



Direzione Sanitaria

## RELAZIONE INFORMATIVA FUNZIONI E ATTIVITA' DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO

### INTRODUZIONE

La tendenza alla deospedalizzazione delle patologie cronico - degenerative stabilizzate e non più suscettibili di specifici trattamenti terapeutici, l'incremento degli interventi di riabilitazione e di rieducazione funzionale, il maggiore coinvolgimento in regime di convenzione del privato "profit" e no "profit", il consolidamento delle cure primarie e la graduale trasformazione in ospedalizzazione territoriale, le esigenze di una più marcata integrazione dell'area sociale con l'area sanitaria, la carenza di infermieri e la conseguente necessità di valorizzare gli ambiti di autonomia e responsabilità di questi professionisti provenienti da un percorso formativo universitario, risultano tutti motivi che hanno indotto il legislatore alla creazione di una figura professionale di supporto all'assistenza infermieristica, identificata nell'Operatore Socio-Sanitario (OSS), sorta di "fusione" tra l'ambito sanitario e quello sociale, con competenze più dettagliate e di maggiore valenza rispetto ad altre figure professionali di precedente formazione ed ancora in parte attive nei medesimi settori (OSA, OTA, ADEST, ASA, ADB, OAA, ADA, AAB)

Tentare di rispondere efficacemente alle problematiche di un quadro socio-sanitario divenuto sempre più variegato ed articolato in relazione a tali complessi ed emergenti aspetti, significa innanzitutto soffermarsi a riflettere, tenuto conto delle attuali normative, sui modelli organizzativo - assistenziali, nonché sulle specifiche funzioni delle diverse professionalità coinvolte nei vari e differenti percorsi di cura.

### IL RAPPORTO INFERMIERE – OPERATORE SOCIO SANITARIO: ATTRIBUZIONE DELLE ATTIVITÀ

Il riconoscimento delle specifiche competenze e responsabilità della **professione infermieristica**, affermato dalle modifiche normative susseguitesi negli ultimi quindici anni (Profilo Professionale – DM 14/09/94, n. 739; Legge 42/99; Legge 251/2000; Codice Deontologico), ha definitivamente disgiunto tale professione dal precedente concetto di mansione e di "mansionario", conferendogli invece il ruolo, notevolmente ampliato ed assolutamente innovativo rispetto al passato, di **garante dei processi assistenziali nei confronti del paziente**.

Detta posizione di garanzia, essenzialmente e sinteticamente identificabile, ai fini di una migliore salvaguardia di tutela della salute, nell'elaborazione ed attuazione di un **piano di assistenza personalizzato**, comporta peraltro (o dovrebbe comportare) la possibilità di sottrarre l'infermiere dallo svolgimento di alcune attività materiali prive di particolare spendita conoscitiva od esecutiva, autorizzandolo ad avvalersi, proprio per tali compiti di "supporto" nel processo di "nursing", di figure professionali di provenienza formativa non infermieristica, nello specifico dell'operatore socio-sanitario.

In tal senso l'Infermiere, pur conservando in toto ed esclusività il **ruolo di responsabile del processo assistenziale del paziente**, può nel contempo trasferire ad altri "operatori", anche in un'ottica di migliore utilizzazione delle risorse disponibili, attività tecniche in precedenza di sua diretta o prevalente prerogativa.

Considerando le funzioni e competenze individuate dal relativo profilo professionale (adottato con Provvedimento normativo della Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001), risulta in effetti come l'OSS, al termine del proprio percorso di formazione (ma con esplicita possibilità di "*misure compensative in tutti i casi in cui la formazione pregressa risulti insufficiente, per la parte sanitaria o per quella sociale*", art. 9), sia in grado di svolgere attività volte a "*soddisfare i bisogni primari della persona*" ed a "*favorire il benessere e l'autonomia dell'utente*" (art. 1), in contesti operativi differenti tra loro, peraltro non di sola pertinenza ospedaliera ("*... servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente*", art. 3).

Occorre specificare quindi, che ritenuti validi i principi del su citato art.9 nell'inserimento dell'OSS nelle strutture operative occorrono precisi e circostanziati programmi di inserimento, finalizzati al "completamento" delle competenze specifiche dell'OSS in quella peculiare realtà operativa.

Il Profilo riconosce all'OSS come proprie, una serie di "Attività" (riportate nella "tabella A" allegata e parte integrante del decreto) e di "Competenze" (di cui alla "tabella B"); tra le prime sono previste l'assistenza della persona, "*in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale*", l'osservazione e collaborazione "*alla rilevazione de bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente*" e la collaborazione alla "*attuazione degli interventi assistenziali*".

