della biancheria e nelle operazioni fisiologiche; - lavaggio e asciugatura e preparazione del materiale da inviare alla sterilizzazione e relativa conservazione; - provvede al trasporto dei pazienti in barella o in carrozzina, ed al loro accompagnamento se deambulanti. <p>Esegue ogni altro compito richiesto dalle professionalità superiori che rientri nella sua competenza.</p>	SA	<ul style="list-style-type: none"> - Assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale; - realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico; - collabora alla attuazione degli interventi assistenziali; - collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione di attività semplice; - provvede alla somministrazione delle diete; - svolge attività finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche; - aiuto nella deambulazione e alla mobilizzazione - osserva, riconosce e riferisce alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare; - provvede al trasporto di utenti, anche allettati, in barella-carrozzina; - collabora alla composizione della salma e provvede al suo trasferimento; - cura il disbrigo di pratiche burocratiche;
C	<p>In collaborazione con l'infermiere o con il fisioterapista provvede alla mobilizzazione e al mantenimento delle posture.</p>	C	<ul style="list-style-type: none"> - Collabora all'attuazione di interventi assistenziali in ambito ambulatoriale su indicazione del personale sanitario presente; - coadiuva il personale sanitario nell'assistenza al malato anche terminale e morente; - collabora alla attuazione degli interventi assistenziali; - collabora nella corretta assunzione di farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso; - collabora nella preparazione alle prestazioni sanitarie; - collabora all'attuazione di interventi di primo soccorso; - collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale; - collabora all'impiego di presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette.

Tabella 2 – Declinazione dei contenuti delle due categorie B e BS. – Fonte: Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S.Orsola – Malpighi: *Intesa a stralcio del CCIA 2° biennio economico 2000/ 2001 progressione interna nel sistema classificatorio e progressione economica orizzontale in attuazione della norma programmatica di cui all'Art. 12 del C.C.I.A 20 settembre 2001. Applicazione dell'istituto della progressione economica orizzontale ad alcune categorie ed operatori*.

La situazione del personale di supporto a livello aziendale è pertanto la seguente:

- ausiliari specializzati che non hanno aderito al percorso di riqualificazione o che non hanno superato positivamente la prova - **categoria A.**
- operatori di supporto con funzioni tecnico assistenziali (300 operatori circa, a cui vanno aggiunti gli OTA che non hanno aderito al percorso di riqualificazione) **categoria B.**
- Operatore tecnico addetto all'assistenza specializzato (300 operatori circa, a cui vanno aggiunti gli OTA che hanno completato il corso per O.S.S. e gli O.S.S. di nuova assunzione) **categoria BS.**

Il percorso iniziato nel 2003 continua, pertanto, anche nel 2004, con l'obiettivo di:

- allocare in modo appropriato le figure di supporto tenuto conto della realtà ospedaliera e della sua relativa complessità;
- fare in modo che tale personale diventi sempre più "risorsa" impiegando al meglio le capacità e le competenze maturate per esperienza e per formazione.

L'inserimento e la valorizzazione delle figure di supporto, sono da considerare una "risorsa" se significano :

- ridefinire l'ambito ed i contenuti delle attività specificamente infermieristiche ed esplicitare nelle organizzazioni le reali funzioni del professionista infermiere nei suoi ambiti di autonomia e di responsabilità (vedi DM 739/94);
- sviluppare il tempo lavoro dell'infermiere per erogare assistenza di qualità e rispondere in modo adeguato e appropriato ai bisogni della persona nella cultura del prendersi cura invece che del "fare";
- attribuire attività che non sono specifiche /proprie dell'infermiere al personale di supporto che possiede conoscenze ed abilità per eseguirle;
- utilizzare l'attribuzione di attività, dove è possibile, con un mandato chiaro, specifico e ben definito alla figura di supporto che le esegue sotto la supervisione dell'infermiere (utilizzando la formula delle **5 G**: Giusto compito, Giuste circostanze, Giusta persona, Giuste direttive e comunicazioni, Giusta supervisione);
- riorganizzare l'assistenza secondo nuovi modelli organizzativi. L'inserimento degli operatori di supporto nell'organizzazione delle attività presuppone un'attenta analisi dell'organizzazione e degli obiettivi che questa deve perseguire in funzione della valorizzazione dei profili dei professionisti e degli operatori che vi esercitano il loro ruolo e a garanzia della sicurezza dell'utente e dei lavoratori coinvolti. Nell'organizzazione delle attività deve essere:
- chiara l'attribuzione di responsabilità alle diverse figure;
- documentata la pianificazione dell'assistenza;
- prevista la documentazione del processo di attribuzione;
- prevista e presidiata l'integrazione del team.

Risulta evidente che la messa in atto di un modello assistenziale per obiettivi facilita l'organizzazione dell'assistenza. **Nell'allegato 3**, si descrivono i modelli organizzativi più comuni con vantaggi e limiti.

I modelli organizzativi ed assistenziali della nostra azienda ospedaliera

Nella nostra Azienda, i diversi modelli organizzativi assistenziali fanno frequentemente emergere le seguenti criticità:

- l'infermiere è impegnato in modo rilevante nella fase di attuazione e poco su quella della pianificazione.
- è frammentaria l'integrazione fra le diverse figure assistenziali;
- il reale ruolo degli operatori di supporto non sempre è uniforme;
- la continuità assistenziale è disomogenea.

