

L'integrazione dell'operatore socio-sanitario nell'équipe assistenziale: un'indagine nelle Residenze Sanitarie Assistenziali di Milano

Giuseppina Giavazzi

Piccolo Cottolengo Don Orione, Milano

INTRODUZIONE

L'ultimo decennio è stato caratterizzato, per la professione infermieristica, da grandi innovazioni e grandi conquiste culturali e normative, sia nell'ambito della formazione che dell'esercizio professionale. Nella realizzazione degli interventi assistenziali l'infermiere, mantenendo la completa responsabilità di tutte le fasi del processo di assistenza infermieristica, si può avvalere, ove necessario, degli operatori di supporto, così come prevede il D.M. 739/94. L'attribuzione di attività assistenziali agli operatori di supporto dovrebbe consentire, attraverso una previa valutazione qualitativa dell'organizzazione ed un'analisi delle attività assistenziali, di "sollevare" gli infermieri da attività improprie e da attività ad elevata standardizzazione e, di conseguenza, dovrebbe assicurare un'ottimizzazione dei tempi infermieristici ed un miglioramento della qualità assistenziale. In questo particolare contesto si è inserita l'istituzione della figura dell'OSS (operatore socio-sanitario) che dovrebbe essere considerata una risorsa in grado di consentire la valorizzazione delle funzioni infermieristiche, alla luce dell'evoluzione culturale e professionale di questi ultimi anni.

La revisione della letteratura inerente l'argomento ha consentito di evidenziare come la nascita dell'OSS abbia risposto a tre tipi di bisogni:

- soddisfare una domanda di assistenza orientata al mantenimento della persona assistita nel suo ambiente sociale;
- consentire l'evoluzione culturale e professionale dell'infermiere;

- sopperire alla carenza di personale infermieristico.

In realtà, possiamo affermare che questa figura non nasce in risposta ad un bisogno "qualitativo", quanto piuttosto ad un bisogno "quantitativo" delle organizzazioni sanitarie di arginare la carenza "ciclica" di personale infermieristico. Il settore che ha risentito e risente maggiormente della carenza degli infermieri è quello delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), essendo considerate poco appetibili dagli infermieri come luogo di lavoro d'elezione. Peraltro la DGR n. 12618 del 7/4/2003, che definisce gli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle RSA, sancisce l'obbligo dell'introduzione graduale della figura dell'OSS. Infatti, tale situazione ha sollecitato una riflessione riguardante l'inserimento della figura dell'OSS al fine di governare il processo di integrazione nell'équipe assistenziale. La letteratura ha evidenziato che l'inserimento di tale figura nell'équipe assistenziale può avere il massimo successo se si svolge sulla base di un *progetto ad hoc* che include:

- la preparazione di un "terreno" culturale ed organizzativo;
- la stesura e realizzazione di una procedura di inserimento;
- la verifica a distanza dei risultati in termini di qualità delle prestazioni e di soddisfazione degli utenti.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

L'indagine realizzata nelle RSA dell'ASL di Milano e provincia aveva come obiettivo quello di conoscere

principalmente le modalità di inserimento dell'OSS nell'équipe assistenziale delle RSA, gli strumenti utilizzati per l'integrazione professionale, la definizione delle attività ed eventuali cambiamenti organizzativi riguardanti l'assistenza infermieristica in seguito all'inserimento dell'OSS.

Le ipotesi su cui si è fondata l'indagine sono le seguenti:

- l'integrazione dell'OSS nelle équipe assistenziali delle RSA viene realizzata senza tenere in considerazione i presupposti organizzativi e culturali che la letteratura propone per un inserimento efficace ed efficiente di tale figura;
- l'inserimento dell'OSS nelle RSA risponde più all'esigenza di colmare la carenza infermieristica che alla necessità di migliorare la qualità assistenziale.

MATERIALE E METODI

L'indagine è stata condotta attraverso la "tecnica della domanda" ovvero un'intervista, guidata da un questionario strutturato, ai coordinatori infermieristici delle RSA campione. La costruzione del questionario è stata realizzata sulla base della normativa vigente e di un quadro teorico di riferimento rappresentato dalla letteratura inerente l'inserimento dell'OSS nelle équipe assistenziali. Il questionario è stato suddiviso in tre parti:

1. identificazione dell'organico (personale infermieristico e di supporto) e rilevazione delle presenze giornaliere in rapporto al numero di posti letto;
2. modalità di inserimento e di integrazione dell'OSS nell'équipe assistenziale;
3. identificazione delle attività che l'OSS svolge in autonomia e/o in collaborazione con gli infermieri.

