



Indagine conoscitiva sull'utilizzo delle figure di supporto all'assistenza infermieristica nelle strutture sanitarie della provincia di Como

Elaborato a cura di

*Doriana Valle,
Oreste Ronchetti,
Stefano Citterio*

Coordinatori dell'Indagine

Rosabianca Sergeant, Doriana Valle

Gruppo di lavoro:

Ciro Marino

Adelaide Pina

Rosella Maffia

Paola Pozzi

Valeria Belluschi

Maria Luisa Bianchi

Oreste Ronchetti

www.ipasvico.it

INDICE

PRESENTAZIONE	Pag. 3
CONTESTO DENTRO CUI NASCE IL PROGETTO	Pag. 4
Introduzione	Pag. 4
Attribuzioni e competenze.....	Pag. 5
degli Operatori Socio Sanitari	
Variabili e criteri guida per l'integrazione	Pag. 8
dell'OSS nei processi assistenziali	
IL PROGETTO	Pag. 13
Metodologia utilizzata	Pag. 13
RISULTATI OTTENUTI	Pag. 15
Dati relativi alle Residenze Sanitarie Assistite	Pag. 15
Dati relativi alle Strutture Ospedaliere	Pag. 20
CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	Pag. 22
<i>Bibliografia</i>	<i>Pag. 23</i>

La recente istituzione dell'Operatore Socio Sanitario (2001), la cronica carenza di Infermieri, l'accresciuto bisogno assistenziale nell'ambito sociale e socio-sanitario nonché la completa assenza di dati circa la effettiva distribuzione delle figure di supporto nelle diverse strutture del territorio, hanno determinato l'impegno del Collegio di Como a realizzare l'indagine conoscitiva i cui risultati sono presentati nelle pagine seguenti.

L'intento di questa iniziativa consiste nel tentativo di raccogliere dati significativi circa l'organizzazione dell'assistenza in ambito socio-sanitario, con particolare rilievo al ruolo e alle competenze giocate dai colleghi infermieri ivi implicati.

Il Consiglio Direttivo è convinto della necessità e della opportunità che gli operatori di supporto possano rappresentare per la valorizzazione della Professione Infermieristica nel tentativo di dare una risposta sempre più competente ai bisogni di salute della popolazione.

Lo stesso profilo (DM 739/94) nell'art. 1, comma 3, precisa che l'infermiere "per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto", contribuendo alla sua formazione (art. 1, comma 4).

Gli obiettivi dell'indagine sono in sintesi:

- conoscere i modelli organizzativi utilizzati nelle diverse strutture sanitarie
- conoscere e valutare l'effettivo ambito operativo dell'OSS e degli altri operatori di supporto
- conoscere
 - a) le Cooperative che forniscono gli operatori di supporto alle strutture sanitarie al fine di sviluppare, in un secondo tempo, un'indagine conoscitiva dedicata
 - b) le Agenzie Formative che operano nella Provincia di Como allo scopo di prevedere degli incontri per comprendere la loro modalità formativa (contenuti formativi, docenti, ...)
- supportare i responsabili infermieristici delle strutture sanitarie per la valorizzazione della professione infermieristica;
- mappare la realtà della provincia di Como;
- intervenire ove vi fosse un non adeguato ambito operativo dell'infermiere e/o degli operatori di supporto.

Un ringraziamento particolare per i risultati raggiunti vanno a tutti responsabili, Infermieristici e non, delle strutture che hanno collaborato nel fornire i loro dati e a tutti coloro che hanno contribuito nella realizzazione dell'indagine in particolare i consiglieri e gli ex consiglieri del Consiglio Direttivo dell'IPASVI di Como.

Cordiali saluti



Presentazione

Dr. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

Collegio IPASVi di Como

Contesto

dentro cui nasce

il progetto

INTRODUZIONE

Inizialmente, sino alla metà degli anni '80, la crescente domanda di assistenza è stata assorbita dalla rete ospedaliera, che rappresentava la struttura portante del sistema sanitario italiano.

Poi, constatato che gli ospedali non erano più sufficienti a far fronte alla richiesta di prestazioni sia per i costi sopportati, sia per la tipologia delle malattie presentate dagli utenti - lunghi periodi di degenza, trattamenti prolungati, soprattutto di tipo riabilitativo - si sono cominciati ad ipotizzare soluzioni alternative che prevedevano la deospedalizzazione delle cure e quindi interventi sia sul versante sociale, sia su quello sanitario.

Attorno ai primi anni '90 si sono sviluppate forme di assistenza basate sulla gestione domiciliare dei pazienti trattati, con l'eventuale ricorso a strutture residenziali o semiresidenziali nel caso in cui la cura a domicilio non potesse essere assicurata sia per le condizioni psicofisiche della persona, sia per l'insufficiente sostegno parentale. Il sistema sanitario pubblico non era più in grado di rispondere efficacemente al volume della domanda e gli spazi lasciati liberi sono stati progressivamente occupati da soggetti privati di varie estrazioni (volontariato, cooperative sociali, studi professionali, ...)

Parallelamente, la cronica carenza di personale Infermieristico, periodicamente, contribuiva ad aumentare la complessità di gestione dell'intero sistema sanitario Italiano.

La situazione creatasi richiedeva, comunque, la disponibilità di operatori con un adeguato livello di formazione.

Inizialmente questo problema è stato affrontato creando diverse figure di supporto, ciascuna delle quali aveva una precisa collocazione funzionale come, ad esempio, l'Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza (OTA), che operava prevalentemente in ambito ospedaliero e l'Ausiliario Socio Assistenziale (ASA), che operava nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Attorno alla metà degli anni '90 alcune regioni, tra cui Lombardia, Liguria e Veneto, proposero al Ministero della Sanità di formare una figura professionale che, comprendendo le figure dell'OTA, ASA e le altre, potesse fornire un adeguato supporto ai professionisti del sociale e sanitario e corrispondere, così, alle esigenze dei soggetti pubblici e privati preposti all'erogazione dell'assistenza.

La proposta venne recepita sul piano giuridico in un articolo del D.Lgs n. 229/99 e trovò concreta attuazione nell'intesa Stato - Regioni del 22 febbraio 2001, concernente l'ordinamento didattico ed il profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario, una figura con competenze sociali e sanitarie che può trovare impiego in tutti i contesti assistenziali e che è in grado di supportare i diversi professionisti che intervengono nel processo di assistenza al paziente/utente; le Regioni si impegnarono anche per l'attivazione dei corsi di formazione.