L'organizzazione del lavoro oggi non consente in maniera generalizzata, la "presa in carico dell'assistito", ciò è determinato essenzialmente da tre fattori:

1. difficoltà di reclutamento di personale infermieristico sul mercato ed elevato turn over ;
2. la turnistica;
3. un fenomeno “culturale”.

All'infermiere è chiesto di garantire la presenza nei diversi turni a copertura delle 24 ore e, al contempo, di garantire la continuità assistenziale con la “presa in carico” di un gruppo di pazienti (in analogia a quanto avviene ed è richiesto al personale medico). Mentre nelle UU.OO. a ricovero programmato, durante le fasce orarie notturne e festive, l'attività richiede la presa di decisione per gli eventi classificati come casi di urgenza (per es. un nuovo problema o la manifestazione di una complicanza clinica) e non di *routine* e, pertanto, non è richiesto il completo, ma solo parziale processo di pianificazione dell'assistenza già definito dal collega.

I modelli organizzativi ed assistenziali attualmente in uso:

‡ **Unità Operative di degenza**

- **le aree critiche**, basano l'assistenza infermieristica sulla presenza di infermieri con competenze specifiche, le quali, per essere acquisite richiedono periodi di inserimento lavorativo nei contesti specifici, di diversi mesi, al fine di raggiungere un elevato livello di autonomia nell'erogazione delle prestazioni assistenziali di riferimento. In alcune realtà, il gruppo professionale è organizzato secondo il modello assistenziale definito “*per settori*”, come per es. nell'U.O. di Terapia Intensiva Cardiologica, però, ad integrazione dell'assistenza infermieristica non è previsto il personale di supporto.
- **le specialità a bassa, media, elevata assistenza e la riabilitazione**, operano con diversi modelli organizzativi, quali:
 - il modello “*per piccola équipe*”, come per esempio nell'U.O. di Onco-ematologia pediatrica;
 - il modello “*per settori*” con la presenza della figura dell'Infermiere Case Manager (ICM), (vedi **allegato 4**) responsabile dell'équipe nei Post Acuti e Riabilitazione;
 - il modello “*per settori*” con il referente organizzativo/diurnista in qualità di responsabile del settore, ad esempio nell'U.O. di Ematologia;
 - il modello “*per compiti*” che sta per evolversi in un modello “*per settori*”, anche se per il momento è impostato solo con una mera suddivisione topografica (**Figura. 3**) dei pazienti, per esempio, alcune UU.OO. di Medicina;
 - e il modello “*per compiti*” vero e proprio.

In alcune realtà, l'operatore di supporto, lavora in modo trasversale su tutto il reparto anche se l'organizzazione è “*per settori*”. Questo perché l'attività di trasporto di cose e persone impegna almeno tre ore nella fascia oraria del mattino. Inoltre, in alcune realtà operative, l'O.S.S. non è vissuto a pieno come risorsa della struttura in quanto poco integrato anche a causa della non piena conoscenza in ordine alle diverse attribuzioni eseguibili.

‡ **Unità Assistenziali e Servizi**

- **Day Hospital, ambulatori e Servizi**, si lavora “*per compiti*” con una elementare pianificazione delle attività. In alcune realtà operative, attività abitualmente svolte dal personale infermieristico potrebbero essere attribuite, in parte, al personale di supporto e al personale amministrativo.
- **Sala operatoria**, opera “*per settori o funzioni*” (area sala interventi chirurgici; area dell'infermiere di sala, le cui prestazioni nel rispetto delle normative vigenti possono essere riorganizzate in attività ed alcune delle quali attribuibili anche ad altre figure professionali; area Centrale di sterilizzazione e preparazione di *kit* – container - anche in questo settore è possibile prevedere processi di riorganizzazione e area dell'induzione/risveglio del paziente). Ogni settore prevede un infermiere e nell'area sala interventi chirurgici è previsto anche l'infermiere strumentista, professionista in via di evoluzione su cui si sta intervenendo sia sul piano motivazionale, sia sul piano formativo (Master).

Evoluzione dei modelli organizzativi

In ogni caso, alla base di un qualsiasi modello organizzativo ed assistenziale scelto deve esserci la necessaria chiarezza delle sue articolazioni, funzioni e risorse assegnate, nonché le logiche della programmazione.

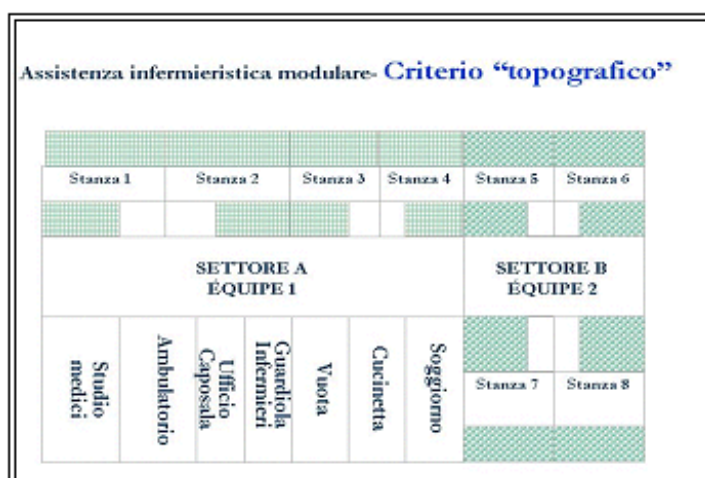
In pratica, è necessaria non solo la descrizione della posizione di lavoro che può variare in base al contesto ma anche la descrizione dei processi organizzativi e gestionali rispetto a chi fa, che cosa.