Il campione è stato costituito dalle RSA accreditate di Milano che, al momento della conduzione della ricerca, includevano nel loro organico OSS inquadrati contrattualmente e che quindi già svolgevano le funzioni previste dal relativo profilo. Su 32 RSA dell'ASL di Milano (luglio 2005) 3 RSA non avevano ancora inserito la figura dell'OSS nell'organico e solo 9 RSA si sono rese disponibili alla realizzazione dell'indagine. In una RSA milanese è stato effettuato il pretest, al fine di tarare il questionario stesso prima di un'effettiva somministrazione al campione in esame. Per raggiungere il livello di rappresentatività (10 RSA), ritenuto necessario per verificare le ipotesi formulate, è stata inclusa

nell'indagine una RSA dell'ASL provincia di Milano I. In realtà il campione definitivo risultava costituito da 11 RSA in quanto una struttura dell'ASL di Milano ha dato successivamente la propria disponibilità a partecipare all'indagine.

Pertanto l'indagine è stata realizzata in 11 RSA, anche se sono state effettuate complessivamente 15 interviste ai rispettivi coordinatori che gestivano variabilmente uno o più nuclei operativi della medesima RSA. I risultati dell'indagine si riferiscono generalmente a un totale di 15 strutture/nuclei RSA corrispondenti alle 15 interviste.

RISULTATI DELLO STUDIO

1. Identificazione dell'organico e rilevazione delle presenze giornaliere in rapporto al numero di posti letto

L'analisi ha evidenziato che, in circa metà delle RSA indagate, gli infermieri svolgono la propria attività lavorativa soprattutto in qualità di libero professionista e/o dipendente di cooperativa. Tale dato conferma quanto sostenuto in letteratura, ossia che le RSA non sono considerate dagli infermieri un luogo di elezione in cui svolgere la propria attività lavorativa.

I coordinatori infermieristici sono presenti cinque giorni alla settimana e svolgono prevalentemente attività di gestione e di organizzazione dell'assistenza, gestendo sia più nuclei contemporaneamente (max 126 posti letto) che piccoli nuclei (max 30 posti letto). Generalmente intervengono nell'attività assistenziale in mancanza di infermieri. In una RSA non è presente il coordinatore infermieristico, per cui la gestione degli infermieri è affidata alla direzione del personale, mentre la gestione degli aspetti assistenziali e del personale di supporto (ASA e OSS) è affidata ad un coordinatore OSS.

In sette strutture/nuclei (7/15) è presente la figura del referente assistenziale. Tale funzione è attribuita prevalentemente agli OSS (34,4%), ma anche agli ASA (13,3%) e consta delle seguenti attività:

- supervisione del lavoro degli ASA;
- gestione della documentazione assistenziale in uso nel nucleo;
- gestione delle informazioni assistenziali per le riunioni d'équipe finalizzate alla stesura e alla discussione del piano assistenziale individualizzato (PAI).

In due strutture (2/15) l'OSS ricopre il ruolo di coor-

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

dinatore dei servizi assistenziali che, oltre alle attività appena descritte (svolte dal referente assistenziale), gestisce il personale di supporto (OSS/ASA) e la relativa turnistica. Tali coordinatori non sono inseriti nell'organico ASA/OSS, sebbene svolgano attività di assistenza diretta in caso di necessità.

Solo tre RSA (3/11), inserite in strutture polifunzionali (RSA, riabilitazione, centro diurno, hospice ecc.), dispongono di un responsabile infermieristico (non necessariamente dirigente) che gestisce il personale infermieristico e le figure di supporto. Nelle restanti otto RSA (8/11) la gestione del personale e del nucleo è completamente affidata ai coordinatori infermieristici, in base alle direttive della direzione del personale rispetto agli aspetti amministrativi e gestionali, e della direzione sanitaria per gli aspetti sanitari.

2. Modalità di inserimento e di integrazione dell'OSS nell'équipe assistenziale

La maggioranza del campione (8/15) ha inserito nell'équipe assistenziale OSS, la cui formazione prevedeva la partecipazione a 1.000 ore di corso, reclutati esternamente ed inseriti nei nuclei come personale di nuova acquisizione. In particolare, il 20% delle strutture ha inserito solo OSS con formazione di 1.000 ore, il 33,3% ha inserito in organico contemporaneamente sia OSS di 1.000 ore sia OSS riqualificati, ovvero operatori ASA che già lavoravano nei nuclei, mentre il 46,7% ha inserito solo OSS riqualificati.

L'inserimento dell'OSS ha determinato una revisione degli standard di personale nel 26,7% delle strutture, nelle quali peraltro sono stati reclutati solo OSS con formazione di 1.000 ore che sono stati inseriti nell'organico degli infermieri. Nelle restanti strutture (73,3%) è stata effettuata una revisione "qualitativa", ma non "quantitativa" dell'organico, in quanto gli OSS (prevalentemente riqualificati) sono stati inseriti o mantenuti nel gruppo ASA (di cui facevano parte precedentemente) già previsto nel nucleo con modifiche variabili del programma di lavoro.