Di fatto, la nascita dell'OSS permette la valorizzazione delle competenze dell'infermiere e corrispose a due ordini di bisogni:

- **soddisfare una domanda di assistenza sempre più orientata al mantenimento dell'utente nel suo ambiente sociale**
- **consentire l'evoluzione culturale e sociale dell'infermiere**

Il Progetto del Collegio IPASVI di Como si inserisce in questo contesto in fase di sviluppo, nel tentativo di analizzare quanto sta avvenendo in termini di corretto utilizzo del personale di supporto e relativa valorizzazione del personale infermieristico. L'intento di questa iniziativa consiste nel tentativo di raccogliere dati significativi circa l'organizzazione dell'assistenza in ambito socio-sanitario, con particolare rilievo al ruolo e alle competenze giocate dai colleghi infermieri ivi implicati.

ATTRIBUZIONI E COMPETENZE DEGLI OPERATORI SOCIO SANITARI

Per l'OSS, a differenza dell'OTA e dell'ASA, è previsto un vero e proprio profilo, cioè un insieme di funzioni. Questo fattore può essere utilmente incanalato in modelli organizzativi adattabili ai diversi contesti del sistema sanitario, consentendo agli infermieri di aumentare la qualità dei processi assistenziali.

Il D.G.R. Lombardia del 6 luglio 2002, recependo l'intesa Stato - Regioni del 22/02/01, individua la figura ed il profilo dell'OSS. Risultano significativi ai fini di questa trattazione i seguenti articoli.

Art.1

2. L'OSS è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica, al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a:
 - *soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale, sia sanitario*
 - *favorire il benessere e l'autonomia dell'utente*

Art.3

- 1. L'OSS svolge la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario: in ambiente ospedaliero, in servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semiresidenziali e al domicilio dell'utente**

Art.4

1. 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 di protocolli operativi predisposti dal personale sanitario e sociale preposto. 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.
2. In tale contesto e sulla base di tali criteri, le specifiche attività definite nei successivi articoli distinguono le situazioni in cui l'OSS:
 - **OPERA** in quanto può agire in autonomia
 - **COOPERA** in quanto svolge solo parte dell'attività alle quali concorre con altri Professionisti
 - **COLLABORA** in quanto svolge attività su precisa indicazione dei professionisti

Art.5, attività

a) ASSISTENZA DIRETTA ED AIUTO DOMESTICO ALBERGHIERO

sono ricondotte a quest'area le attività costituenti il piano di lavoro diretto al recupero delle risorse della persona in una prospettiva di autonomia ed a supporto delle attività della vita quotidiana, attraverso le quali l'OSS:

....

- COOPERA alla rilevazione delle abitudini di vita ed alle condizioni di rischio-danno per l'utente
- OPERA attraverso l'osservazione e la rilevazione dei più comuni sintomi e segni che indicano variazioni delle condizioni cliniche dell'utente ..., situazioni di rischio ...per riferirli al personale sanitario

....

....

- OPERA nel supportare l'utente con compromissione dell'autonomia nell'espletamento delle attività di base della vita quotidiana, mettendo in atto gli interventi di cura programmati dal personale sanitario e sociale in particolare:
 - OPERA eseguendo le cure igieniche parziali e totali, ..., favorisce la deambulazione ed i cambi di postura, ..., lo svuotamento della sacca di raccolta della diuresi e la sacca di raccolta delle deiezioni da stomia temporanea e definitiva
 - ...
 - COLLABORA nell'attività diagnostica, limitatamente alla raccolta di campioni di materiale biologico escreti per vie naturali
 - COLLABORA nell'attività del personale infermieristico che garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, anche attraverso l'utilizzo di apparecchiature medicali di semplice uso
 - COLLABORA alla somministrazione della terapia: farmaci per via enterale (supposte, clismafleet) e tramite aerosol, farmaci transdermici, gocce oftalmiche e auricolari
 - COLLABORA al cambio all'effettuazione e al cambio di semplici medicazioni
 - COLLABORA con gli interventi di primo soccorso ... ed attiva l'intervento del personale sanitario
 - COLLABORA per la sorveglianza della terapia infusiva riferendo eventuali segni di travaso o segnalando la necessità di sostituzione dei flaconi
 - ...
 - ...
 - COLLABORA nel dare continuità alle attività finalizzate al mantenimento delle capacità psicofisiche residue, ... definite nei piani di lavoro del progetto assistenziale

....

b) INTERVENTO IGIENICO SANITARIO E DI CARATTERE SOCIALE

A quest'area sono ricondotte le attività necessarie per rendere adeguato, sicuro e confortevole l'ambiente in cui la persona vive o è assistita.

c) ATTIVITÀ DI SUPPORTO E INTEGRAZIONE NEL CONTESTO ORGANIZZATIVO DEI SERVIZI E DI COLLABORAZIONE CON L'EQUIPE ASSISTENZIALE

Le attività ricondotte a quest'area riguardano la capacità di lavorare in gruppo, di collaborare con gli operatori sanitari e sociali, di applicare criteri organizzativi nel proprio lavoro. A tal fine:

- UTILIZZA strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio
- COLLABORA alla definizione di procedure e protocolli relativi alle proprie competenze ...
- COLLABORA alla definizione dei piani di lavoro dei progetti assistenziali e alla verifica dei loro risultati
- ...
- ...
- COLLABORA alla realizzazione di tirocini degli operatori di supporto ed alla loro valutazione

....

Art. 7 requisiti di accesso

Per l'accesso ai corsi di formazione dell'OSS è richiesto l'assolvimento dell'obbligo d'istruzione ed il compimento del 17° anno d'età alla data di iscrizione al corso.

Art.8 organizzazione didattica

La didattica è strutturata ...

- a) Modulo base (200 ore di teoria)
- b) Modulo professionalizzante (250 ore di teoria, 100 di esercitazioni, 450 ore di tirocinio)

Art.10 tirocinio

Tutti i corsi comprendono un tirocinio guidato presso le strutture ed i servizi nel cui ambito la figura dell'OSS è prevista.