Quindi, l'evoluzione comporterà:

- lavorare secondo una logica di integrazione (medica, infermieristica e di supporto);
- ridefinire la “mission” dell'infermiere in modo più stringente ai dettami del Profilo professionale e alla luce delle nuove figure di supporto, quali l'Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) e l'Operatore Socio Sanitario con formazione complementare (O.S.S. f.c.);
- estendere la figura dell'Infermiere Case Manager (I.C.M.) nell'area per acuti;
- riorganizzare l'assistenza alla luce del percorso di verticalizzazione delle figure di supporto e dell'inserimento di nuove figure di supporto come gli O.S.S. e dell'estensione degli appalti (trasporto cose e persone);
- riorganizzare l'assistenza in funzione dell'impiego di personale con formazione post-base, ovvero persone in possesso del diploma di master in area critica, in sala operatoria e area geriatrica;
- standardizzare i protocolli assistenziali e terapeutici per condividere il livello di assistenza;
- realizzare parallelamente l'evoluzione della documentazione.

È necessario che al modello organizzativo sia abbinata una documentazione coerente, adeguata e validata.

Proposta di modelli organizzativi



infermieristica modulare – Criterio “topografico”.

1. Per le degenze a media ed elevata assistenza

Il modello organizzativo più idoneo è quello “*per settori*” dove l'infermiere si occupa di x pazienti. L'attività prioritaria dovrà essere quella di identificare i bisogni dei pazienti, pianificare gli interventi, erogare gli interventi infermieristici, assegnare i compiti al personale di supporto, verificare il raggiungimento dei risultati ed esercitare una sistemica supervisione su quanto fanno gli operatori di supporto.

Figura 3 – Rappresentazione grafica del modello organizzativo di assistenza

† **modello sulla “gestione del caso” in UU.OO. per acuti**

In questo caso, il *case manager* è la figura trasversale dell’Unità Operativa che gestisce/pianifica e valuta i casi complessi e coordina il gruppo di riferimento.

† **modello sulla gestione del caso in UU.OO. di post acuti**

È un modello di organizzazione dell’assistenza “per settori” *sulla base dell’intensità di cura*, con un maggiore impiego di personale di supporto (O.S.S.), che eroga assistenza in relazione ad una prescrizione infermieristica ed alla supervisione degli infermieri. Il Case manager mantiene le stesse attività (minore spazio dedicato all’attuazione dell’intervento e maggiore spazio alla prescrizione).

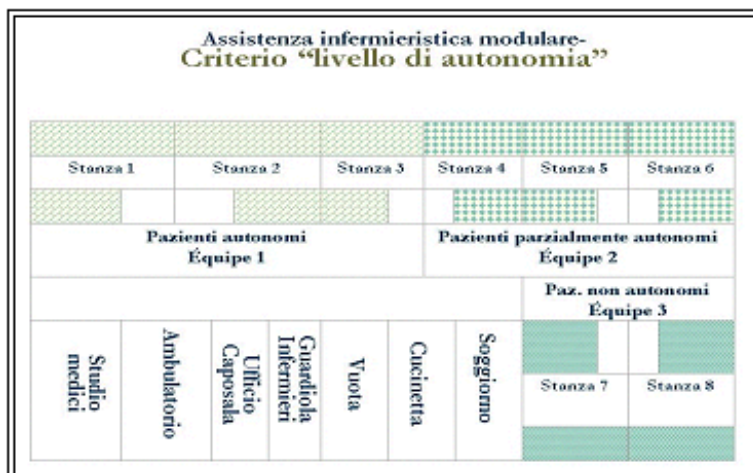


Figura 4 - Rappresentazione grafica del modello organizzativo di assistenza infermieristica modulare – Criterio “livello di autonomia”.

- **Area critica**

È una zona ad alta specialità e personalizzazione dell’assistenza, il modello prevederà l’inserimento di una figura trasversale nell’Unità Operativa, per es. un infermiere con formazione post-base (master di 1° livello in area critica/capo équipe) che gestisce/pianifica e valuta i casi

complessi dell’Unità e decide a quale infermiere più competente affidare il caso. Le figure di supporto collaboreranno in integrazione con il personale infermieristico e data la tipologia del paziente, il campo di “attribuzione di attività assistenziali” risultano molto limitate.

2. Sala operatoria

Opera con modello “*per settori o funzioni*”. Il modello in sostanza non dovrebbe subire modifiche se non prevedere una diversa articolazione del personale presente. In questa area occorre procedere a processi di riorganizzazione e condivisione delle attività, con l’obiettivo di valorizzare tutte le figure operanti in sala, dal ferrista all’O.S.S..