Nella maggior parte delle strutture (10/15) sono state organizzate delle riunioni "informative" con il personale del nucleo; gli argomenti maggiormente trattati in tali incontri, effettuati prevalentemente prima dell'inserimento, sono stati la conoscenza del profilo dell'OSS e la revisione dei programmi di lavoro di tutte le figure professionali, compreso l'infermiere.

Solo in due strutture (2/15), in cui sono stati inseriti solo ASA riqualificati, l'inserimento dell'OSS è stato

guidato da una procedura formale (accoglimento, tutorato, obiettivi). Nelle restanti strutture il coordinatore infermieristico ha avuto un ruolo fondamentale nell'inserimento dell'OSS; infatti, fermo restando le indicazioni generali della direzione riguardanti gli standard di personale, il coordinatore ha organizzato autonomamente l'inserimento dell'OSS predisponendo l'accoglimento, l'affiancamento e/o le mansioni/piani di lavoro dell'OSS, senza però definire obiettivi specifici.

Per gli OSS di nuova acquisizione la valutazione ha rappresentato un momento formalizzato, supportato anche da una modulistica ad hoc, mentre per gli OSS riqualificati la valutazione ha avuto una connotazione più informale senza alcun vincolo per la formulazione di un giudizio di idoneità all'esercizio professionale, in quanto non richiesto dalle norme contrattuali.

Sono state elaborate diverse tipologie di documenti per facilitare l'integrazione dell'OSS nell'équipe assistenziale: il programma di lavoro è risultato il documento maggiormente utilizzato (46,7%), seguito dalle procedure/protocolli (26,7%) ed infine dalla *job description* (20%). Nonostante la letteratura segnali l'utilizzo di tutti gli strumenti precedentemente descritti, avendo ciascuno finalità differenti, solo una struttura (6,7%) ha previsto l'elaborazione e quindi l'utilizzo contemporaneo di tali documenti.

Per quanto concerne la documentazione infermieristica, pur essendo presente in tutte le strutture un PAI per ciascun ospite, così come prevede la normativa regionale riguardante l'accreditamento, solo quattro strutture (26,6%) hanno dichiarato di utilizzare una cartella infermieristica/piano assistenziale orientata da un modello concettuale di riferimento dell'assistenza infermieristica. Da una successiva analisi dei dati si evince che lo strumento maggiormente utilizzato dall'infermiere per documentare l'attività quotidiana rimane la *consegna o scheda infermieristica* (80%), in cui sono segnalati i problemi quotidiani di tutti gli ospiti e/o le indicazioni relative alle procedure diagnosticoterapeutiche. Solo in alcuni casi tali schede sono personalizzate per ciascun ospite.

In circa la metà delle strutture (46,7%) gli OSS utilizzano unicamente la scheda/consegna infermieristica per registrare le attività svolte durante il turno. Nel 33,3% delle strutture l'OSS utilizza la consegna giornaliera del personale di supporto (ASA, OSS), in cui sono segnalati i problemi/bisogni assistenziali di tutti gli ospiti, nonché diverse schede di registrazione dell'assistenza (alvo, bagni quotidiani, alimentazione, mobilita-

zione, bilanci idrici, pesi mensili). Nelle restanti strutture (20%) l'OSS utilizza, insieme alle altre figure professionali, la consegna integrata personalizzata o l'agenda multiprofessionale. Da tali dati si evince che la maggior parte delle informazioni assistenziali, riguardanti i bisogni degli ospiti, è gestita dal personale di supporto e, infatti, la consegna infermieristica descrive unicamente situazioni problematiche e/o indicazioni relative alle procedure diagnostiche e terapeutiche, come definito precedentemente.

Nella maggioranza delle strutture (53,3%) l'inserimento di tale operatore ha creato, nel nucleo operativo, momenti conflittuali tra gli operatori. I conflitti maggiori sono sorti tra gli ASA e gli OSS in quanto a questi ultimi sono state attribuite attività di supervisione sugli ASA, funzione in parte non formalizzata. Nel 60% delle strutture l'attribuzione di alcune attività all'OSS ha consentito di liberare dei tempi e degli spazi per le prestazioni infermieristiche, mentre nelle restanti strutture (40%) gli OSS hanno mantenuto prevalentemente attività di assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero. In particolare, l'assegnazione delle attività agli OSS ha permesso agli infermieri di recuperare del tempo per dedicarsi maggiormente alle attività quotidiane come la terapia, il "giro visita medica", le medicazioni e la rilevazione dei parametri clinici. Solo in una struttura il tempo recuperato è stato impiegato per la pianificazione assistenziale e in un'altra per la valutazione delle abilità funzionali degli ospiti, per la pianificazione assistenziale ed il coordinamento del PAI.

3. Identificazione delle attività che l'OSS svolge in autonomia e/o in collaborazione con gli infermieri (Tab. 1)

La terza parte del questionario era volta ad indagare le attività svolte dalle varie figure professionali all'interno dei nuclei operativi, con l'obiettivo di individuare la tipologia e il peso delle attività affidate agli operatori di supporto, in particolar modo agli OSS, sia in autonomia che in collaborazione con l'infermiere, come prevede la normativa regionale. L'analisi di questa terza parte ha permesso quindi di indagare due aspetti fondamentali:

- quante volte ciascuna attività indagata è svolta da ogni singolo operatore sul totale delle risposte date;
- in che misura l'infermiere ha attribuito alcune attività agli operatori di supporto (Δ Inf. - delta %).

L'assistenza diretta, in situazioni di stabilità clinica dell'ospite, è affidata nell'84,8% dei casi agli operatori di supporto. In situazioni di instabilità clinica, presupposto ritenuto fondamentale nel processo di "non" attribuzione delle attività agli operatori di supporto, l'infermiere non è sempre presente, ma la gestione della situazione è a carico degli ASA e degli OSS, in una percentuale equivalente.

Un dato rilevante riguarda la gestione della sacca di raccolta della diuresi sia con sistema chiuso sia aperto (cambio della sacca di raccolta), che rimane quasi completamente affidata (86,2%) sia agli OSS che agli ASA, in una percentuale equivalente.

È interessante notare che l'OSS nell'esecuzione del clisma fleet, senza l'utilizzo della sonda rettale, agisce prevalentemente in completa autonomia (57,1%).

Le attività di rilevazione dei parametri clinici (PA, FC, TC, DTX, SO₂), così come l'applicazione di alcune procedure terapeutiche (aerosol terapia, supposte, gocce auricolari/oftalmiche, farmaci transdermici), sono state affidate agli OSS nella maggioranza dei casi, con una percentuale di attribuzione superiore al 50%. L'OSS in tali attività agisce prevalentemente in completa autonomia. Anche gli ASA, sebbene in pochi casi, intervengono nella rilevazione dei parametri clinici e nell'applicazione di alcune procedure terapeutiche.

La preparazione della terapia orale è quasi completamente affidata agli infermieri (83,3%); non vi è quindi una competenza esclusiva in quanto tale attività è anche assegnata agli OSS, ma in collaborazione con gli stessi infermieri (16,7%). L'aiuto nell'assunzione della terapia orale è stato affidato prevalentemente agli OSS che agiscono principalmente in autonomia, ma anche agli ASA nel 54,5% dei casi.

L'esecuzione di semplici medicazioni (lesioni da decubito I° stadio, escoriazioni, ecc.) è stata attribuita agli operatori di supporto (ASA e OSS) in più della metà dei casi (53,6%).

Per quanto riguarda l'area igienico-sanitaria, la maggior parte delle attività è affidata agli operatori di supporto, ovvero soprattutto all'OSS. La pulizia e la disinfezione dei carrelli (terapia, medicazioni e urgenze) è effettuata dagli operatori di supporto (rispettivamente nel 53,8%, 47,8% e 40,9% dei casi).

La raccolta dei dati assistenziali e la realizzazione dei piani di assistenza, attività caratterizzanti lo specifico infermieristico, sono svolte dall'infermiere rispettivamente solo nel 33,3% e nel 40% dei casi. Entrambe le

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Tabella I - *Attribuzione attività agli operatori di supporto.*

| Assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero | OSS A ¹ | | OSS C ² | | ASA | | INF | | Tot. Fn | Δ % ³ |
|--|--------------------|------|--------------------|------|-----|------|-----|------|---------|------------------|
| | Fn | % | Fn | % | Fn | % | Fn | % | | |
| Esecuzione cure igieniche ospiti con instabilità clinica | 6 | 17,6 | 8 | 23,5 | 11 | 32,4 | 9 | 26,5 | 34 | 73,5 |
| Esecuzione cure igieniche ospiti stabili clinicamente | 12 | 36,4 | 1 | 3,0 | 15 | 45,5 | 5 | 15,2 | 33 | 84,8 |
| Mobilizzazione ospiti con instabilità clinica | 4 | 11,4 | 10 | 28,6 | 13 | 37,1 | 8 | 22,9 | 35 | 77,1 |
| Mobilizzazione ospiti stabili clinicamente | 12 | 36,4 | 1 | 3,0 | 15 | 45,5 | 5 | 15,2 | 33 | 84,8 |
| Svuotamento sacca di raccolta diuresi (sistema chiuso) | 13 | 44,8 | 1 | 3,4 | 11 | 37,9 | 4 | 13,8 | 29 | 86,2 |
| Cambio sacca di raccolta diuresi | 12 | 41,4 | 2 | 6,9 | 11 | 37,9 | 4 | 13,8 | 29 | 86,2 |
| Esecuzione clisma fleet senza sonda rettale | 12 | 57,1 | 1 | 4,8 | 1 | 4,8 | 7 | 33,3 | 21 | 66,7 |
| Esecuzione ECG | 2 | 9,5 | 6 | 28,6 | 1 | 4,8 | 12 | 57,1 | 21 | 42,9 |
| Esecuzione aerosol terapia | 9 | 40,9 | 4 | 18,2 | | 0,0 | 9 | 40,9 | 22 | 59,1 |
| Esecuzione glicemia capillare | 9 | 42,9 | 2 | 9,5 | | 0,0 | 10 | 47,6 | 21 | 52,4 |
| Rilevazione PA | 12 | 50,0 | 1 | 4,2 | 2 | 8,3 | 9 | 37,5 | 24 | 62,5 |
| Rilevazione FC | 11 | 47,8 | 2 | 8,7 | 1 | 4,3 | 9 | 39,1 | 23 | 60,9 |
| Rilevazione TC | 14 | 51,9 | 1 | 3,7 | 4 | 14,8 | 8 | 29,6 | 27 | 70,4 |
| Rilevazione saturimetria | 8 | 36,4 | 3 | 13,6 | 1 | 4,5 | 10 | 45,5 | 22 | 54,5 |
| Applicazione supposte | 8 | 30,8 | 5 | 19,2 | 3 | 11,5 | 10 | 38,5 | 26 | 61,5 |
| Applicazione gocce auricolari e/o oftalmiche | 8 | 32,0 | 6 | 24,0 | 2 | 8,0 | 9 | 36,0 | 25 | 64,0 |
| Applicazione farmaci transdermici | 8 | 32,0 | 4 | 16,0 | 2 | 8,0 | 11 | 44,0 | 25 | 56,0 |
| Preparazione terapia orale | 0 | 0,0 | 3 | 16,7 | | 0,0 | 15 | 83,3 | 18 | 16,7 |
| Aiuto ospite nell'assunzione terapia orale | 10 | 30,3 | 4 | 12,1 | 4 | 12,1 | 15 | 45,5 | 33 | 54,5 |
| Esecuzione medicazioni lesioni da decubito 1° stadio | 7 | 25,0 | 7 | 25,0 | 2 | 7,1 | 12 | 42,9 | 28 | 57,1 |
| Esecuzione medicazioni lesioni decubito 2°/ 3° stadio | 0 | 0,0 | 7 | 30,4 | 1 | 4,3 | 15 | 65,2 | 23 | 34,8 |
| Esecuzione semplici medicazioni (escoriazioni, PEG..) | 4 | 14,3 | 9 | 32,1 | 2 | 7,1 | 13 | 46,4 | 28 | 53,6 |
| Attività igienico sanitarie | OSS A | | OSS C | | ASA | | INF | | Tot. Fn | Δ % |
| | Fn | % | Fn | % | Fn | % | Fn | % | | |
| Pulizia e disinfezione carrello medicazioni | 7 | 26,9 | 6 | 23,1 | 1 | 3,8 | 12 | 46,2 | 26 | 53,8 |
| Pulizia e disinfezione carrello terapia | 7 | 30,4 | 3 | 13,0 | 1 | 4,3 | 12 | 52,2 | 23 | 47,8 |
| Pulizia e disinfezione carrello urgenze | 4 | 18,2 | 4 | 18,2 | 1 | 4,5 | 13 | 59,1 | 22 | 40,9 |
| Attività di supporto e di gestione | OSS A | | OSS C | | ASA | | INF | | Tot. Fn | Δ % |
| | Fn | % | Fn | % | Fn | % | Fn | % | | |
| Raccolta dati assistenziali | 7 | 19,4 | 7 | 19,4 | 10 | 27,8 | 12 | 33,3 | 36 | 66,7 |
| Realizzazione piani di assistenza | 7 | 23,3 | 5 | 16,7 | 6 | 20,0 | 12 | 40,0 | 30 | 60,0 |

¹ OSS A → L'OSS svolge l'attività elencata in autonomia.

² OSS C → L'OSS svolge l'attività elencata in collaborazione o su indicazione dell'infermiere.

³ Il Δ % - delta - rappresenta l'entità % delle attività eseguite dagli OSS e dagli ASA, ottenuta dalla differenza tra 100 e il valore % relativo all'attività eseguita dall'infermiere.

attività sono state attribuite non solo agli OSS, ma anche agli ASA in una percentuale pari rispettivamente al 66,7% e al 60% dei casi.

Nella maggioranza del campione gli OSS svolgono le stesse attività affidate agli ASA (assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero) ma, in mancanza degli infermieri, soprattutto durante il turno pomeridiano in cui si riduce numericamente la presenza infermieristica e l'infermiere svolge la propria attività lavorativa su più piani posti verticalmente, gli OSS si occupano anche di attività prettamente sanitarie, compresa la distribuzione della terapia orale preparata precedentemente dall'infermiere. Generalmente, nelle RSA il momento della preparazione non coincide con l'assunzione della terapia stessa proprio perché tutta la terapia è preparata da un unico infermiere, prevalentemente nel turno della mattina, per le 24 ore successive.

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

Dai risultati dell'indagine è possibile affermare che le ipotesi formulate all'inizio della ricerca sono state confermate. L'OSS è stato inserito nell'équipe assistenziale delle RSA tenendo scarsamente in considerazione i presupposti culturali ed organizzativi descritti dalla letteratura, presupposti considerati fondamentali per un inserimento efficace ed efficiente di tale figura.

Sebbene siano stati effettuati degli incontri informativi e siano stati elaborati dei documenti per facilitare l'integrazione dell'OSS nelle équipe assistenziali, non è possibile affermare che l'inserimento dell'OSS sia avvenuto sulla base di un *progetto ad hoc*. Inoltre, nonostante solo quattro RSA abbiano affermato di aver inserito l'OSS in sostituzione di un infermiere, all'OSS, nella maggior parte delle strutture, sono state affidate attività che prima dell'inserimento erano affidate agli infermieri (clisma fleet, rilevazioni parametri, semplici medicazioni, aiuto assunzione terapia orale...).

Due sono le problematiche maggiori emerse durante l'analisi dei dati:

1) l'OSS è impiegato per attività di cui non si fa cenno nel relativo profilo regionale (ad esempio, "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" VS → rilevazione parametri clinici; "collabora alla somministrazione della terapia: farmaci per via enterale –

supposte, clisma fleet – e tramite aerosol, farmaci transdermici, gocce oftalmiche ed auricolari" VS → preparazione e somministrazione terapia orale). Ciò dipende, molto probabilmente, da un'erronea interpretazione della norma che lascia effettivamente aperti diversi spunti di riflessione. Basti pensare al termine di "collaborazione" con il personale preposto che lascia aperto un profondo dibattito: "in presenza o solo su indicazione del personale preposto?";

2) l'OSS è il responsabile dell'assistenza diretta e del PAI degli ospiti nei nuclei RSA.

L'OSS diventa quindi una figura centrale in RSA occupandosi sia di assistenza diretta sia di prestazioni sanitarie di varia natura, mentre gli infermieri si occupano prevalentemente delle procedure diagnostico-terapeutiche.

L'OSS quindi non è inserito nell'équipe assistenziale con l'intento di migliorare la qualità dell'assistenza, ma "sgravare" gli infermieri da attività ritenute non fondamentali (sia dalla direzione delle strutture che dagli stessi infermieri) che, in realtà, rappresentano lo specifico infermieristico come la pianificazione assistenziale. Le difficoltà incontrate durante l'indagine sono state numerose e soprattutto legate:

- alla mancanza, all'interno delle strutture, di una figura dirigenziale infermieristica che gestisca il personale sanitario e assistenziale (ed infatti la maggiore disponibilità la si è avuta dalle tre RSA che avevano un servizio infermieristico);
- alla diversità dell'organizzazione delle RSA; infatti, come citato precedentemente, il target considerato per la raccolta dei dati è stato disomogeneo. Ad esempio, i coordinatori infermieristici (intervistati) avevano responsabilità differenti: in alcune RSA il coordinatore gestiva più nuclei (anche cinque nuclei contemporaneamente), mentre in altre si occupava di un solo nucleo composto da massimo 30 posti letto.

Tale indagine ha messo però in risalto il ruolo fondamentale dei coordinatori infermieristici nell'inserimento dell'OSS nell'équipe assistenziale in RSA in quanto, in mancanza di un servizio infermieristico, la gestione diretta del personale (infermieri e operatori di supporto) e degli aspetti organizzativi dei nuclei è completamente affidata a loro. Sicuramente la mancanza di un supporto e di un confronto con figure dirigenziali infermieristiche ha portato i coordinatori a fare scelte a volte non sostenute da un progetto concettuale.

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Le RSA diventano quindi un luogo da presidiare da un punto di vista infermieristico, dato l'aumento dei bisogni della persona anziana sia per numero che per complessità, così come rilevano anche i dati ISTAT. Gli infermieri in RSA dovrebbero rivestire un ruolo fondamentale nella formulazione di un piano di assistenza infermieristico individualizzato, orientato alla risoluzione dei molteplici e complessi bisogni dell'anziano fragile.

Il prossimo passo che potrebbe aiutare a definire l'importanza ed il ruolo specifico che l'infermiere riveste in RSA è la verifica a distanza dei risultati in termini di qualità delle prestazioni (valutazione di alcuni indicatori assistenziali come il tasso di cadute, lesioni da decubito, contenzione ecc.) e di soddisfazione degli utenti, in seguito all'inserimento dell'OSS, così come prevede anche la letteratura in merito a tale argomento.

L'articolo è tratto dal lavoro di tesi svolto dall'autrice a conclusione del Master in Management Infermieristico per le funzioni di coordinamento (a.a. 2004/2005). Relatore Castaldo Anna.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

A.A.VV. Progettare e Organizzare l'Assistenza con gli Operatori di Supporto, Atti del convegno promosso ed organizzato da Lauri Edizioni, Milano, 14 novembre, 2003.

Aletto L, Brivio E, Fanari F, Magri M, Muttillio G, Neri M. Proposta del Collegio IPASVI di Milano-Lodi sulla questione OSS, *Io Infermiere*, n. 4, ottobre/dicembre 2000, pp. 20-44.

Benci L. L'OSS: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica, *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*, n. 4, ottobre/dicembre 2001, pp. 219-234.

Bettini L, Orsi MC, Lazzaretto G. Il ruolo della formazione nell'agevolare il cambiamento organizzativo a seguito dell'inserimento dell'operatore socio-sanitario, *Management Infermieristico*, n. 1, gennaio/marzo 2005, pp. 6-9.

Bianchi P, Cavaliere B. Un possibile quadro organizzativo per l'integrazione delle figure di supporto all'assistenza, *Management infermieristico*, n. 4, ottobre/dicembre 2003, pp. 11-16.

Bottari L, Corbella A. OSS: un progetto formativo sperimentale, *Nursing Oggi*, n. 2, aprile/giugno 2001, pp. 50-53.

Calamandrei C. L'inserimento del personale di supporto: una proposta di progetto, *Management infermieristico*, n. 4, ottobre/dicembre 2001, pp. 16-23.

Calamandrei C, Orlandi C. La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali, McGraw-Hill, Milano, 2ª ed. 2002.

Castaldo A. La valutazione del personale infermieristico nelle strutture sanitarie lombarde, *Management Infermieristico*, n. 4, ottobre/dicembre 2001, pp. 30-39.

Cavazzuti F, Cremonini G. (con la collaborazione di Di Giulio P e Zanetti E), *Assistenza Geriatrica Oggi*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1998.

Cirio L, Centini G. Gli operatori socio sanitari secondo il parere dei futuri infermieri, *Nursing Oggi*, n. 2, aprile/giugno 2004, pp. 26-30.

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 22 febbraio 2001, Individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.

Contratto collettivo nazionale di lavoro per il personale dipendente delle strutture sanitarie associate AIOF, ARIS e FDG. Parte normativa 2002-2005: biennio economico 2002-2003.

Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI della Lombardia. Le figure di supporto all'assistenza infermieristica. Elementi conoscitivi e linee guida per l'integrazione nel processo assistenziale, Milano, 2001.

De Nicola C. Identità dell'operatore socio sanitario nelle case di riposo, *I luoghi della cura*, n. 2, giugno 2005, pp. 7-10.

Decreto Legislativo, 30 dicembre 1992, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale.

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

Decreto Murst 2 aprile 2001, Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie.

Decreto Presidente Consiglio dei Ministri, 22 dicembre 1989, Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture residenziali per anziani autosufficienti non assistibili al domicilio o nei servizi semiresidenziali.

Decreto Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997, Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Delibera della giunta regionale (DGR) della Regione Lombardia 6 luglio 2001, n. 7/5428, Individuazione della figura e del profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario (OSS).

Delibera della giunta regionale (DGR) della Regione Lombardia 7/04/2003, n. 7/12618, Definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e prima revisione del sistema di remunerazione regionale.

Delibera della giunta regionale (DGR) della Regione Lombardia del 14/12/2001, n. 7435, Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (RSA).

Delibera Regionale n. 2527 del 5/12/2000, Programma regionale di riconversione sperimentale degli ausiliari socio-assistenziali (ASA) e degli operatori tecnici addetti all'assistenza (OTA) in servizio in operatori socio-sanitari (OSS).

Delibera regionale n. 46483 del 19/11/99, Anticipazione sperimentale del percorso formativo dell'operatore socio-sanitario.

Deliberazione del Consiglio Regionale del 28 febbraio 1989, n. 4/1267, Profilo professionale, requisiti di ammissione, modalità di esame e ordinamento didattici dei corsi per ausiliario socio-assistenziale.

DL 19 giugno 1999, n. 229, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.