Art. 11 esame finale e rilascio dell'attestato

1. la frequenza ai corsi è obbligatoria e non possono essere ammessi alle prove di valutazione finale coloro che abbiano superato il tetto massimo di assenze fissato al 10% delle ore complessive
2. ...
3. al termine del corso gli allievi sono sottoposti ad una prova teorica ed a una prova pratica da parte di una apposita commissione d'esame...
4. all'allievo che supera le prove finali, è rilasciato dalla Regione Lombardia un attestato di qualifica valido su tutto il territorio nazionale.

Come si può rilevare dal profilo, l'OSS può rappresentare una risorsa ideale, ed esprimere al meglio le proprie potenzialità sia a vantaggio del sistema, sia dei professionisti sanitari, specialmente gli infermieri. Questo significa che, come accade già in altri Paesi, l'infermiere potrà svolgere appieno il suo ruolo, coordinando l'attività delle figure di supporto attraverso la

pianificazione, la gestione e la valutazione dell'assistenza di cui è titolare. È un salto di qualità che incide profondamente sull'erogazione delle prestazioni assistenziali.

VARIABILI E CRITERI GUIDA PER L'INTEGRAZIONE DELL'OSS NEI PROCESSI ASSISTENZIALI

Per gli infermieri la possibilità di disporre in merito all'attività degli operatori di supporto è un processo relativamente nuovo. Si parla di attribuzione di attività agli operatori di supporto, dove per attribuzione si intende il "trasferimento delle responsabilità nell'esecuzione di un'attività ... mantenendo la responsabilità del risultato".

La delega, secondo il diritto amministrativo italiano, è un atto scritto, che trasferisce poteri decisionali al delegato, direttamente responsabile di quanto si assume.

Da alcuni anni, è nato un dibattito intorno a questo processo su alcune questioni "chiave":

- quali sono le attività che l'infermiere può attribuire alle figure di supporto e quali no perché di sua competenza
- l'impatto, anche emotivo, che tale attribuzione ha sull'infermiere, perché teme la perdita di alcune competenze vissute come proprie
- quanto l'inserimento delle figure di supporto è voluto per compensare la carenza infermieristica
- quali sono le attività che gli infermieri svolgono impropriamente e potrebbero restituire ad altri, recuperando così spazi per attività più qualificanti e per le quali sono formati.

Dato i presupposti, per avviare un processo di reale integrazione fra infermieri e figure di supporto, finalizzato a dare un vero sostegno all'assistenza infermieristica, deve esserci la chiara conoscenza:

- della competenza, responsabilità e professionalità proprie
- della competenza, responsabilità delle figure di supporto e della loro dipendenza gerarchico-funzionale

L'efficace integrazione può essere solo se:

- vi è rispetto delle reciproche competenze
- vi è piena assunzione, da ambo le parti, delle responsabilità che effettivamente competono
- sono presenti aspettative personale e professionali realistiche e traducibili nel contesto in cui si opera
- esistono indicazioni organizzative chiare e non conflittuali

Il raggiungimento di una integrazione è un obiettivo che porta vantaggi e miglioramenti:

- alla qualità complessiva dei servizi erogati
- all'organizzazione del lavoro

- alla gratificazione professionale
- nella riduzione di conflitti
- all'ottimizzazione nell'impiego delle risorse (umane, economiche, tecnologiche, ...)

Naturalmente, ciò che può essere una grossa risorsa per l'infermiere, perché gli permetterebbe, tra l'altro, di esprimere al meglio le proprie conoscenze e la propria professionalità, rischierebbe di trasformarsi in grosso problema, qualora la preparazione ed il livello del professionista dell'assistenza non sia in continua evoluzione, ma piuttosto legata a modelli del passato (formazione ed aggiornamento continuo). Anche la titolarità della gestione degli OSS, in ambito sanitario, rimarrà all'infermiere se riuscirà a dimostrarsi un valido professionista.

L'OSS è una figura ad autonomia limitata ed in grado di svolgere esclusivamente funzioni di supporto all'assistenza infermieristica.

Rispetto al processo di assistenza infermieristica, l'intervento delle figure di supporto può rendersi necessario solo nella esecuzione delle azioni identificate dall'infermiere.

L'infermiere per l'attribuzione dei compiti all'OSS, è opportuno che faccia riferimento alle seguenti variabili.

Variabili legate all'organizzazione

- Esistenza/assenza di un coordinatore infermieristico.

La presenza del coordinatore infermieristico permette condizioni generali di maggior sicurezza nella definizione di quali attività attribuire, in quali situazioni/condizioni e secondo quali logiche.

- Utilizzo sistematico/assenza di metodologie di pianificazione dell'assistenza infermieristica con relativa documentazione cartacea o informatizzata dei processi di lavoro.

La documentata pianificazione dell'assistenza infermieristica favorisce l'integrazione fra i diversi operatori in quanto le attività vengono pianificate e non decise momento per momento.

- Possibilità/impossibilità di garantire all'OSS un confronto o l'intervento dell'infermiere quando necessario.

- esistenza/assenza di piani di lavoro strutturati con la partecipazione infermieristica.

I piani di lavoro rendono omogenei i comportamenti tra gli operatori, definiscono regole condivise ed accettate da tutti e favoriscono la verifica ed il controllo del loro rispetto.

- Esistenza/assenza di protocolli e procedure operative sulle principali attività svolte nell'unità operativa/servizio.

Le procedure ed i protocolli garantiscono uniformità di azioni e consentono di esplicitare il grado di responsabilità da assumere ed il tipo di conoscenze ed abilità minime richieste.

Variabili legate all'utente

- Livello di complessità legato al soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica.

La complessità è data non solo dal grado di compromissione dell'autosufficienza ma dalla interazione di fattori fisici, psichici, socio-culturali che influenzano e modificano la manifestazione stessa dei bisogni.

■ Livello di comprensione e capacità cognitiva.

La compromissione della capacità di comunicazione, di espressione della propria volontà e di collaborazione sono elementi che rendono complessa l'assistenza infermieristica, soprattutto nel momento della sua attuazione.

■ Stabilità/instabilità clinica.

La necessità di valutazioni costanti e repentine della situazione presentata, sotto il profilo diagnostico-terapeutico e/o infermieristico, rendono necessario un intervento specialistico non attribuibile alle figure di supporto.

■ Numerosità e tipologia dei fattori di rischio presentati dall'utente.

L'esistenza dei fattori di rischio legati all'utente costringono ad una revisione costante dell'esito dei trattamenti attuati e di continui adattamenti del piano di assistenza che rendono necessario un intervento specialistico non attribuibile alle figure di supporto.

Alcuni atti diventano di elevata complessità, non tanto perché complessi sul piano procedurale, ma quando realizzati su pazienti instabili, critici o gravi, con possibili rischi.

Variabili legate all'infermiere

■ Grado di sviluppo del senso di responsabilità professionale.

■ Identità professionale.

Una scarsa o distorta consapevolezza dell'essere infermiere espone al rischio di attribuire attività proprie senza nemmeno avere coscienza delle possibili ripercussioni che ne derivano.

■ Livello di competenza maturato nella gestione del personale di supporto

Variabili legate all'OSS

■ Livello di conoscenze e abilità acquisite.

■ Grado di sviluppo del senso di responsabilità.

■ Efficacia/inefficacia della comunicazione interpersonale.

La forte integrazione fra le competenze dell'infermiere e dell'OSS esigono la costruzione ed il mantenimento di interazioni e di scambi informativi costanti e reciproci.

Variabili legate alla prestazione

■ Livello di complessità/semplificazione della tecnica.

Devono essere valutati:

- il tipo di manualità e abilità richiesta per l'esecuzione della tecnica;
- il grado di conoscenze necessarie al corretto funzionamento degli strumenti e delle apparecchiature utilizzate nella tecnica.

■ Livello di discrezionalità/standardizzabilità richiesta per l'esecuzione della tecnica.

Tanto è maggiore il livello di discrezionalità richiesto (valutazione delle condizioni, scelte tra più materiali, presenza di modalità alternative di

esecuzione, ...) tento meno è consigliabile attribuirne all'OSS l'esecuzione e viceversa.

■ Esistenza/assenza di fattori di rischio insiti nella tecnica.

L'esistenza di questi fattori rende necessario un intervento qualificato, in grado di intuire l'esistenza di pericoli, prevenirne l'insorgenza o, comunque, riconoscerne tempestivamente l'insorgenza.

Quindi, prima e dopo aver attribuito/non attribuito all'OSS (ma anche alle altre figure di supporto) l'infermiere:

■ analizza e considera le variabili

- **legate all'organizzazione**
- **legate all'utente**
- **legate all'infermiere**
- **legate all'OSS**
- **legate alla prestazione**

■ pianifica l'assistenza infermieristica

■ decide se e cosa attribuire alle figure di supporto

■ verifica e valuta i risultati raggiunti

Le difficoltà maggiori che incontra l'infermiere nell'attribuzione di attività sono principalmente riferibili nel comprendere:

- a. *se l'operatore è in grado di realizzare il compito*
- b. *quali sono realmente i compiti che possono essere attribuiti*

A questo proposito, è utile ribadire che non possono essere assegnati all'operatore attività che abbiano rilevanza infermieristica, estranea alla formazione ed alla professionalità dell'operatore o che comportino, di fatto, una valutazione autonoma di carattere infermieristico.

È importante sottolineare che non deve essere sottovalutata la responsabilità indiretta dell'infermiere, penalmente e civilmente rilevante, in caso di danno al paziente, riconducibile ad una di queste situazioni:

- a. *affidamento di un compito ad un operatore che non abbia ancora dimostrato la sua specifica capacità (perché neo assunto o alla prima esperienza per quel compito, oppure perché caratterialmente poco affidabile)*
- b. *mancata supervisione in una prestazione che la richiede per complessità e rischio*
- c. *mancata o insufficiente comunicazione o istruzione nell'assegnazione del compito*

In definitiva, se la prestazione dell'operatore di supporto è subordinata e finalizzata alla valutazione assistenziale, che spetta all'infermiere, la sua esecuzione non può non impegnare l'attenzione, la prudenza ed il controllo del personale infermieristico.

Per facilitare l'integrazione dell'OSS nell'équipe assistenziale, data la relativa autonomia riconosciuta e l'indeterminatezza di alcune delle funzioni contemplate dal suo profilo, è importante l'adozione di strumenti costituiti, principalmente, da procedure e protocolli che hanno lo scopo di specificare in modo più dettagliato:

- *l'entità e la natura del problema osservato*
- *le soluzioni/obiettivi che si intende ottenere e/o raggiungere*
- *gli interventi/prestazioni da attuare in rapporto agli obiettivi*
- *le risorse occorrenti per la realizzazione degli interventi/ prestazioni pianificati*
- *i criteri per la valutazione del risultato*

Tutto ciò consente di determinare:

- la tipologia delle prestazioni
- la numerosità e ripetitività degli atti richiesti da ogni prestazione
- la quantità delle risorse materiali occorrenti per erogare la prestazione
- l'appropriatezza dell'intervento e la verifica della sua congruità in relazione
- all'identificazione del bisogno ed al suo soddisfacimento

L'introduzione dell'OSS, oltre che a determinare la necessità di adottare strumenti per la definizione delle competenze e contributi di ciascun operatore, costituisce un'occasione per la qualificazione del lavoro infermieristico, che può così abbandonare gli schemi basati sul cosiddetto "modello per compiti" per passare a modalità operative in grado di valorizzare il sapere infermieristico con particolare riguardo alla pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico e alla natura non solo tecnica, ma anche educativa e relazionale dell'assistenza infermieristica.

Il Collegio IPASVI di Como, nel dicembre 2003, ha definito un progetto per conoscere come si sta evolvendo l'utilizzo degli operatori di supporto all'assistenza infermieristica nelle strutture sanitarie, in relazione alla valorizzazione della professionalità dell'infermiere.

Obiettivi

In coerenza con l'orientamento sia del Collegio IPASVI di Como, sia del Coordinamento dei Collegi IPASVI della Regione Lombardia, si identificano i seguenti obiettivi:

- conoscere i modelli organizzativi utilizzati nelle diverse strutture sanitarie
- conoscere e valutare l'ambito operativo prioritariamente dell'OSS e degli altri operatori di supporto
- conoscere
 - a) le Cooperative che forniscono gli operatori di supporto alle strutture sanitarie al fine di sviluppare, in un secondo tempo, un'indagine conoscitiva dedicata
 - b) le Agenzie Formative che operano nella Provincia di Como allo scopo di prevedere degli incontri per comprendere la loro modalità formativa (contenuti formativi, docenti, ...)
- supportare i responsabili infermieristici delle strutture sanitarie per la valorizzazione della professione infermieristica
- mappare la realtà della provincia di Como
- intervenire ove vi fosse un non adeguato ambito operativo dell'infermiere e/o degli operatori di supporto

Metodi, strumenti, risorse e procedure

Si tratta di una indagine conoscitiva condotta tramite intervista strutturata, basata su griglie di raccolta dati elaborate dal gruppo di progetto.

a) identificazione del gruppo di progetto e relativi Coordinatori:

in qualità di coordinatori del progetto sono stati identificati i consiglieri Rosabianca Sergeant e Doriana Valle. Come rilevatori sono stati identificati i consiglieri del Collegio IPASVI di Como disponibili.

b) Definizione della popolazione e del Campione di indagine

Criteri di inclusione

Strutture che sono sottoposte agli standards di accreditamento previsti dalla Regione Lombardia per quanto riguarda le figure del medico, infermiere, fisioterapista, animatore/operatore socio educativo od educatore professionale, ASA, OTA, OSS.:

- RSA
- Case di riposo
- Case di cura
- Ospedali
- Strutture riabilitative per portatori di menomazioni psichiche, fisiche e sensoriali

Criteri di esclusione

- 1) Strutture in cui la componente sanitaria è pressoché irrilevante, tanto che si pongono fuori dal SSN, e dove è previsto che le eventuali necessità infermieristiche e/o mediche siano soddisfatte con il personale di pari funzioni operante nei distretti sanitari di competenza territoriale
 - Case di riposo (senza i requisiti di inclusione)
 - Case albergo
 - Comunità alloggio
- 2) Enti che erogano assistenza sanitaria attraverso strutture quali i dipartimenti di prevenzione, i distretti sanitari di base
 - ASL

Le strutture rilevate nella provincia di Como sono 97: incluse 64 strutture, escluse 33 strutture

Sono state contattate tutte le 64 strutture che compongono la popolazione di riferimento per l'indagine.

c) Definizione degli strumenti di ricerca

Il progetto si è sviluppato attraverso una intervista strutturata ai responsabili infermieristici delle strutture sanitarie della provincia di Como identificate secondo i criteri esposti sopra:

In particolare sono state elaborate le seguenti griglie strutturate finalizzate a rilevare:

1. Caratteristiche generali della struttura (residenziale, ospedaliera, n° e tipologia di ospiti e/o pz. assistiti, aspetti organizzativi...).
2. Numero e tipologia di personale operante (tipologia di contratto/rapporto di lavoro, rapporti numerici tra operatori di differente qualifica e persone assistite, distribuzione nei turni di lavoro, ...).
3. Documentazione infermieristica: esistenza o meno di documentazione strutturata, modalità per il passaggio delle informazioni tra operatori, formulazione di piani di assistenza, ...
4. Griglia di analisi delle diverse attività distinta in base alla qualifica degli operatori.
5. Modalità di attribuzione dei compiti agli OSS.

d) Modalità e tempi di rilevazione dei dati

A tutte le Strutture sanitarie della Provincia incluse nell'indagine è stata inviata una lettera di richiesta di adesione all'indagine conoscitiva e consenso ad effettuare l'intervista e il successivo trattamento dei dati rilevati. Le rilevazioni sono avvenute a cura dei Consiglieri del Collegio IPASVI di Como nel periodo tra **aprile 2004 e gennaio 2005**.

e) Modalità di analisi e presentazione dei dati

Presentazione e analisi dei dati rilevati tramite tabelle e grafici distinguendo i dati raccolti c/o le RSA e quelli raccolti c/o le strutture Ospedaliere differenziando i dati in relazione alle diverse griglie strutturate.

La presentazione dei risultati ottenuti è stata effettuata tramite tabelle e grafici distinguendo i dati raccolti presso la RSA e quelli relativi alle Strutture ospedaliere.

Descrizione del campione analizzato

Delle 64 strutture incluse:

- 21 sono state censite (tra cui 4 ospedali), pari al 32,8% del totale
- 43 non hanno aderito al progetto, pari al 67.2% del totale

DATI RELATIVI ALLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTITE

Descrizione generale delle strutture

Le RSA indagate sono 17 la maggioranza delle quali sono enti accreditati, si sviluppano mediamente su 3 piani e possono accogliere da 50 a 100 ospiti (minimo 28, massimo 160), con una percentuale di occupazione dell'80% e la maggior parte degli utenti totalmente dipendenti (63,2%)

Grafico 1: Posti letto disponibili nelle RSA

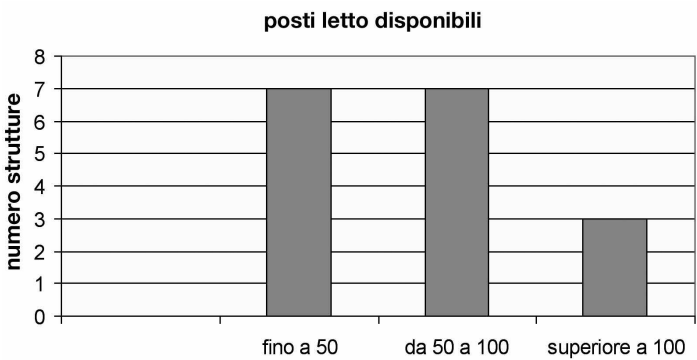


Grafico 2: Percentuale occupazione posti letto nelle RSA

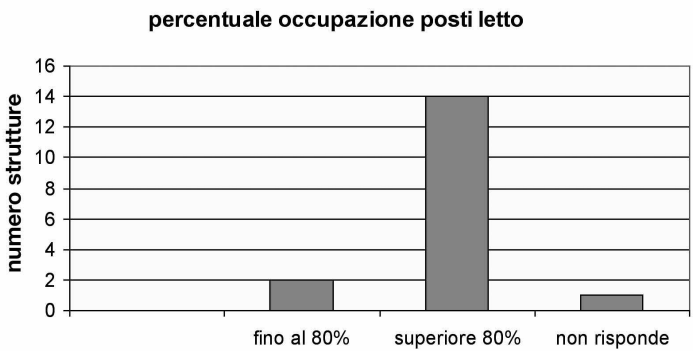
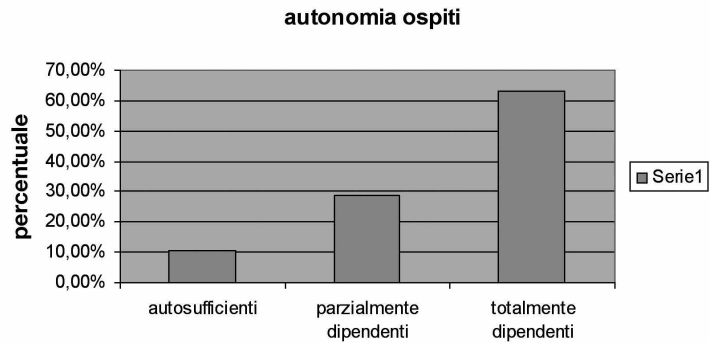


Grafico 3: Autonomia ospiti nelle RS



Numero e tipologia di personale operante

Direttore dell'assistenza Infermieristica

7 strutture dichiarano di non avere un direttore dell'assistenza infermieristica (4 non rispondono). Ove presente (6), il ruolo è ricoperto da IID (1), AFD (2), infermieri (1), religiose (1 con la qualifica di infermiere generico), Direttore Sanitario (1).

Coordinatore Infermieristico

Diversa la situazione del Coordinatore infermieristico di UO. In 13 RSA è presente e ricoperto da AFD (1), infermieri (12), 2 non rispondono, 1 dichiara di non averlo.

Personale Infermieristico e di supporto

Gli infermieri in servizio vanno da un minimo di 2 ad un massimo di 37 per struttura (media di 8) e comprendono, nella stessa struttura, dipendenti, libero professionisti, infermieri di studi associati o cooperative (2 strutture non rispondono).

Molto diversa la situazione degli operatori di supporto che sono nella totalità dei casi dipendenti della RSA ed inquadrati nei profili di appartenenza.

In una RSA, che ha dichiarato di non necessitare di OSS, sono presenti degli ASA riqualificati in OSS ma che continuano a svolgere le attività previste.

Relativamente agli operatori di supporto i dati evidenziano come la figura dell'OSS non sia ancora sufficientemente diffusa e che, la maggioranza delle strutture, non ha intenzione di acquisirne tranne che in sostituzione di ASA dimissionari.

Tra chi dichiara di volerli acquisire (6), le motivazioni espresse solo in 2 casi è per la necessità di aumentare il personale o per progetti riorganizzativi specifici.

Tab. 1: Intenzione di acquisire OSS da parte della Direzione della struttura

SI 6	NO 10	NR 1
Motivazioni		
3: NR	2: NR	
1: è diventato obbligatorio	4: sostituzione personale dimissionario con OSS	
1: necessità di aumentare il numero degli operatori	4: il numero attuale è sufficiente	
1: c'è un progetto per l'aumento del personale qualificato		

Dieci (10) residenze hanno intenzione di procedere alla riqualificazione del personale ASA in OSS, principalmente perché ritengono che possa essere garantita un'assistenza qualitativamente migliore alla persona. Da sottolineare che di queste 10, 2 rilevano la necessità di avere un'unica figura di supporto e 2 che procedono alla riqualificazione per adeguarsi alle direttive Regionali. Tutto ciò è sintetizzato nella tabella n. 2 di seguito riportata.

Tab. 2: Intenzione di procedere alla riqualificazione in OSS da parte della Direzione della struttura

Riqualificazione ASA/OSS		
SI 10	NO 6	NR 1
Motivazioni		
Miglioramento della qualità del servizio reso alla persona (4)	Non c'è la necessità (4)	
Orientamento della Regione (2)	Motivi organizzativi (1)	
Necessità di avere un'unica figura di supporto (2)	Non risponde (1)	
Necessità di loro inserimento in altre UUOO (1)		
Non risponde (1)		

Paradossalmente, nonostante quanto emerge dai precedenti dati, la figura dell'OSS è ritenuta utile quale supporto dell'infermiere e per il miglioramento della qualità dell'assistenza in 14 residenze.

Tab. 3: Utilità dell'OSS per la struttura

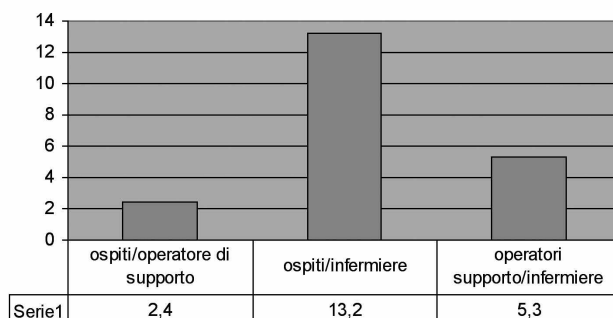
Ritiene quella dell'OSS una figura di supporto utile alla struttura?

SI 14	NO 2	NR 1
Motivazioni		
Non risponde (6)	Non risponde (1)	
Utile supporto all'infermiere e per il miglioramento della qualità assistenziale (5)	Non ha un ruolo ben definito ed una formazione adeguata (1)	
Necessità di avere un'unica figura di supporto (2)		
In futuro ci saranno solo OSS (1)		

Un corso di formazione all'infermiere per l'integrazione delle figure di supporto nel processo assistenziale è stato previsto in 7 strutture (3 non rispondono) - corsi interni o esterni specifici - ed è previsto per il futuro in 5 (10 non rispondono).

Interessante il rapporto tra infermieri/ospiti, operatori di supporto/ospiti, nonché quello tra operatori di supporto/infermieri.

Grafico 4: Rapporto tra operatori e tra ospiti/operatori nelle RSA



Mediamente sono presenti per RSA:

- 4.5 OSS (min 1, max 9, 1 non risponde, in 3 strutture non sono presenti)
- 22.8 ASA (min 6, max 64, 2 non rispondono)

Le presenze dei diversi operatori nelle fasce orarie della giornata dimostrano che non è presente, mediamente, nemmeno un infermiere per piano. Il dato confortante è che, ove non presente durante il turno notturno (7 strutture, 3 non rispondono), l'infermiere è rintracciabile o nella struttura (3) o telefonicamente (4).

Tab. 4: Media presenze giornaliere operatori in relazione alla qualifica e al turno di servizio RSA

Media presenze giornaliere		
Fascia oraria	Infermiere	Operatore supporto
M	1.8	7
P	1.6	4.6
N	Presente in 7 strutture	2.4

Documentazione Infermieristica

Altro dato di rilievo e positivo, è quello relativo alla documentazione infermieristica che è presente in 16 RSA - 1 non risponde - (scheda, cartella infermieristica), alla pianificazione dell'assistenza (effettuata in 16 strutture, 1 non risponde), alla presenza di protocolli e procedure (15 RSA, 1 non presenti, 1 non risponde).

Formalizzato il passaggio delle informazioni tra un turno di servizio e l'altro che prevede in 10 casi la presenza congiunta di infermieri e operatori di supporto, mentre in 6 avviene in modo separato (1 non risponde).

Analisi delle attività svolte dai diversi operatori

L'attività svolta dall'infermiere è principalmente rivolta al coordinamento delle attività assistenziali ed alla applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche, seguita dalla pianificazione dell'assistenza.

Tab.5: Tipologia di attività dell'Infermiere in RSA

Attività infermiere

Applicazione procedure terapeutiche	16
Coordinamento attività assistenziali	12
Applicazione procedure diagnostiche	12
Pianificazione dell'assistenza	10
Assistenza di base	2
Coordinare riunioni d'équipe	2
Soddisfacimento dei BAI in situazioni complesse	2
Non risponde	1

Le attività svolte sono congruenti con il profilo, così come quelle svolte dagli ASA cui sono prevalentemente affidate attività rivolte all'assistenza di base dell'ospite ed alla sua mobilitazione.

Con l'infermiere e su sua indicazione, entrambi gli operatori di supporto svolgono attività rivolte al soddisfacimento dei BAI in ospiti di elevata o media complessità.

Sono anche presenti, sul totale delle strutture, 7 infermieri generici, anch'essi svolgono attività compatibili con il loro mansionario.

Modalità di attribuzione dei compiti agli operatori di supporto

Le variabili considerate per l'attribuzione delle attività agli operatori di supporto (3 non rispondono), si focalizzano sulla presenza di piani di lavoro e protocolli/procedure, seguiti dall'esperienza operativa dell'operatore. Quasi non considerata la complessità dell'ospite e del compito da attribuire.

Da segnalare che 2 residenze dichiarano di non avere criteri specifici per l'attribuzione di attività, 1 che è il medico che le attribuisce, 1 che l'OSS lavora con l'infermiere per cui, sostanzialmente, il problema non si pone.

Note aggiuntive

Interessanti le note riportate dalle quali emerge la difficoltà della gestione delle due figure di supporto (ASA/OSS) riferita alla:

- poca differenziazione operativa tra i 2 operatori
- difficoltà nell'organizzare le attività nel rispetto dei diversi ambiti operativi
- presenza di conflitti relazionali tra le 2 figure

In sintesi, si può ipotizzare che l'introduzione degli OSS nelle RSA non sia ancora pienamente compiuta. Gli operatori ASA presenti sono ritenuti gene-

ralmente adeguati per le attività previste per cui non si ravvede la necessità di acquisire personale con maggiore qualificazione e maggior impegno di spesa. Di fatto, sono gli infermieri i professionisti che mancano ma, e questo è stato compreso dalle direzioni delle strutture, non sono gli OSS che li possono sostituire o integrare (più di quanto, perlomeno, non sia già stato fatto), da qui il motivo per cui in queste strutture non è così emergente la necessità di acquisire questi operatori.

DATI RELATIVI ALLE STRUTTURE OSPEDALIERE

Le strutture ospedaliere indagate sono 4 (su sei presenti nel territorio comasco), di cui 2 sono Enti Privati Accreditati, possono accogliere da un minimo di 180 ad un massimo di 780 pazienti (media di 361 per struttura), con una percentuale media di occupazione posti letto del 71,7%.

In ogni ospedale sono presenti, oltre alle unità operative di base, quelle intensive, semintensive, servizi (poliambulatori, day hospital, ...), 2 hanno anche strutture territoriali.

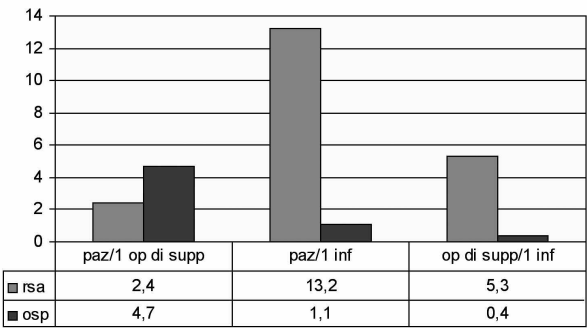
2 ospedali dichiarano di avere il direttore dell'assistenza infermieristica ed il ruolo è ricoperto da un IID. Tutte le strutture hanno il Coordinatore Infermieristico di unità operativa che è un AFD o un Infermiere coordinatore. Gli infermieri in servizio sono, nella quasi totalità dei casi, dipendenti e sono presenti da un minimo di 80 ad un massimo di 1123 (media di 371) per struttura. Rilevante, rispetto alle RSA, la presenza degli infermieri generici - media di 39 per struttura, minimo 5 massimo 123 -.

Gli operatori di supporto sono dipendenti ed inquadrati nel profilo di appartenenza, in 2 ospedali sono presenti anche degli ASA.

Anche nelle strutture ospedaliere la figura dell'OSS non è ancora implementata, quelli presenti sono OTA riqualificati e le strutture, tranne che in sostituzione di OTA dimissionari, non hanno intenzione, o non hanno ancora definito, di acquisirne di nuovi.

Il rapporto paziente/infermiere, paziente/operatore di supporto, nonché quello tra operatore di supporto/infermiere è inverso rispetto alle RSA.

Grafico 5: Rapporto operatori/operatori e pazienti/operatori nelle strutture Ospedaliere e RSA



Mediamente sono presenti per struttura:

- 34,3 OSS (minimo 10, massimo 90)
- 59,3 OTA/ASA (minimo 4, massimo 183)

L'infermiere, nelle diverse UUOO, è presente in tutte le fasce orarie e, tranne in una struttura e per le specialità intensive e semintensive, il turno notturno è svolto da un infermiere e un operatore di supporto.

Tab. 6: Media presenze giornaliere operatori in relazione alla qualifica e al turno di servizio (Ospedali)

Media presenze giornaliere per UO		
Fascia oraria	Infermiere	Operatore supporto
M	4	2
P	2.2	1.2
N	1.2	0.7

La documentazione infermieristica (cartacea), la pianificazione dell'assistenza infermieristica, procedure/protocolli sono presenti, così come esiste un momento formalizzato per il passaggio delle informazioni tra un turno di servizio e l'altro cui partecipano (tranne che in una struttura), congiuntamente, infermieri ed operatori di supporto.

Non si evidenziano sostanziali differenze tra le attività svolte dai diversi operatori nelle strutture residenziali ed ospedaliere.

Per le attribuzioni delle attività, oltre a quanto rilevato nelle RSA, compare, come discriminante, la stabilità clinica del paziente (2 strutture).

2 ospedali dichiarano di voler riqualificare il personale OTA in servizio per omogeneizzare le figure di supporto.

Quella dell'OSS è ritenuta da tutti un operatore di supporto utile, in grado di valorizzare la professione infermieristica, anche se il loro attuale esiguo numero non consente una rivalutazione e progettazione di modelli organizzativi diversi.

Tranne che in un ospedale, è stato previsto un corso di formazione diretto agli infermieri per l'integrazione delle figure di supporto nel processo assistenziale - corsi interni o esterni specifici - ed è previsto per il futuro in 2. L'introduzione dell'OSS nelle strutture ospedaliere è sicuramente in una fase iniziale. L'infermiere è la figura preminente sia per motivi storico-culturali, sia per la tipologia delle prestazioni richieste dall'utente.

All'inizio risulta il processo di identificazione delle attività che possono essere trasferite all'OSS e la conseguente riorganizzazione delle attività. Sicuramente è un ambito lavorativo che consentirebbe il suo utilizzo in modo più evidente ma l'impegno economico richiesto ancora non consente di affrontare in modo appropriato la tematica.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La panoramica circa l'attuale utilizzo dell'OSS che emerge dall'indagine presentata raffigura che si tratta di un operatore di supporto che è all'inizio del suo inserimento lavorativo sia nelle RSA, sia negli Oedali.

In entrambi gli ambiti risulta evidente lo sforzo e la difficoltà di differenziare le attività dei diversi operatori di supporto presenti, con l'obiettivo di valorizzare la figura dell'infermiere e ridurre od evitare i conflitti.

La relativa carenza nella esplicitazione delle modalità di attribuzione dei compiti agli operatori di supporto lascia intravedere la difficoltà intrinseca all'utilizzo delle figure di supporto. Appare confortante, invece, l'analisi delle attività effettivamente svolte dal personale che risulta rispettoso delle diverse qualifiche e competenze acquisite, con uno spazio discretamente ampio per quanto riguarda la pianificazione dell'assistenza.

Per quanto riguarda le RSA va rilevata la insufficiente attribuzione di responsabilità agli infermieri nell'ambito della direzione dell'assistenza Infermieristica ma parallelamente si rileva il un generale 'impegno teso a valorizzare l'infermiere nell'ambito della pianificazione dell'assistenza infermieristica e, di conseguenza, quale punto di riferimento per il coordinamento delle attività assistenziali e degli operatori di supporto.

Tra qualche anno, probabilmente, l'inserimento dell'OSS sarà maggiormente diffuso, soprattutto in ambito ospedaliero dove oggi l'infermiere svolge attività che potrebbe senza dubbio trasferire agli operatori di supporto se fossero presenti in numero adeguato.

Nelle RSA, dove mancano infermieri, non è così evidente la loro necessità e probabilmente saranno acquisiti in sostituzione di personale ASA.

In entrambi i casi l'inserimento dell'OSS deve fare in modo che l'Infermiere si dedichi maggiormente alle funzioni di pianificazione e programmazione dell'assistenza infermieristica di cui è oggi l'unico responsabile. Allo stesso modo l'implementazione di modelli organizzativi che favoriscano la personalizzazione dell'assistenza infermieristica deve essere sostenuto come opportunità per il miglioramento complessivo delle prestazioni assistenziali rivolte ai cittadini.

Il lavoro presentato in queste pagine non vuole essere esaustivo circa la tematica in oggetto, ma costituisce un passo in avanti per conoscere meglio come viene effettivamente svolta l'assistenza nei diversi ambiti sanitari e sociali e quale ruolo riveste l'infermiere.

Como, ottobre 2005

LEGENDA

ASL	Azienda Sanitaria Locale
AFD	Abilitato a Funzioni Direttive
ASA	Ausiliario Socio Assistenziale
BAI	Bisogni di Assistenza Infermieristica
IID	Infermiere Insegnante Dirigente
M	Mattino
N	Notte
NR	Non Risponde
OSS	Operatore Socio Sanitario
OTA	Operatore Tecnico addetto all'Assistenza
P	Pomeriggio
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
UO	Unità Operativa
UUOO	Unità Operative

Bibliografia:

- Diego Snaidero, "Dall'ausiliario all'OSS: analisi storico-giuridica delle figure di supporto all'assistenza" Riv. Management Infermieristico; n.2-3/2003;
- A. Palese et al; "Il processo di attribuzione dell'attività agli operatori di supporto: indagine descrittiva in un dipartimento di medicina" riv. Diritto Professioni Sanitarie; 2003;
- D. Snaidero "L'operatore socio sanitario: prospettive d'impiego alla luce delle innovazioni normative sulla formazione complementare" in "Progettare e organizzare l'assistenza con gli operatori di supporto"; supplemento al n.3/2003 riv. Management Infermieristico;
- Carlo Calamandrei "Competenze manageriali dell'infermiere" in Progettare e organizzare l'assistenza con gli operatori di supporto"; supplemento al n.3/2003 riv. Management Infermieristico;
- Servillo Bortolotti, Emanuele Fumagalli, Paolo Tettamanti; "Le figure di supporto all'assistenza infermieristica. Elementi conoscitivi e linee guida per l'integrazione nel processo assistenziale"; Coordinamento dei Collegi IPASVI della Lombardia, 2002.



Collegio IPASVI - Viale C. Battisti, 8 - 22100 Como

Per contattarci:

tel. 031/300218 - fax 031/262538

e-mail: info@ipasvicomo.it