3. Ambulatori/Servizi

Il modello che di seguito si propone potrebbe essere applicato alle realtà dove sono presenti “stecche” ambulatoriali (come ad esempio nelle UU.OO. di Urologia, Ginecologia, Chirurgia, ORL, ecc.). L’infermiere è colui che garantirà la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche sia di routine, sia nei casi di emergenza clinica. Inoltre, assegnerà le attività alle figure di supporto rispetto alle quali effettuerà la supervisione.

Ipotesi di indirizzo dove allocare operatori in categoria B e BS

I criteri

Tenuto conto di quanto precedentemente esposto i criteri per individuare al meglio l’idonea collocazione delle figure di supporto vertono, a nostro avviso, su due diverse direttrici:

- A. **sul versante assistenziale**
- B. **sul versante organizzativo**

Il versante assistenziale

Le variabili assistenziali prese in considerazione sono:

- **condizioni cliniche dell'assistito**

Si valuta lo stato di salute/malattia della persona in termini di stabilità ed instabilità clinica. Ad **alta instabilità clinica** corrisponde **bassa discrezionalità decisoria infermieristica**.

L'infermiere opera in collaborazione con altre figure professionali, prevalentemente il medico (problema collaborativi).

È evidente che, minore è il campo di autonomia dell'infermiere, minori sono le attività che possono essere attribuite al personale di supporto. Sono loro affidate prevalentemente le attività alberghiere, di assistenza indiretta e ambientale.

- **alto/ basso livello di standardizzazione e di esecutività delle attività assistenziali sulla persona**

Caratteristica di un'azione che è eseguibile con sequenze ripetibili nella maggior parte delle situazioni perché la tecnica utilizzata è di **bassa discrezionalità** e di **alta riproducibilità**. Pertanto, non richiede processi decisionali per modificarla. È protocollabile.

- **livello di personalizzazione dell'assistenza**

Intesa come massima espressione della professionalità/autonomia dell'infermiere.

L'infermiere per poter avvalersi del personale di supporto deve essere in condizione di:

- prendersi cura in modo globale della persona assistita;
- programmare le attività assistenziali/educative;
- valutare il risultato dei suoi interventi e di quelli del personale di supporto.

- **livello di dipendenza della persona assistita**

Da solo non è indice di nulla in quanto risulta incompleto. Infatti, da solo non è esauriente per la definizione e la valutazione del carico assistenziale infermieristico.

Il neonato ha bisogno di molta assistenza ma non necessariamente infermieristica, così come le persone anziane che vivono in situazioni legate a patologie croniche.

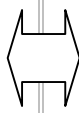
Si può però definire che, maggiore è il livello di dipendenza, maggiori possono essere gli ambiti dove l'infermiere può essere prescrittore di attività.

Alta			Dialisi Pronto soccorso	Sale operatorie Rianimazioni Cec Utic Tic Terapie intensiva T.I. Pneumologica BCM
Instabilità clinica	Ematologia Malattie infettive Oncologia Radioterapia	Chirurgia d'urgenza Ortopedia	Chirurgie Cardiochirurgia ORL Ginecologie Urologie Pneumologia Pediatria	
		Medicina d'urgenza Cardiologia degenza	Medicine Interna Geriatriche	Angiologia Gastroenterologia
			Oculistica Dermatologia	Riabilitazione PARE
Bassa	Standardizzazione			Alta

Tabella 3 - Rappresentazione grafica delle UU.OO. dell'Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi in ordine alle variabili della complessità clinica e della standardizzazione dell'assistenza (macroanalisi).

Le Unità Operative che rientrano nella complessità clinica alta non vengono ulteriormente analizzate in quanto, come già dichiarato, il personale di supporto può svolgere solo attività indiretta, ambientale e in alcuni casi, di trasporto di persone (vedi dialisi, rianimazione, ecc.)

L'analisi successiva prende in considerazione le variabili della dipendenza dell'utenza e anche in relazione alla permanenza del paziente all'interno dell'Unità Operativa/Servizio.

Livello di dipendenza	Alta				Pediatrie	Pare Riabilitazione
		Chirurgia d'urgenza Cardiologia degenza			Geriatriche Medicine Ortopedia	
		Medicina d'urgenza			Oncologie Ematologia Malattie infettive Radioterapia Pneumologia	
		Dermatologia Oculistica Nefrologia Angiologia	Ginecologia Urologia 5gg Chirurgie 5gg		Chirurgie ORL Urologia Ostetricia	
		Ambulatori Trasfusionale Servizi Radiologia Medicina Nucleare				

Personalizzazione

Bassa

Alta

Tabella 4 Rappresentazione grafica delle UU.OO. dell'Azienda Ospedaliera di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi, in ordine alle variabili livello di dipendenza e livello di pianificazione (macroanalisi).

Il versante organizzativo

‡ ***In questa realtà ci sono attività che posso attribuire agli operatori di supporto?***
(con questo quesito facciamo riferimento alle attività assistenziali ed al concetto di attribuzione declinato nei punti precedenti).