DM 10 febbraio 1984, Identificazione dei profili professionali attinenti a figure nuove atipiche o di dubbia iscrizione ai sensi dell'art. 1 quarto comma, del DPR 20/12/1979 n. 761 che regola lo stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali.

DM 26 luglio 1991, n. 295, Regolamento dei corsi di qualificazione per l'accesso al profilo professionale di operatore tecnico addetto all'assistenza in applicazione dell'art. 40, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384.

DM 3 novembre 1999, n. 509, Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei.

DPR 14 marzo 1974, n. 225, Modifiche al RD 2 maggio 1940, numero 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici.

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

Gullotta D, Morici M, Bertelli F, David R, Dametto E, Rabottini M, Lizarbe S, De Salazar KV, Bizzarro E, Castiglioni F, Marsico A, Meloni R, Plebani L, Rallo D, Tonet L, Zignani L, Trecate F. L'inserimento degli OSS all'interno di una RSA: la proposta del Centro Girola, Nursing oggi Geriatria, n. 3, luglio-settembre 2001, pp. 18-24.

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

Legge 11 marzo 1988, n. 67, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato.

Legge 15 novembre 1973, n. 795, Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967.

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

Legge 3 giugno 1980, n. 243, Straordinaria riqualificazione professionale degli infermieri geriatrici e degli infermieri psichiatrici.

Legge regionale 7 gennaio 1996, n. 1, Riorganizzazione e programmazione dei Servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia.

Ministero della Sanità: Linee guida n. 1 del 30/3/1994, Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali.

Monzocchi S, D'Addio L. L'inserimento delle figure di supporto nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA), Management Infermieristico, n. 4, ottobre/dicembre 2003, pp. 17-29.

Motta P. L'infermiere, l'Operatore sociosanitario e la perfezionabilità della persona umana, Nursing Oggi, n. 2, aprile/giugno 2000, pp. 5-6.

Motta P. Introduzione alle scienze infermieristiche, Carocci Faber, Roma, 1^a ed. 2002.

Muttillio G. Governare la figura di supporto per la valorizzazione della professione infermieristica, lo Infermiere, n. 1, gennaio/marzo 2001, pp. 3-7.

Negrisola A, Burattini B, Stiranello L, Gattolin F. Le figure di supporto all'assistenza infermieristica: linee guida per l'integrazione nel processo assistenziale, In & Out, supplemento novembre 2004.

Orlandi C. Una nuova figura a supporto degli infermieri: l'operatore socio-assistenziale. Risorsa o problema organizzativo? lo Infermiere, n. 2, aprile/giugno 2000, pp. 19-26.

Pagiusco G, Padovan M. Il modello di assistenza personalizzata e l'inserimento dell'operatore socio-sanitario, Management Infermieristico, n. 2, ottobre/dicembre 2004, pp. 19-27.

Picogna M. L'operatore socio-sanitario (OSS) nell'azienda ospedaliera: indagini sull'allocatione delle risorse, Management Infermieristico, n. 4, ottobre/dicembre 2004, pp. 18-26.

Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani". Prospettive assistenziali, n. 97, gennaio/marzo 1992.

Roilo A, Bigotto S. Attività di un'équipe assistenziale di medicina e integrazione degli OSS, Management Infermieristico, n. 1, gennaio/marzo 2005, pp. 10-17.

Servizio Infermieristico e Tecnico del Policlinico S. Orsola-Malpighi, Progetto per la riorganizzazione dell'attività di assistenza infermieristica, ostetrica e di supporto nelle Unità Organizzative del Policlinico S. Orsola-Malpighi, Agosto 2004.

Snaidero D. Dall'ausiliario all'Operatore Socio-Sanitario (OSS): analisi storico-giuridica delle figure di supporto all'assistenza (Parte Prima), Management Infermieristico, n. 2, aprile/giugno 2003, pp. 43-48.

Snaidero D. Dall'ausiliario all'Operatore Socio-Sanitario (OSS): analisi storico-giuridica delle figure di supporto all'assistenza (Parte Seconda), Management Infermieristico, n. 3, luglio/settembre 2003, pp. 20-27.

Trabucchi M, Vincenzo C. (a cura di), 2005, Linee guida SIGG per RSA, Bollettino SIGG, febbraio 2005, pp. 2-9.

Vignati E, Bruno P. Tecniche di management sanitario. Strategia, organizzazione, programmazione, controllo e miglioramento della qualità dei servizi per gestire il cambiamento in sanità. Franco Angeli, 2002.

Zagari A. L'operatore socio-sanitario e l'infermiere, profili di responsabilità, lo Infermiere, n. 2, aprile/giugno 2004, pp. 40-46.

Zerilli A. (a cura di), 1966, Reclutamento Selezione e Accoglimento del Personale, Franco Angeli, Milano, 5^a ed. 2004.