Nell'ambito delle "Competenze" (a loro volta distinte in "*tecniche*", "*relazionali*" e "*relative alle conoscenze richieste*"), particolarmente utili ai fini di ausilio del personale infermieristico, risultano le mansioni di cura nel "*lavaggio, asciugatura e preparazione del materiale da sterilizzare*", la "*raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario e dei campioni per gli esami diagnostici, secondo protocolli stabiliti*", l' "*aiuto nella deambulazione, l'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature*", l' "*apprendimento e mantenimento di posture corrette*".

Sempre tra le "competenze tecniche" spiccano peraltro quelle a finalità propriamente sanitaria, strettamente connesse al diretto rapporto con il paziente e mirate nello specifico a riconoscere all'OSS, in "*sostituzione e appoggio dei familiari e su indicazione del personale preposto*", le capacità ("*è in grado*")

di "osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.)", di "attuare interventi di primo soccorso", di "effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesse", di "provvedere al trasporto di utenti, anche allettati, in barella o carrozzella", nonché di "aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso".

Ricordando come nel processo di "nursing" si individuano sostanzialmente cinque diverse fasi di competenza (1. Accertamento ed identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, 2. Definizione degli obiettivi assistenziali, 3. Pianificazione degli interventi, 4. Esecuzione delle attività, 5. Valutazione dei risultati), pare corretto ritenere, alla luce delle "attività" e "competenze" indicate dal Profilo Professionale dell'OSS, come i maggiori contributi richiesti e richiedibili a tale operatore, rimandino principalmente alla fase 1. "accertamento ed identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica" e alla fase 4. "esecuzione delle attività", mediante compiti direttamente svolti in autonomia (in quanto di specifica competenza), ovvero tramite attribuzioni fornite dall'Infermiere e codificate nel piano assistenziale.

In tal senso, pur rimanendo ovviamente escluse dai compiti professionali degli OSS - privi delle conoscenze ed esperienze idonee a valutare i rischi legati alle variabili cliniche individuali - le funzioni di riconosciuta responsabilità infermieristica (identificazione dei bisogni di assistenza, valutazione della criticità del paziente, pianificazione e la valutazione del processo assistenziale, personalizzazione del processo rispetto al singolo utente), vanno tuttavia ricondotte alla loro sfera di competenza alcune specifiche attività, vuoi in forma autonoma che su attribuzione da parte dell'infermiere, in tal ultimo caso con precisa accezione di **trasferimento di mansioni e non di delega e passaggio di responsabilità**.

Sul piano pratico l'OSS può pertanto svolgere i compiti previsti dal profilo in rapporto a tre livelli di operatività:

- In **autonomia** quando, per protocollo o altra disposizione, svolge attività pertinenti alla propria figura e **programmate nel piano di lavoro** e/o di assistenza;
- in **cooperazione** diretta con l'infermiere quando, nello svolgimento delle attività, è necessaria la **presenza dell'infermiere**
- su **prescrizione** quando svolge un'attività eseguibile solo su **precisa attribuzione dell'infermiere e con la sua supervisione**.

Quanto più l'OSS opera al di fuori dell'ambito autonomo, ovvero quanto più la sua azione è subordinata a un'attribuzione dell'infermiere, tanto più la responsabilità riconosciutagli è limitata alla corretta esecuzione delle prestazioni nell'ambito delle istruzioni ricevute: protocolli, procedure operative, indicazioni dirette.

Ad indirizzare la scelta delle attività da attribuire al personale di supporto, saranno le **caratteristiche del paziente**, intese come complessità dei bisogni, livello di stabilità clinica e prevedibilità delle condizioni

cliniche, *le caratteristiche della prestazione*, intese come requisiti tecnici e cognitivi, possibilità di standardizzare la prestazione, livello di complessità della prestazione, necessità di adattamenti o di verifiche costanti, potenziali risultati negativi legati ad errore e *le caratteristiche del contesto* intese come livello di autonomia decisionale richiesto per eseguire la prestazione.

L'attribuzione dell'attività, in forma verbale o scritta, deve essere espressa con chiarezza e precisione, verificando la corretta comprensione dell'indicazione. Qualora non sia stata fatta una valutazione del caso o non sussistano le condizioni per garantire un'adeguata supervisione della qualità delle prestazioni, l'infermiere, escluse situazioni di emergenza, non potrà attribuire mansioni al personale di supporto. Per quanto attiene la valutazione assistenziale del caso la stessa dovrà essere programmata, mentre per quanto riguarda la supervisione, è da superare il concetto di **controllo diretto dell'attività eseguita dall'operatore socio sanitario**; l'infermiere pur non essendo presente nel momento in cui si realizza la prestazione, individua a garanzia dell'assistito indicatori e standard a verifica delle prestazioni eseguite dal personale di supporto, predisponendo strumenti formali che assicurino il governo di tutto il processo assistenziale.