‡ ***L'ingresso degli O.S.S. modifica l'attività svolta sul paziente dagli infermieri?***

Sulla base di questi elementi e dei principi di riferimento si descrive la seguente mappa:

Area	Categoria	Ci sono attività che posso attribuire agli operatori di supporto?	L'ingresso dell'O.S.S. modifica l'attività svolta sul paziente dagli infermieri?	Motivazione
‡ Dialisi	Ausiliario/ B	No	No	Nessuna attività sul paziente, portantinaggio, sistemazione materiali.
‡ Palestre	Ausiliario/	No	No	Portantinaggio, sistemazione

<p>♀ Radiologie ♀ Laboratori trasfusionali</p>	B			materiali.
<p>♀ Medicina nucleare</p>	BS	Sì	Sì	Accoglienza, aiuto del paziente per l'esecuzione di indagini (ecografie, ago aspirato, ecc.) rifornimento materiali.
<p>♀ Blocchi operatori</p>	<p>Ausiliario/ B</p> <p>B</p> <p>BS</p>	Sì	Sì	<p>Elevata standardizzazione delle prestazioni.</p> <p>Zona filtro per attività di sanificazione/biancheria ecc laddove il servizio non è ancora appaltato.</p> <p>Sterilizzazione (lavaggio ferri e confezionamento).</p> <p>Sala: attraverso processi di formazione e di riorganizzazione del lavoro è possibile attribuire alcune attività di competenza infermieristica all'O.S.S., dove rimane in ogni caso all'infermiere la responsabilità del risultato dell'attività (mobilizzazione paziente, passaggio materiale sterile su indicazione del ferrista).</p>
<p>♀ Terapie intensive ♀ Rianimazione ♀ BCM</p>	B	No	No	<p>Poche attività che possono essere attribuite a livello assistenziale: Portantinaggio, lavaggio carrelli vitto, sistemazione materiali economici.</p> <p>Igiene del paziente in collaborazione con personale infermieristico.</p>
<p>♀ Pronto soccorso generale</p>	Ausiliario/ B	No	No	Portantinaggio lavaggio carrelli vitto, sistemazione materiali economici, sterilizzazione, ecc.
<p>♀ Area pediatrica</p>	B	No	No	<p>Poche attività che possono essere attribuite a livello assistenziale, in tale area sono presenti i genitori per le attività di base (igiene, cambio pannoloni).</p> <p>Portantinaggio, lavaggio carrelli vitto, sistemazione materiali economici, sterilizzazione, ecc.</p>
<p>♀ Lattario</p>	BS	Sì	Sì	<p>Diverso è nel lattario dove predispone alimenti per neonati, opera comunque su diretta supervisione dell'infermiere</p>
<p>♀ Medicina</p>	B	Sì	No	Portantinaggio, lavaggio carrelli

d'urgenza				vitto, sistemazione materiali economici, sterilizzazione, ecc.
Degenze: ☿ geriatria, ☿ post acuti, ☿ medicina, ☿ ortopedia, ☿ chirurgia, ☿ oncologia, ☿ gastro- enterologia	BS	Si	Si	O.S.S. con la seguente priorità: area internistica geriatrica, ortopedia, chirurgia. Numerose sono le attività rivolte al paziente che possono essere attribuite.
Degenze : ☿ Radioterapia ☿ Angiologia ☿ dermatologia ☿ nefrologia, ☿ oculistica ☿ ematologia, ☿ malattie infettive ☿ pneumologia, ☿ fisio-patologia respiratoria, ☿ cardiologia	B	Si	No	Portantinaggio, lavaggio carrelli vitto, sistemazione materiali economici, sterilizzazione, ecc.
☿ Sala Parto e Ostetricie	BS	Si	Si	Progetto in fase di implementazione.
L'analisi svolta da ogni OPD di Dipartimento favorisce il dettaglio di questa scheda. Sono state prese in considerazione le aree ambulatoriali aggregate e il singolo ambulatorio. Aree ambulatoriali ☿ Ambulatorio chirurgico, ☿ ORL, ☿ Angiologico ☿ Fisio- respiratorio, ☿ urologico, ☿ ginecologico, ☿ radioterapia	BS	Si	Si	L'operatore risponde sempre ad un infermiere. Nell'ambito dell'ambulatorio è comunque presente un medico che è colui che svolge le prestazioni sul paziente. L'operatore svolge attività riferite a: accoglienza del paziente, collabora con il medico nel confezionamento di medicazioni, nell'esecuzione di indagini (ecografie, doppler, ecc.) predispone il materiale da sottoporre la sterilizzazione.

<p>† Medicina Nucleare</p> <p>Sono esclusi (ambulatori isteroscopia ed endoscopia)</p>				
--	--	--	--	--

Tabella 5 – Mappa delle attribuzioni rispetto alle diverse categorie di figure di supporto.

L'informazione e la formazione

I contenuti fino ad ora indicati dovranno diventare patrimonio culturale di tutti i professionisti presenti all'interno dell'Azienda. È infatti indiscutibile, il concetto, che le informazioni migliorano le condizioni con cui si assumono le decisioni. Il percorso pertanto proposto si articola su due diversi livelli:

- ☞ **Informazione**, in prima istanza, a tutti i professionisti dell'Azienda (coordinatori, infermieri, ostetriche, terapisti, operatori di supporto) con l'obiettivo di focalizzare l'attenzione sull'evoluzione delle figure di supporto e promuovere le basi per un futuro cambiamento;
- 📖 **formazione** sul gruppo di operatori che in prima istanza sarà coinvolto in un processo di cambiamento organizzativo/assistenziale.

A lato di questo percorso, si condivide la necessità di rendere visibile e trasparente mediante inserimento nel sito della Direzione del Servizio infermieristico e Tecnico tutto il materiale disponibile inerente gli operatori di supporto, il percorso che si intende intraprendere con le relative modalità operative.

Questo documento diventerà una sorta di “ Diario di bordo” di come siamo partiti, dove vogliamo arrivare e come stiamo procedendo.

Corso informativo

Il corso prevede il coinvolgimento di tutti gli interessati afferenti a tutti i Dipartimenti e suddivisi in sezioni; ogni Dipartimento dovrà programmare la presenza di tutti gli interessati suddivisi per sezione. Al fine di facilitare il raggiungimento di questo obiettivo si provvederà ad inviare una nota ai Coordinatori e agli Animatori di formazione, per richiedere la loro collaborazione in ordine all'individuazione delle persone e le relative qualifiche (è prevista una tabella da compilare) assegnate al Dipartimento di appartenenza e da programmare per ogni sezione. Tabella, che debitamente compilata, dovrà essere restituita, via fax, al Settore Formazione Aggiornamento Aziendale. L'attuazione della formazione è programmata, di norma, per la giornata di sabato, presso l'Aula Magna delle Nuove Patologie.

Macroprogettazione

<i>OBIETTIVI</i>	Informare il personale sanitario infermieristico, tecnico e di supporto riguardo: l'integrazione tra gli operatori collocati nella categoria B e BS e le altre figure sanitarie
<i>CONTENUTI</i>	Principi normativi; Profilo dell'infermiere e figure di supporto; Condivisione del percorso di verticalizzazione e del processo di cambiamento.
<i>METODOLOGIA DIDATTICA</i>	Lezione frontale Discussione
<i>DESTINATARI</i>	Caposala, Infermieri, Ostetriche.
<i>SEZIONI</i>	8
<i>DURATA</i>	Ore 4.00
<i>TOLLERANZA ASSENZE PER IL RILASCIO DELL'ATTESTATO DI</i>	0%

FREQUENZA	
DOCENTI	Gruppo di progetto
GIORNATA	Sabato mattina
SEDE	Aula Magna Nuove Patologie
VALUTAZIONE	Questionario di apprendimento e di gradimento

Tabella 6 – Macroprogettazione del percorso formativo.

Microprogettazione

ORARIO	INTERVENTI	DOCENTI
8,15	👤 Iscrizione dei partecipanti	
8,30	📖 Presentazione del progetto	
8,45	📖 Illustrazione dell'evoluzione delle figure di supporto	
9,15	📖 Illustrazione dei principi normativi di riferimento	
9,45	📖 Illustrazione linee di indirizzo in relazione alle figure di supporto	
10,30	☹ Pausa	
10,45	📖 Il processo di cambiamento: aspetti culturali di valorizzazione delle risorse metodi e strumenti (modelli organizzativi e indirizzi per l'azione)	
12,15	👤 Discussione	
12,45	📁 Test di apprendimento e gradimento	
13,00	👤 Chiusura dei lavori	

Tabella 7 – Programma del corso di formazione.

Corso formativo

Proposta di progettazione













Contenuti
📖 L'analisi organizzativa
📖 Obiettivo da raggiungere e criteri
📖 Fotografia della situazione lavorativa attuale
📖 Approfondimento delle conoscenze riguardo ai modelli organizzativi
📖 Analisi delle attività.

Il gruppo di lavoro a nostro parere dovrebbe essere composto da Coordinatori, Infermieri e personale in categoria B – BS afferenti al Dipartimento/Area/U.O. da cui si intende partire.

La metodologia didattica utilizza, sia momenti di lezione frontale, sia di attivazione di gruppi di lavoro e di miglioramento F.S.C. (formazione sul campo).

Utilizzando questa tipologia di formazione è possibile chiedere l'accreditamento ECM per tutto il percorso.

Glossario

-  **ASSISTENZA** - aiuto nelle attività di vita quotidiane.
-  **ASSISTENZA INFERMIERISTICA** - *l'infermieristica, è intesa anzitutto come "assistere le persone (malate o sane) nelle attività che contribuiscono al suo recupero/ salute (o ad una morte serena), attività che le persone svolgono autonomamente quando possiedono l'energia, la volontà e le conoscenze necessarie per farlo; aiutare le persone a seguire la terapia prescritta e a rendersi indipendente dall'assistenza il prima possibile".⁹*
-  **ATTRIBUZIONE** - *assegnazione, riconoscimento fondato su un giudizio; ciascuna delle mansioni, funzioni o doveri proprie di un ufficio, che proviene generalmente da un documento o da una norma.*
-  **AUTONOMIA** - *categoria giuridica nella cui attività non vi sia ingerenza da parte di altri; si coniuga con la responsabilità.*
-  **COLLABORAZIONE** - *prendere parte attiva di una impresa, generalmente a carattere intellettuale, o culturale, per lo più limitatamente alla propria competenza e senza esplicare funzioni direttive.*
-  **COMPETENZE** - *piena capacità di orientarsi in determinate questioni; legittima autorità di esplicitare un mandato. Capacità professionale richiesta per assumere certe funzioni, attitudine riconosciuta a fare questo o quell'atto.¹⁰ La competenza, a sua volta, determina l'autonomia e la responsabilità nell'area operativa dell'esercizio professionale.*
-  **COMPITO** - *svolgimento, esecuzione determinata che qualcuno si prefigge o impone ad altri nel quadro di un'attività o di un'operazione generale il compito è la mera esecuzione di un ordine, mentre si parla di prestazione quando l'atto eseguito comprende la consapevolezza, da parte di chi esegue, dell'obiettivo e l'orientamento a conseguire un risultato.*
-  **CRITERIO** - *qualità o livello di raggiungimento di un obiettivo che si può considerare accettabile.¹¹*
-  **DELEGA** - *incaricare dell'esecuzione di determinati atti in propria vece; affidare ad altri, per le elaborazione o l'esecuzione, quanto normalmente rientra nell'esercizio di poteri o funzioni proprie o di esecuzione.*
-  **ESECUZIONE** - *attuazione sul piano pratico o materiale; realizzazione; indica svolgimento di attività semplici ed autonomia esecutiva e responsabilità, nell'ambito di istruzioni fornite, riferita al corretto svolgimento della propria attività.*
-  **FUNZIONE** - *insieme di attività (che concorrono ad un medesimo fine) che una persona compie per esercitare il suo ruolo. All'interno del ruolo si esplicano le funzioni che vengono intese come gamma estesa di responsabilità, che comprendono tutte le attività mirate al raggiungimento di predeterminati obiettivi. Le funzioni si suddividono in aree di lavoro o attività da svolgere per conseguire l'obiettivo stabilito.*
-  **INTEGRAZIONE** - *L'integrazione professionale non è la semplice somma delle diverse componenti, ma il risultato di una gestione comune della persona da assistere che considera l'insieme dei bisogni e dei problemi di salute da soddisfare / risolvere nella loro globalità, e mette, pertanto, in atto modalità di intervento programmato dall'équipe stessa in un'ottica di "economia organizzativa". L'integrazione orienta l'autonomia e amplia l'area decisionale delle singole figure/ categorie professionali al servizio e al cliente attraverso la definizione di obiettivi comuni e condivisi.*

⁹ V. Henderson, 1960.

¹⁰ J.J. Guilber - **Guida Pedagogica**, 3^a edizione, Armando Editore, Roma.

¹¹ R.F. Mager - **Gli obiettivi didattici**, 11^a edizione, Giunti Lisciani Editore, Bologna, 1990.

- 📖 **OBIETTIVO** - scopo, risultato da raggiungere, risultato atteso. Gli obiettivi devono essere chiaramente definiti, devono essere pertinenti, realizzabili, misurabili e devono contenere atto, contenuto, condizione e criterio.
- 📖 **PIANIFICAZIONE** - definizione dei risultati che si dovranno conseguire, necessari per la realizzazione degli scopi dell'organizzazione, identificazione delle risorse da utilizzare per realizzarli, determinazione delle responsabilità e dei tempi entro i quali i risultati indicati devono essere realizzati. Pianificare vuol dire applicare un processo che porta a decidere cosa fare, come farlo, come valutare quello che si farà.
- 📖 **PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA** - la pianificazione è la fase del processo di assistenza, che segue la definizione degli obiettivi attesi per il cliente, e definisce le prestazioni assistenziali da sviluppare, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi definiti per il cliente, per la risoluzione dei problemi identificati, in modo da orientare e focalizzare le attività da eseguire: individuazione e definizione delle priorità, identificazione punti di forza e di debolezza della persona, definizione dei criteri di risultato come valori misurabili del raggiungimento degli obiettivi per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza erogata, formulazione degli interventi e stesura del piano assistenziale.
- 📖 **PROCESSO** - insieme di attività finalizzate alla produzione ed erogazione di un prodotto / servizio che può coinvolgere più professionisti impegnati nella soluzione di un problema.
- 📖 **PROCESSO DI ASSISTENZA** - il processo di nursing è un metodo di identificazione e di soluzione dei problemi: " ... in cui sebbene derivi dal metodo scientifico... i valori umani influenzano sia l'identificazione che la soluzione dei problemi. Le componenti del processo in genere includono: accertamento e diagnosi che sono le fasi dell'identificazione del problema; identificazione degli obiettivi, attuazione degli interventi e valutazione dei risultati." (Gordon 1994). Il processo di assistenza si realizza "nell'applicazione del metodo scientifico", che permette attraverso la logica di identificare i problemi e di trovare le più opportune risposte, " per la soluzione dei problemi assistenziali" (La Greca).
- 📖 **RESPONSABILITÀ** - professionalmente significa rispondere dell'azione che si mette in atto e assumere le conseguenze di un atto o di un comportamento.
- 📖 **RUOLO PROFESSIONALE** - comprende l'insieme delle funzioni svolte (J.J.Guilbert). Ogni professionista ricopre un ruolo che viene definito dalle proprie specifiche competenze e dal proprio ambito di operatività, ed è lo spazio ricoperto dalla figura professionale nell'ambito dell'organizzazione, definito in termini istituzionali sulla base della natura dell'ufficio ricoperto e delle responsabilità assegnate, che in ambito sanitario sono fissate per legge.
- 📖 **STANDARDIZZABILITÀ** - caratteristica di un'azione che è eseguibile con sequenze ripetitive nella maggior parte delle situazioni, perché la tecnica utilizzata è caratterizzata da bassa discrezionalità e alta riproducibilità: pertanto, non richiede processi decisionali per modificarla; di conseguenza è protocollabile.
- 📖 **SUPPORTO** - sono di supporto i processi/attività a carattere non sanitario clinico, effettuate a sostegno del paziente o delle attività sanitarie.
- 📖 **SUPERVISIONE** - l'attività o l'opera di chi sovrintende alla realizzazione di un lavoro; part., in cinematografia, la direzione generale artistica, tecnica o economica, di un film. [Dall'ingl. supervision; propr. "sovrintendenza"].¹²
- 📖 **VALUTAZIONE** - determinazione del valore da assegnare a cose o fatti ai fini di un giudizio una classifica. Fornisce le basi di un giudizio di valore che permette di prendere migliori decisioni...include una componente di "misurazione" e una componente di "giudizio e decisione".

¹²Devoto G., Oli G.C., - **Il dizionario della lingua italiana** - Le Monnier, Firenze, 1995.

BIBLIOGRAFIA

Note bibliografiche

- ☞ Benci L., Gli operatori di supporto e gli operatori a esaurimento Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing, McGraw-Hill, Milano, 2001, pp. 101-115
- ☞ Benci L., - Aspetti giuridici della professione infermieristica - Elementi di legislazione sanitaria - III edizione, McGraw-Hill, Milano, anno 2002, pp. 101-115
- ☞ F.Munerati-D.Salmaso, Il percorso di integrazione tra infermieri e figure di supporto: l'esperienza di Padova, Professioni Infermieristiche, n° ????, 2003 pp.46-57
- ☞ National Council of State Board of Nursing, "Delegation, concepts and decision-making process", www.ncsbn.org/organizzazione/public/resources/ncsbn_Delegation.htm.
- ☞ AA.VV., Autonomia-competenza, responsabilità infermieristica, Collegi provinciali Regione Emilia Romagna, Bologna, 2003
- ☞ Bianchi P., Cavaliere B., Un possibile quadro organizzativo per l'integrazione delle figure di supporto all'assistenza, in "Management Infermieristico", 4, 2003, Lauri Edizioni, pp.12-14.
- ☞ Pitacco G., Un modello di analisi della complessità assistenziale. In "I quaderni", 7, 2003, pp 22-27
- ☞ Mosci D., La professione infermieristica e le modalità di esercizio della delega al personale di supporto: indagine conoscitiva realizzata nell'ambito dei Dipartimenti di Medicina Interna, dell'Invecchiamento e Neuro-senso-motorio dell'Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi di Bologna. Tesi di diploma DDSI, Università degli Studi di Bologna, AA 2001-2002.
- ☞ Pontello G., Il management infermieristico, Masson, Milano, 1998.
- ☞ Marriner Tomey A., Management infermieristico, teoria e pratica, Sorbona, Milano, 1995.
- ☞ Calamandrei C., Orlandi C., La dirigenza infermieristica, Mc Graw Hill, Milano, 1998.
- ☞ Tappen R., Leadership e Management Infermieristico, Rosini, Firenze, 1989.
- ☞ Calamandrei C., L'inserimento del personale di supporto: una proposta di progetto - In "Management Infermieristico", 4, 2001, Lauri Edizioni, pp. 16-23
- ☞ Collegi Provinciali IPASVI - Regione Emilia - Romagna, "L'infermiere si avvale dell'opera del personale di supporto", Linea Guida (a cura di), pp. 85-87, 2004

Riferimenti normativi

- 📖 Legge n°1 del 8 Gennaio 2002 conversione in legge, con modifiche, del Decreto Legge 12 novembre 2001 n°402 recante Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario GU n°8 del 10 Gennaio 2002"
- 📖 CCNL del Comparto Sanità II biennio economico 2000-2001
- 📖 Conferenza Stato Regioni del 22 febbraio 2001 Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la Solidarietà Sociale e le regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano- G. U. del 19 Aprile 2001
- 📖 Regione Emilia Romagna Delibera n°1404 del 31\07\00 Linee Guida per l'attuazione della sperimentazione del percorso formativo integrato relativo alla figura professionale "Operatore socio-sanitario" Bologna 1 Settembre 2000
- 📖 Legge n° 251 del 10 Agosto 2000 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica
- 📖 Legge n°42 del 26 febbraio 1999 Disposizioni in materia di professioni sanitarie
- 📖 Ministero della Sanità DM n°739 14 Settembre 1994 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere
- 📖 DM 26 Luglio 1991 n°295 Regolamento dei corsi di qualificazione per l'accesso alla qualifica di OTA G.U. del 16 Settembre 1991 n°217
- 📖 DPR n°384 del 28 Novembre 1990 Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
- 📖 DPR n°270 del 20 maggio 1987 Approvazione del regolamento e programma di qualificazione degli Ausiliari socio-sanitari G.U. n°79 del 5 Aprile 1998
- 📖 DM n°590 del 15 Giugno 1987 Approvazione del regolamento e del programma del corso di qualificazione degli ausiliari socio sanitari specializzati