Per rendere evidente il processo intellettuale che giustifica il passaggio in sicurezza delle attività al personale di supporto, si rende necessario condividere e diffondere la "cultura dell'assessment" tra i professionisti, chiamati ad individuare criteri di valutazione del paziente che motivino la modalità di attribuzione: condizioni di elevata criticità clinica o di contesto, richiamano l'infermiere a garantire la propria presenza in qualità di "titolare" di tutto il processo assistenziale (principio di cooperazione).

## CONCLUSIONI

La logica del Profilo Professionale, contrariamente ai precetti obbligati del "mansionario", ha introdotto, per i professionisti sanitari non medici, un'ampia area di attribuzione di autonomia, competenze e responsabilità.

In questo contesto la normativa relativa agli OSS, se traccia compiti e funzioni di tali operatori (inquadrandone e limitandone in particolare gli obiettivi e le aree di intervento), pare tuttavia lasciare spazio ad una certa libertà interpretativa (peraltro indirettamente confermata dai differenti recepimenti della medesima norma da parte delle diverse regioni italiane), consentendo di adattare le capacità e responsabilità dei singoli operatori del processo assistenziale, pur nel rispetto delle peculiarità di ognuno e senza travalichi di competenze, alla cultura scientifica del momento ed al necessario dibattito intra ed inter professionale.

Nella finalità di assicurare il miglior risultato di assistenza del paziente, pare ragionevole suggerire, anche per un'ottimale valorizzazione degli operatori coinvolti nei momenti di cura, che sia l'infermiere a decidere, considerate le variabili prima analizzate, quando lui stesso debba essere erogatore esclusivo della prestazione e quando quest'ultima possa invece essere attribuita, in sicurezza, all'operatore socio-

sanitario, eventualmente attraverso un percorso di specifica progettazione assistenziale e di organizzazione-direzione delle attività attribuibili al "personale di supporto", anche in ipotesi (spesso concrete) di temporanea assenza della figura infermieristica.

Tale pianificazione, per essere efficace, può trovare rinforzi in sistemi comuni e condivisi dall'equipe, basati su protocolli e linee guida, con specifici e standardizzati requisiti operativi.

In quest'ottica, il "passaggio" di talune attività storicamente infermieristiche, al personale di supporto, non risponde ad una rimodulazione dei carichi di lavoro o all'utilizzo improprio di figure che sopperiscono alla carenza di altre figure professionali, ma ad un **atto propriamente infermieristico**, progettato e presidiato con un dispendio intellettuale che supera l'impegno della mera esecuzione della prestazione. E' altresì evidente che l'avvalersi di strumenti di governo assistenziale condivisi, riduce il personalismo insito in alcuni processi di attribuzione, valorizzando le competenze tecniche e relazionali dell'OSS, collocandolo in una posizione di sicurezza rispetto al rischio di errori o di incriminazione per "abuso di professione".

L'integrazione delle figure professionali in ambito socio-sanitario, richiede un cambiamento di tipo culturale e professionale che deve essere progettato e sostenuto attraverso le leve della formazione e del coinvolgimento.

L'impatto di tale cambiamento andrebbe percepito dall'utenza e dagli operatori come un processo di reale miglioramento del sistema, mirato a perseguire obiettivi differenziati a seconda del contesto assistenziale, nonché interessato a valorizzare la "figura professionale" in quel momento "prevalente" per il raggiungimento degli obiettivi di cura e salvaguardia della salute.

#### **Bibliografia essenziale di riferimento**

- Luca Benci; *Aspetti giuridici della professione infermieristica* Mc Graw Hill 2008
- Antonella Santullo; *L'infermiere e le innovazioni in sanità* Mc Graw Hill 2004
- Risposta del legale del collegio IPASVI di Reggio Emilia Avv. Stefano Anceschi [www.ipasvi.re.it/consulenze](http://www.ipasvi.re.it/consulenze)
- *Attribuzioni dell'OSS su tre livelli di operatività*; documento Ipasvi versione 6 novembre 2003 [www.fondazionefeyles.it/reserved/Lamberti%20-%20terapia%20documento%20ipasvi.ppt](http://www.fondazionefeyles.it/reserved/Lamberti%20-%20terapia%20documento%20ipasvi.ppt) -
- Deliberazione della Giunta RER 6 aprile 2009, n. 427 Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali