



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

(Presidente: Prof. Antonio Azara)

***L'INSERIMENTO DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO
NEI PROCESSI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA:
OPPORTUNITA' PER L'IMPLEMENTAZIONE DI NUOVI
MODELLI ORGANIZZATIVI***

Relatore:

Prof.ssa ANNA BELLU

Tesi di Laurea di:

RITA LORIGA

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

Introduzione	4
1. La responsabilità e le competenze dell'infermiere e dell'operatore socio sanitario	7
1.1 La figura ed il profilo professionale dell'infermiere	8
1.2 La figura ed il profilo professionale dell'operatore socio sanitario	13
2. L'équipe assistenziale	20
2.1 L'infermiere e l'operatore socio sanitario nell'équipe assistenziale	23
3. Le fasi e le responsabilità del processo di Nursing	27
3.1 L'accertamento	28
3.2 La diagnosi infermieristica	29
3.3 La pianificazione	29
3.4 L'attuazione	32
3.5 La valutazione	33
3.6 Le responsabilità della pianificazione e dell'attuazione del processo di nursing	34
4. Riconoscere le attività attribuibili	37
4.1 Esempi di attività attribuibili	39
4.1.1 Aiutare nell'assunzione dei farmaci	39
4.1.2 Collaborare nella rilevazione della respirazione	41
4.1.3 Garantire la cura di sé ed il comfort	42
5. Criteri e principi per stabilire "ove necessario" avvalersi del personale di supporto	45
5.1 I presupposti per avvalersi del personale di supporto	47
5.1.1 Contestualizzare il profilo	47
5.1.2 Considerare alcune variabili	49
5.1.3 L'attribuzione	49
5.1.4 La valutazione	49
5.2 La regola delle 5G	50
5.2.1 Giusto compito	50
5.2.2 Giuste circostanze	50
5.2.3 Giusta persona	51

5.2.4	Giuste direttive e comunicazioni	51
5.2.5	Giusta supervisione	52
6.	L'integrazione degli OSS nei processi assistenziali: i dubbi e le difficoltà	56
6.1	Variabili legate all'organizzazione	59
6.2	Variabili legate all'utente	60
6.3	Variabili legate all'infermiere	61
6.4	Variabili legate all'OSS	61
6.5	Variabili legate alla prestazione	61
7.	I modelli organizzativi che supportano il lavoro integrato	63
7.1	Il nursing funzionale o per compiti	65
7.2	I modelli di lavoro per obiettivi	67
7.2.1	L'assistenza di gruppo o team nursing	67
7.2.2	L'assistenza primaria o primary nursing	71
7.2.3	Il case management	74
8.	Metodi e strumenti per l'integrazione	76
8.1	L'inserimento lavorativo dell'OSS	77
8.2	Gli strumenti operativi	78
8.2.1	La matrice delle responsabilità	79
8.2.2	Il piano delle attività	80
8.2.3	Il piano di lavoro	80
8.2.4	Le linee guida	81
8.2.5	I protocolli	82
8.2.6	Le procedure	82
9.	Analisi di un caso clinico-organizzativo	83
	Conclusioni	89
	Bibliografia	91

INTRODUZIONE

L' infermiere è il professionista con ambiti di competenza, autonomia e responsabilità che si delineano nella rilevazione, nella identificazione e nella soluzione dei bisogni di assistenza infermieristica, attraverso la scelta degli interventi da realizzare in modo autonomo o collaborativo.

Nell'ambito del campo proprio di competenza, l'infermiere può far svolgere compiti di tipo esecutivo a figure di supporto, mantenendo la responsabilità sul processo decisionale.

Da tempo si discute della necessità di una figura di supporto nelle organizzazioni assistenziali.

Attraverso la firma del Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano 22 febbraio 2001 è stata individuata la figura dell'operatore socio sanitario ed il relativo profilo professionale.

Le ragioni che hanno portato all'istituzione di questa figura di supporto sono riconducibili soprattutto alla sfera economica. L'operatore socio sanitario nasce, infatti, per ottimizzare l'utilizzo delle risorse e compensare la carenza di personale infermieristico, nonché per valorizzare i professionisti che hanno accresciuto il loro patrimonio di conoscenze attraverso la formazione universitaria.

Questo operatore suscita un notevole interesse all'interno della categoria professionale degli infermieri. Si discute soprattutto su quale sia il corretto ruolo da attribuire a questa figura, tant'è vero che questo argomento è oggetto di numerosi convegni.

L'evoluzione del concetto di salute da *“assenza di malattia”* ad *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”*¹ richiede, agli operatori il cui scopo è la cura, un impegno multidisciplinare.

¹ Definizione secondo la Costituzione dell'OMS del 1948

Lo scopo di questo elaborato è, infatti, quello di riflettere sull'inserimento dell'operatore socio sanitario nei processi assistenziali analizzando il concetto di équipe e il ruolo delle due figure assistenziali all'interno di essa.

Il percorso che ha portato alla stesura del lavoro è iniziato con l'analisi delle normative che identificano la figura ed il relativo profilo professionale dell'infermiere e dell'operatore socio sanitario per poter comprendere in maniera chiara le competenze e le responsabilità proprie di questi due operatori. È necessario che l'infermiere abbia, per poter lavorare, una definizione, per quanto più possibile chiara e rigorosa, delle proprie responsabilità e di quelle di chi collabora con lui.

Essendo il processo assistenziale il principale strumento per la gestione dell'assistenza infermieristica, verrà analizzata ogni sua fase al fine di poter individuare le responsabilità della pianificazione e dell'attuazione delle attività assistenziali. Lo scopo è quello di acquisire le conoscenze necessarie per coordinare l'interazione di più soggetti il cui lavoro determina la buona riuscita del piano di assistenza infermieristica e per evitare di entrare in competenze non proprie.

Una parte rilevante dell'elaborato è dedicata al concetto di attribuzione e al riconoscimento delle attività attribuibili all'interno del processo assistenziale. Verranno inoltre presentate delle linee di indirizzo che supportino l'infermiere nel processo decisionale dell'attribuzione.

Si rifletterà sui dubbi e le difficoltà della pratica quotidiana per poi individuare ed analizzare i presupposti culturali ed organizzativi che favoriscono il lavoro integrato.

La presa in carico dell'assistito e l'utilizzo del processo assistenziale come principale strumento di governo clinico dovrebbero essere dei presupposti essenziali per l'inserimento degli operatori socio sanitari nella pianificazione dell'assistenza. A tale scopo verranno analizzati alcuni modelli organizzativi per individuare quali di questi sostengano il lavoro integrato.

Vengono, inoltre, presentati alcuni metodi e strumenti la cui finalità è quella di migliorare l'organizzazione dell'assistenza e di chiarire la posizione delle diverse figure che operano all'interno dell'équipe multidisciplinare.

L'elaborato si conclude con l'analisi di un caso clinico-organizzativo allo scopo di poter riflettere sulle implicazioni pratiche del lavoro integrato tra infermieri e operatori socio sanitari.

1. LE RESPONSABILITA' E LE COMPETENZE DELL'INFERMIERE E DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO

Di seguito verranno analizzate le normative che individuano, rispettivamente, la figura ed il relativo profilo professionale dell'infermiere e dell'operatore socio sanitario.

Il profilo professionale è *“l'insieme delle conoscenze, delle competenze e degli atteggiamenti che un operatore deve avere per compiere il proprio lavoro”*.

La professione viene definita, in senso ristretto, come *“un'attività intellettuale per l'esercizio della quale sia richiesta la laurea o una particolare abilitazione”*.

Il professionista è colui che, nell'esercizio delle proprie funzioni, è guidato dall'interesse comunitario e lo antepone al proprio interesse personale.

Dal momento in cui una serie di professionisti ha cominciato ad ottenere un consistente riconoscimento sociale, è sorta la necessità per le stesse di acquisire e mantenere determinate caratteristiche o attributi.

Il sociologo Ernest Greenwood, uno dei più importanti esponenti del cosiddetto *“approccio definitorio allo studio delle professioni”*, ha contribuito fra gli altri alla definizione di queste caratteristiche.

Gli attributi individuati da Greenwood e da altri studiosi che a lui si riferiscono, sono:

- *Un corpo di conoscenze teoriche e sistematiche, organizzate in un sistema coerente che definisca il campo d'azione della professione, le sue finalità, le sue funzioni specifiche e le capacità necessarie per esercitarle;*
- *Un'autorità professionale intesa come un insieme esclusivo di competenza tecnica, autonomia, responsabilità e leadership;*

- *Un'utilità sociale* espressa dal riconoscimento che proviene dall'utenza, dagli altri professionisti e dalla società in generale;
- *Una cultura professionale*, consistente nell'insieme dei valori, delle norme e delle regole interne del gruppo di professionisti, unito al loro sapere teorico-tecnico specifico;
- *Un codice deontologico*, cioè un documento che esprime il corpus di regole autodeterminate dalla professione a tutela dei rapporti tra i professionisti e l'utenza.

Il consolidamento di una professione non dipende solo ed unicamente dall'impegno della categoria, ma entrano in gioco fattori di natura sociale, economica e politica. Ci sono però, secondo Greenwood, alcune componenti (corpo di teoria, codice, cultura professionale) sulle quali il gruppo di professionisti può impegnarsi direttamente, senza alcun vincolo o impedimento esterno.

1.1 LA FIGURA ED IL PROFILO PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE

Il Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 *“Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”* riconosce finalmente gli infermieri come professionisti sanitari, autonomi e responsabili del loro agire.

Questo atto normativo rappresenta il passaggio dall'infermieristica tecnica all'infermieristica intellettuale.

L'art.1, comma 1, D.M. 14-09-1994, n. 739 definisce ed identifica la figura professionale dell'infermiere come: *“l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica”*.

Il legislatore, con la successiva Legge 26-02-1999, n. 42 *“Disposizioni in materia di professioni sanitarie”*, ha conferito autonomia e specifica responsabilità assistenziale agli infermieri.

La legge 42/99 ha abrogato il cosiddetto mansionario, contenuto nel D.P.R. 14-03-1974, n. 225, e ha sancito l’affermazione della professione infermieristica come professione sanitaria non più ausiliaria.

L’infermiere non è più legato ai vincoli del vecchio mansionario e gli ambiti di attività e responsabilità della professione infermieristica sono quindi definiti dai contenuti.

- Del profilo professionale;
- Dell’ordinamento didattico del corso di laurea e di formazione post base;
- Del codice deontologico.

L’assistenza infermieristica rappresenta un campo specifico d’intervento nell’ambito dell’assistenza sanitaria genericamente intesa.

L’assistenza infermieristica, all’art.1, comma 2, D.M. 14-09-1994, n. 739, è *“preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa”*.

L’assistenza infermieristica indica l’attività relativa all’assistenza sanitaria rivolta all’individuo, alla comunità o alla popolazione, sia che si tratti di soggetti sani o di soggetti malati, al fine di recuperare uno stato di salute ottimale e migliorare sempre di più lo stato di salute.

L’articolo appena citato getta le basi per un approccio assistenziale globale che permette all’infermiere di rispondere a tutti i bisogni della persona, dallo stato di salute attraverso la prevenzione, allo stadio di abbandono della vita attraverso l’assistenza al morente.

L’infermiere, secondo l’art.1, comma 3, D.M. 14-09-1994, n. 739, *“partecipa all’identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività”*, e si occupa in maniera peculiare di identificare *“i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi”*.

L'infermiere, sotto il profilo professionale, si è finalmente visto riconoscere una propria sfera di autonomia, complementare, ma ben distinta dall'attività di diagnosi e cura attribuita al medico.

L'infermiere, dal punto di vista funzionale, entra di diritto nell'équipe multidisciplinare in quanto portatore di uno specifico sapere e in quanto detentore di specifiche competenze riferite alla risoluzione dei bisogni di assistenza infermieristica.

Per definire il bisogno di assistenza infermieristica occorre un'analisi attenta, olistica ed empatica della persona che l'infermiere prende in carico.

L'infermiere è diretto responsabile della definizione degli obiettivi, intesi come risultato da raggiungere per ottenere la soddisfazione e/o compensazione del bisogno autonomamente identificato.

L'infermiere *“pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico”*². Una volta definiti gli obiettivi, all'infermiere è parimenti riconosciuta la capacità e la competenza di:

- Definire le priorità d'intervento;
- Scegliere le diverse ipotesi risolutive;
- Individuare strumenti e risorse necessarie all'intervento;
- Attuare le azioni necessarie;
- Verificare quanto attuato e il livello con cui è stato raggiunto il risultato ipotizzato.

Pertanto l'infermiere è direttamente responsabile del risultato conseguito.

L'infermiere *“garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche”*² assumendosi la responsabilità della correttezza delle azioni svolte in prima persona o da altri da lui individuati.

L'art.1, comma 3, D.M. 14-09-1994, n. 739 rafforza il concetto di lavoro in équipe, inteso come partecipazione attiva al soddisfacimento dei bisogni di salute, nell'ambito delle proprie competenze affermando che: *“l'infermiere agisce sia*

² Art. 1, comma 3, D.M. 14-09-1994, n. 739

individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali”, e inoltre “per l’espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell’opera del personale di supporto”.

L’infermiere risponde del risultato conseguito e della persona che ha scelto, poiché ha valutato le capacità, l’esperienza, la preparazione, mentre il personale di supporto garantisce la correttezza delle azioni svolte.

Viene ribadito che l’infermiere *“svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell’assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale³”.*

L’infermiere ha una funzione didattico-formativa e contribuisce alla ricerca poiché *“contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all’aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca⁴”.*

La ricerca deve essere orientata allo sviluppo delle conoscenze professionali e dei servizi e deve essere svolta in collaborazione con altre figure.

L’infermiere opera in molteplici e diversificate situazioni assistenziali e per erogare prestazioni di alta qualità è opportuno, se non necessario, che l’infermiere, responsabile dell’assistenza generale, possieda ulteriori conoscenze tecnico-pratiche che gli verranno fornite con un successivo percorso formativo o formazione complementare⁵.

La formazione deve essere un impegno continuo per preparare gli infermieri in modo completo e definitivo.

L’assistenza infermieristica si occupa della persona intesa nella sua globalità e non prevalentemente di un organo o di un apparato colpito da una patologia.

L’infermiere deve essere preparato a rispondere ai bisogni legati:

³ Art. 1, comma 3, D.M. 14-09-1994, n. 739

⁴ Art. 1, comma 4, D.M. 14-09-1994, n. 739

⁵ Art. 1, comma 5, D.M. 14-09-1994, n. 739

- Alla tutela della salute e del rischio sanitario, ambientale e sociale (area della sanità pubblica);
- Alle fasce d'età (area pediatrica o geriatrica);
- A disquilibri psichici (area psichiatrica e salute mentale);
- Alla criticità e/o instabilità vitale da qualunque evento originata (area critica).

Il profilo prevede che: *“In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del Ministero della Sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica⁶”*.

La titolarità del Ministero della sanità a definire il percorso formativo dei corsi di formazione specialistica evidenzia che si vuole garantire una formazione omogenea su tutto il territorio nazionale ed evitare la proliferazione di programmi che potrebbero rispondere ad esigenze strettamente locali⁷.

L'art. 2, D.M. 14-09-1994, n. 739 afferma che: *“il diploma universitario di infermiere, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo albo professionale”*.

L'infermiere si forma in ambito universitario ed il titolo conseguito lo rende immediatamente idoneo all'esercizio della professione.

I primi segnali di rinnovamento nella formazione del personale infermieristico si debbono individuare nella riforma universitaria (Legge n. 341/1990) con l'attivazione dei primi corsi di diploma universitario. Occorre ricordare:

- Il D.M. 3 novembre 1999, n. 509 *“Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei”* che stabilisce che il titolo di dottore in infermieristica si consegue a conclusione di uno specifico corso di laurea della durata di tre anni;
- Il D.M. 22 ottobre 2004, n. 270 introduce la laurea magistrale, che è un corso post laurea della durata di due anni, che si aggiungono ai primi tre

⁶ Art. 1, comma 6, D.M. 14-09-1994, n. 739

⁷ Art. 1, comma 7, D.M. 14-09-1994, n. 739

anni e portano al conseguimento del titolo di Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.

Il concreto esercizio della professione è subordinato, non solo al conseguimento del titolo universitario (laurea di primo livello in infermieristica), avente valore abilitante alla professione, ma anche all'iscrizione al relativo albo professionale. Il possesso di entrambi i requisiti dà titolo all'esercizio sull'intero territorio nazionale.

L'art. 3, D.M. 14-09-1994, n. 739 individua *“i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'art. 2 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici”*.

Il profilo prevede quindi che i diplomi conseguiti negli ultimi anni di esercizio delle scuole regionali per Infermieri professionali hanno lo stesso valore del diploma conseguito in ambito universitario.

1.2 LA FIGURA ED IL PROFILO PROFESSIONALE DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO

La figura dell'operatore socio sanitario nasce ufficialmente il 22 febbraio 2001 con un accordo tra il Ministero della Sanità, il Ministero della Solidarietà Sociale e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano.

L'accordo è sancito con termini di urgenza e si legge: *“è ritenuto non più differibile la istituzione di una specifica figura di operatore socio sanitario che svolga attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario, ed a favorire il benessere e l'autonomia dell'utente”*. Con queste parole vengono indicati, all'art. 1, Accordo della conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, la figura ed il profilo dell'operatore socio sanitario.

Lo scopo dell'istituzione di questa figura è quello di formare del personale in grado di collocarsi in modo professionalmente utile sia nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale che negli ampi settori dell'assistenza sociale.

Il ruolo delle regioni e delle province autonome nella determinazione di questa figura è fondamentale.

Le regioni, in particolare, hanno la possibilità di determinare la formazione, l'organizzazione dei corsi e le attività didattiche.

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

L'ampia possibilità decisionale delle regioni ha effettivamente generato delle discrepanze.

L'art. 4, Accordo della conferenza Stato-Regioni, afferma che:

“L'operatore socio sanitario svolge la sua attività con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale”.

Le professioni sanitarie a cui fa riferimento la norma citata sono quelle infermieristiche, ostetriche e tecniche.

L'OSS⁸, anche se è un operatore sanitario qualificato, non può svolgere attività che siano di competenza propria di queste ultime.

Alcuni compiti attribuiti all'OSS possono coincidere con le operazioni normalmente compiute dagli infermieri, ma egli non è una figura infermieristica.

L'operatore socio sanitario è una figura di sostegno a chi svolge la professione infermieristica.

La normativa delinea il carattere di collaboratore dell'OSS, che non è un semplice esecutore passivo degli ordini infermieristici.

⁸ Acronimo che si riferisce all'operatore socio sanitario

Il collaboratore è colui che lavora a fianco di un altro operatore, in rapporto dinamico con esso, anche se deve operare all'interno di precise direttive, in questo caso dell'infermiere, al quale resta la responsabilità generale dell'assistenza erogata.

L'operatore socio sanitario è il principale collaboratore dell'infermiere e la funzione di supporto esercitata da questa figura può aumentare gli standard assistenziali infermieristici e non solo.

L'operatore socio sanitario è richiamato ad operare in maniera conforma alle direttive e con un'autonomia che non riguarda la decisione assistenziale, ma il modo con cui mette in atto le tecniche assistenziali.

L'OSS collabora in maniera dinamica e non piattamente subalterna con il personale infermieristico, in un'ottica di lavoro in équipe dove vi è capacità, autonomia e responsabilità nel saper osservare, riferire, proporre.

Le funzioni dell'OSS individuate dal provvedimento legislativo sono raggruppate in tre aree:

- *Assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero*, finalizzata alle attività di assistenza di base alla persona, compresa la sanificazione e la cura dell'igiene ambientale;
- *Intervento igienico sanitario e di carattere sociale*, finalizzata ad una serie di competenze che riguardano gli aspetti relazionali e comunicativi volti ad illustrare i principi educativi alla salute e di integrazione sociale;
- *Supporto gestionale organizzativo e formativo*, finalizzata al supporto nelle attività di tirocinio e di monitoraggio della qualità del servizio.

Le attività e le competenze dell'OSS sono schematizzate nella seguente tabella:

Tabella 1.2.1 *Le attività e le competenze dell'OSS*

AREA	ATTIVITA'	COMPETENZA
Igieniche	Cura la pulizia e l'igiene ambientale	È in grado di collaborare con l'utente e la famiglia nella

		<p>sanificazione e sanitizzazione ambientale</p> <p>È in grado di curare la pulizia e la manutenzione di arredi e attrezzature, nonché la conservazione degli stessi e il riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti</p> <p>Sa curare il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare</p>
Trasporto Materiali		<p>Sa garantire la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario e dei campioni per esami diagnostici</p>
Relazione e comunicazione	Riconosce e utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione appropriati in relazione alla condizioni operative	<p>Sa lavorare in équipe</p> <p>Si avvicina e si rapporta con l'utente e con la famiglia, comunicando in modo partecipativo in tutte le attività quotidiane di assistenza</p> <p>Sa rispondere esaurientemente, coinvolgendo e stimolando il</p>

		<p>dialogo</p> <p>Sa coinvolgere le reti informali, sa rapportarsi con le strutture sociali, ricreative, culturali dei territori</p> <p>Sa sollecitare e organizzare momenti di socializzazione fornendo sostegno alla partecipazione a iniziative culturali e ricreative sia sul territorio che in ambito residenziale</p> <p>È in grado di partecipare all'accogliimento dell'utente per assicurare una puntuale informazione sul Servizio e sulle risorse</p>
Informazione e documentazione	Utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio	Conosce le modalità di rilevazione, segnalazione e comunicazione dei problemi generali e specifici relativi all'utente
Rilevazione e valutazione dei bisogni di assistenza	Osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio danno dell'utente	Sa osservare e riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare

	<p>Collabora all'attuazione dei sistemi di verifica degli interventi</p>	<p>Sa attuare interventi di primo soccorso</p> <p>Sa utilizzare specifiche procedure per mantenere la sicurezza dell'utente riducendo al massimo il rischio</p>
Assistenziali	<p>Assiste la persona in particolare non autosufficiente o allettata nelle attività quotidiane e di igiene personale</p> <p>Collabora all'attuazione degli interventi assistenziali</p> <p>Valuta per quanto di propria competenza gli interventi più appropriati da proporre</p>	<p>Sa svolgere attività finalizzate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Igiene personale - Cambio della biancheria - Espletamento delle funzioni fisiologiche - Aiuto nella deambulazione - Uso corretto di presidi, ausili - Apprendimento e mantenimento delle posture corrette - Trasporto di utenti allettati... su indicazione del personale preposto - Controllare e assistere la somministrazione delle diete, su indicazione del personale preposto

	<p>Coadiuvare il personale sanitario nell'assistenza al malato terminale o morente</p>	<p>Collabora alla composizione della salma e provvede al suo trasferimento</p> <p>È in grado di interagire, in collaborazione con il personale sanitario, con il malato morente</p>
<p>Supporto</p>	<p>Realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico</p>	<p>Su indicazione del personale preposto è in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso - Aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie - Effettuare piccole medicazioni e cambio delle stesse

2. L'EQUIPE ASSISTENZIALE

L'introduzione del lavoro di gruppo nelle aziende, nelle imprese e nei servizi socio-sanitari ha rinnovato le forme e i modi di produrre beni e servizi.

Il gruppo viene definito come un *“insieme di individui che interagiscono tra loro influenzandosi reciprocamente e che condividono, più o meno consapevolmente, interessi, scopi, caratteristiche e norme comportamentali”*⁹.

Si può parlare di gruppo come di un insieme di persone che interagiscono e perseguono uno scopo comune, in modo che la coesistenza consenta loro di soddisfare bisogni individuali e collettivi. Il gruppo rappresenta il luogo di interazione tra personale e sociale.

Il lavoro d'équipe è stato concepito come uno strumento per facilitare l'integrazione di competenze, sviluppare apprendimenti, sostenere processi di condivisione delle decisioni, rispondere alle necessità di assetti organizzativi flessibili.

Ogni singolo componente dell'équipe porta la propria esperienza, la propria cultura, il proprio bagaglio professionale all'interno del gruppo, favorendo così il confronto e lo sviluppo del gruppo stesso.

La collaborazione è estesa a tutte le categorie professionali presenti e operanti nel gruppo.

Nel lavoro d'équipe non esiste una gerarchia di saperi, ma tutti i punti di vista sono considerati con la stessa attenzione.

Ciascun componente del gruppo deve far crescere la propria professionalità e valorizzare la competenza e il sapere dell'altro.

Il lavoro d'équipe è una modalità operativa e costituisce una risorsa indispensabile per migliorare la qualità dell'assistenza in tutti i contesti fondati sulla centralità della persona considerata nella sua globalità, e orientati ai risultati, mediante interventi integrati sulla base di progetti.

⁹ Galimberti U., Dizionario di psicologia, Torino, Utet, 1992

Il lavoro di équipe sta a significare che l'intervento è effettuato da un gruppo integrato, cioè da persone che lavorano in modo armonico tra di loro e che orientano e condizionano il proprio agire secondo direzioni collegialmente assunte e condivise mediante una continua correlazione fatta di interscambi, di confronti, di contributi, di suggerimenti, di pareri.

Dal punto di vista etico, l'équipe può costituire la risorsa fondamentale o, al contrario l'ostacolo principale alla realizzazione di un'assistenza tecnicamente ed umanamente valida.

Per la crescita di un gruppo assistenziale sono necessari fondamentalmente la collaborazione e il rispetto.

Tra le diverse professionalità e i diversi ruoli chiamati a lavorare insieme nel reciproco rispetto, vi sono certamente dei confini, che non dovrebbero essere rigidi e forzati ma flessibili, per dare la possibilità di instaurare relazioni di avvicinamento e definire un modello organizzativo dell'attività assistenziale finalizzato al raggiungimento di un obiettivo finale.

Affinché l'obiettivo finale possa essere raggiunto, all'interno del gruppo devono essere presenti:

- Stima;
- Riconoscimento delle rispettive qualifiche professionali e aree di autonomia operativa;
- Comunicazione efficace;
- Programmi di lavoro condivisi;
- Motivazione etica comune.

Tutti i membri devono comprendere e rispettare il ruolo e la prospettiva degli altri membri per un efficace funzionamento dell'équipe.

L'empatia contribuisce ad un efficace funzionamento dell'équipe, alla soddisfazione professionale e ad un migliore servizio agli utenti.

All'interno del gruppo c'è una duplice responsabilità: una legata alle decisioni prese di comune accordo e una legata alle decisioni prese dal singolo. Ogni componente dell'équipe deve pertanto attenersi ad alcuni principi etici:

- Rispettare l'altro riconoscendo all'altro dei valori;
- Riconoscere i propri limiti e sapere che l'altro può aiutarci ad operare meglio;
- Riconoscere la propria precarietà e sostituibilità;
- Apprezzare il lavoro degli altri;
- Saper ascoltare, comprendere;
- Esprimere il proprio parere liberamente;
- Essere disponibili ed accettare le varie opinioni;
- Essere disponibili alla comunicazione, alla collaborazione;
- Avere autocontrollo.

Secondo Giovanni Braidi ogni operatore ha verso i colleghi i seguenti compiti di valenza etica¹⁰:

- Creare un buon clima relazionale, lasciando fuori tensioni e mugugni esterni o interni;
- Scaricare i conflitti non nella grande piazza del reparto, ma nei luoghi, nei tempi e nelle riunioni prestabilite e di fronte a chi può risolverli;
- Costruire insieme tramite l'osservazione, le schede, l'esperienza diretta, il progetto assistenziale che diventa l'autorità costituita da tutti e che tutti devono rispettare;
- Riferire a tutti le motivazioni, le seduzioni, e gli espedienti che caso per caso possono portare al raggiungimento degli obiettivi;
- Lavorare insieme e confrontarsi subito con i colleghi sul senso del lavoro con feedback immediati che seguono ogni attività significativa.

Tutti i componenti dell'équipe dovrebbero rispettare questi principi, perché possano acquisire la capacità di cooperare, di mettersi in discussione, di dare il

¹⁰ Braidi G., Il corpo curante – Gruppo e lavoro di équipe nella pratica assistenziale, Milano, Franco Angeli, 2001

giusto peso ai problemi e anche alle conflittualità che sono presenti inevitabilmente.

Le riunioni d'équipe sono il momento in cui ci si confronta e si verifica il lavoro svolto.

È fondamentale che l'équipe giunga ad una decisione, superando e ponendo fine alle possibili discussioni, per poter agire in maniera concreta.

2.1 L'INFERMIERE E L'OPERATORE SOCIO SANITARIO NELL'EQUIPE ASSISTENZIALE

Le attività di assistenza vengono prodotte all'interno di un sistema multiprofessionale, ad elevata interdipendenza tecnica e di processo.

Il lavoro in équipe ha, come precedentemente affermato, lo scopo di aiutare i singoli operatori a relazionarsi reciprocamente, nel rispetto delle specifiche competenze, ma in modo integrato.

Utilizziamo spesso il termine équipe infermieristica o équipe multidisciplinare. Ora sappiamo, grazie a quanto analizzato nel paragrafo precedente, su cosa si basano questi concetti.

Dai concetti elaborati possiamo capire come ogni singolo operatore sanitario inserito nell'équipe possa lavorare meglio in un reparto con un obiettivo comune preposto: la salute del paziente.

La mission dell'équipe assistenziale è quella di lavorare insieme per il paziente, porre al centro il paziente ed i suoi bisogni e agire sugli aspetti della sofferenza totale.

L'assistenza può essere avanzata o di base.

L'assistenza avanzata comprende l'insieme delle attività che determinano un effetto diretto sulla salute dell'assistito con potenziale rischio correlato.

L'assistenza di base comprende, invece, l'area del supporto fisico-sostitutivo diretto e del comfort alberghiero.

L'infermiere diventa primario solo in riferimento all'assistenza avanzata e interagisce con quella di base, quando necessario, per l'erogazione di un programma individualizzato di assistenza.

L'inserimento di operatori non infermieristici per l'assistenza di base prevede che le attività alberghiere e per il comfort possano essere erogate in modo ottimale da operatori di supporto.

Il profilo professionale dell'infermiere prevede che, ove necessario, l'infermiere si avvale del personale di supporto, contribuendo direttamente alla formazione di questi.

La necessità di tali figure deriva proprio dall'evoluzione del profilo dell'infermiere, sempre più professionista con responsabilità autonome e compiti dirigenziali.

L'operatore socio sanitario coadiuva l'infermiere in alcune attività assistenziali, conformemente alle direttive e sotto la sua supervisione.

L'assistenza di base viene erogata da operatori socio sanitari, in ciascun turno di servizio, con partecipazione diretta degli infermieri solo per i casi valutati a rischio.

Le attività assistenziali attribuite all'operatore socio sanitario devono essere sottoposte all'attività di indirizzo, direzione e verifica del personale infermieristico.

L'infermiere è il programmatore, il gestore ed il valutatore dell'assistenza infermieristica.

All'infermiere spetta la regia del processo assistenziale.

L'inserimento degli operatori socio sanitari nelle organizzazioni sanitarie è da vedersi come un'importante opportunità, anche come ricaduta positiva per l'utente dei servizi infermieristici in quanto si tratta di un operatore qualificato in grado di

dare un valido contributo all'interno dell'équipe, dove i ruoli possono essere ben precisi.

L'infermiere deve esercitare un duplice controllo, poiché.

- Verifica i requisiti di idoneità tecnica;
- Verifica la rispondenza dell'attività svolta ai contenuti dell'attribuzione.

Dal principio della divisione del lavoro consegue che: *“colui il quale riveste una posizione gerarchicamente sovraordinata è titolare dell'obbligo di scegliere con avvedutezza i propri collaboratori, di istruirli e di controllarne l'operato¹¹”*.

“L'infermiere ha un dovere di controllo sull'operato del personale di supporto¹²”.

L'infermiere:

- Affida all'operatore di supporto compiti che dovrà svolgere sotto la sua supervisione;
- Seleziona i compiti che possono essere assegnati all'operatore di supporto;
- Sceglie, tra gli operatori di supporto, quelli che ritiene in grado di svolgere tali compiti adeguatamente.

La colpa in eligendo può essere attribuita all'infermiere nella gestione del suo rapporto con l'OSS. Essa consiste nella cattiva scelta del soggetto a cui affidare i compiti.

Se dal comportamento dell'operatore socio sanitario dovesse derivare un eventuale danno al paziente, all'infermiere potrà essere mosso un addebito di colpa per aver errato nella scelta della persona affidataria dell'incarico.

La colpa in vigilando attiene ai compiti di verifica attribuiti all'infermiere all'interno del processo assistenziale e del rispetto da parte dell'operatore socio sanitario delle indicazioni impartite.

¹¹ Faiadaca G., Musco F., Diritto Penale – Parte Genereale, Zanichelli, 2004

¹² Ambrosetti F., La responsabilità nel lavoro medico d'équipe, Utet, 2003

L'infermiere potrà essere in colpa se omette di esercitare quelle verifiche doverose che sarebbero risultate idonee a impedire il verificarsi di eventi dannosi per il paziente.

Nel lavoro d'équipe, secondo il principio dell'affidamento, ciascun membro può fare affidamento sul fatto che ognuno degli altri eseguirà in modo corretto i propri compiti.

Di norma, ognuno risponderà del proprio operato ma non di quello degli altri. Ogni componente dell'équipe deve rispondere solo del corretto adempimento dei doveri di diligenza e di perizia inerenti all'attività che deve svolgere, perché solo in questo modo ciascun membro del gruppo è lasciato libero, nell'interesse del paziente, di adempiere alle proprie incombenze.

La logica che deve guidare l'azione del sanitario è un sistematico affidamento nel corretto e appropriato adempimento dei compiti di quanti partecipano all'attività sanitaria.

3. LE FASI E LE RESPONSABILITA' DEL PROCESSO DI NURSING

Il processo assistenziale è un approccio sistematico alla pratica infermieristica che consente di identificare, prevenire e trattare problemi di salute reali o potenziali di una persona, di gruppi di pazienti, famiglie o comunità.

Il processo infermieristico è una guida predefinita, ma flessibile, per un'assistenza appropriata ed efficace all'utente e per fargli assumere un ruolo attivo nelle decisioni sulla sua salute.

Le finalità del processo assistenziale sono:

- L'erogazione di un'assistenza personalizzata, continua e coordinata;
- La partecipazione della persona al processo di cura allo scopo di favorirne l'autonomia;
- Il raggiungimento degli standard professionali;
- La promozione della collaborazione tra componenti dello staff assistenziale;
- Il miglioramento del rapporto tra costi e benefici;
- L'aumento della gratificazione professionale.

“Il processo infermieristico viene utilizzato per diagnosticare, affrontare e valutare le risposte della persona alla salute e alle malattie¹³”.

L'infermiere deve mantenere la regia del processo assistenziale, identificare i bisogni, pianificare l'assistenza e valutare il risultato, avvalendosi della collaborazione di figure di supporto.

L'infermiere deve essere in grado di pianificare interventi specifici al fine di migliorare la qualità di vita dell'assistito.

Il processo infermieristico prevede cinque fasi:

¹³ American Nurses Association, 2003

- L'accertamento;
- La diagnosi infermieristica;
- La pianificazione;
- L'attuazione;
- La valutazione.

3.1 L'ACCERTAMENTO

L'accertamento infermieristico consiste nella raccolta sistematica di una serie di dati sul paziente per comprendere come risponde e reagisce ai problemi di salute e per valutare le possibili soluzioni per soddisfare i suoi bisogni.

L'accertamento considera i bisogni, le preferenze e le abilità del paziente, i sintomi e i segni della sua condizione, la sua storia sanitaria e sociale e qualsiasi altra informazione utile.

L'accertamento può essere:

- Iniziale o globale: è il quadro generale delle condizioni del paziente e si effettua durante il primo contatto;
- Mirato: è l'accertamento quotidiano e si concentra su aspetti specifici;
- D'urgenza o emergenza: si effettua all'insorgenza di una crisi per rilevare problemi che possano minacciare la vita;
- Di follow up: consiste nella rivalutazione di un problema dopo un certo periodo di tempo con confronto delle due situazioni.

I dati che si raccolgono con l'accertamento devono essere descrittivi, concisi e completi, perché una raccolta dati inadeguata può portare ad un'errata identificazione di problemi e bisogni.

3.2 LA DIAGNOSI INFERMIERISTICA

Il ragionamento diagnostico è un'attività intellettuale con cui gli infermieri elaborano i dati raccolti per trarre conclusioni, identificando i problemi di interesse.

In questo processo interagiscono elementi essenziali della conoscenza, dell'esperienza e delle capacità riflessive.

Le fasi del ragionamento diagnostico sono:

- L'organizzazione, l'analisi, l'elaborazione e la sintesi dei dati raccolti;
- L'identificazione dei problemi di salute del paziente, dei bisogni e dei fattori eziologici;
- La formulazione della diagnosi infermieristica in base alla lista della NANDA¹⁴.

3.3 LA PIANIFICAZIONE

La pianificazione dell'assistenza infermieristica comprende la definizione dei problemi prioritari dei pazienti, dei risultati attesi e la selezione degli interventi da effettuare.

Nella pianificazione si ricorre a capacità decisionali e di soluzione dei problemi, si selezionano le priorità e si propongono una serie di interventi.

L'infermiere assegna le priorità alle diagnosi infermieristiche.

Durante la pianificazione l'infermiere collabora con il paziente e la sua famiglia, con i membri dello staff assistenziale e consulta la letteratura pertinente.

La pianificazione assistenziale è dinamica e cambia se le necessità del paziente saranno soddisfatte e se si identificano nuove necessità.

¹⁴Acronimo che riferisce alla North American Diagnosis Association

Per stabilire le priorità si devono classificare le diagnosi o i problemi in ordine di importanza, per poter organizzare le attività di cura, specie se l'utente ha più di un problema.

L'infermiere si deve confrontare con il paziente se ci sono difformità nell'assegnazione delle priorità.

Le priorità vengono stabilite per aiutare l'infermiere a prevedere e a mettere in sequenza gli interventi.

Le priorità vengono classificate in:

- Alta priorità: problemi che, se non trattati, mettono a rischio la vita dei pazienti. La priorità deve essere data ai problemi che potrebbero compromettere le funzioni vitali (es: rischio di polmonite ab ingestis);
- Media priorità: si tratta di necessità non emergenti e che non minacciano la vita del paziente (es: non aderenza al regime alimentare consigliato per l'ipertensione);
- Bassa priorità: si tratta di problemi centrati sui bisogni connessi allo sviluppo o a rischi che richiedono supporto e monitoraggio.

Occorre stabilire i risultati attesi intesi come cambiamento dello stato del paziente in risposta a interventi infermieristici.

Il cambiamento deve essere misurabile e indicare il livello di benessere o l'indipendenza in alcune funzioni.

La definizione del risultato atteso permette di valutare il raggiungimento dei risultati degli interventi e della pratica infermieristica.

I risultati attesi devono essere:

- Basati sul paziente e condivisi: devono stabilire ciò che il paziente e la famiglia deve raggiungere. E' importante coinvolgere l'utente per favorirne la collaborazione;
- Realistici: devono essere dei risultati raggiungibili considerate le condizioni e le risorse del paziente e del contesto di cura;

- Definiti nel tempo: va definito il periodo temporale entro cui il risultato deve essere raggiunto;
- Misurabili: i risultati attesi sono formulati per dare all'infermiere uno standard rispetto al quale misurare la risposta del paziente alle cure.

La pianificazione degli interventi infermieristici è basata sul giudizio clinico e sulle conoscenze.

Si devono scegliere gli interventi, tra una gamma di possibili opzioni, tenendo conto della situazione del paziente, delle raccomandazioni scientifiche e utilizzando l'esperienza acquisita.

L'intervento infermieristico viene definito per risolvere la natura del problema o del rischio ma anche per risolvere la causa dello stesso.

Gli interventi possono essere classificati in base al grado di responsabilità dell'infermiere e in base alla finalità e alla natura dell'intervento.

Gli interventi autonomi sono quelli che gli infermieri, in base alle loro conoscenze e capacità, sono autorizzati a prescrivere, effettuare o attribuire al personale di supporto.

Un esempio di intervento autonomo può essere la decisione su come mobilizzare un paziente per ridurre la compressione cutanea.

Gli interventi dipendenti sono quelli prescritti dal medico e messi in atto dall'infermiere, generalmente includono la somministrazione, l'effettuazione dei test diagnostici, ecc. ecc.

Gli interventi interdipendenti, detti anche collaborativi, sono attuati con altri professionisti sanitari.

Per un paziente con lesioni da decubito, ad esempio, a seconda della gravità, possono essere utili interventi medici, infermieristici e della dietista.

Gli interventi del personale di supporto devono essere supervisionati dall'infermiere.

Gli interventi, in base alla loro finalità, possono essere di:

- Monitoraggio e vigilanza, al fine di impedire lo sviluppo di complicanze e di verificare lo stato dell'assistito;
- Prevenzione delle complicanze;
- Soluzione e cura, finalizzati alla risoluzione del problema e/o della causa.

Gli interventi, in base alla natura, possono essere:

- Educativi formali ed informali;
- Di counselling per supporto emotivo.

Gli interventi infermieristici pianificati rappresentano un'istruzione sulla modalità ed i comportamenti da mettere in atto.

Gli interventi infermieristici possono essere qualcosa che si fa per l'assistito oppure per aiutarlo ad agire autonomamente.

3.4 L'ATTUAZIONE

L'attuazione inizia dopo aver sviluppato un piano di cure basato su diagnosi infermieristiche o problemi e bisogni di assistenza infermieristica chiari e rilevanti.

L'attuazione è un processo continuo che interagisce con tutte le fasi del processo infermieristico.

L'infermiere, nella fase attuativa del processo assistenziale, ha la funzione di:

- Coordinare le attività del paziente, dei familiari e degli affini, del personale infermieristico e del resto del personale di supporto, nonché sorvegliare l'esecuzione degli interventi infermieristici;
- Prendere nota in modo preciso e conciso delle risposte del paziente agli interventi infermieristici.

3.5 LA VALUTAZIONE

La valutazione consente di determinare in che misura i risultati siano stati conseguiti e questo permette di decidere se concludere o revisionare il piano assistenziale.

La valutazione è una delle fasi più critiche del processo infermieristico, perché stabilisce l'efficacia della pratica infermieristica. L'infermiere in questa fase valuta se le tappe precedenti del processo infermieristico sono state efficaci, esaminando le risposte del paziente e confrontandole con gli indicatori stabiliti per il risultato.

Le domande che l'infermiere si pone per valutare i risultati raggiunti sono:

- Qual è la risposta del paziente all'assistenza infermieristica?
- Gli interventi sono stati efficaci nel migliorare lo stato fisico ed emotivo del paziente?
- Il paziente ne ha tratto beneficio?
- Le aspettative del paziente sono state soddisfatte?

La principale fonte di dati è il paziente, ma anche i familiari e i segni e sintomi fisici.

Nel caso di valutazione negativa, il non raggiungimento degli obiettivi prefissati può essere dovuto a:

- Errori nella fase di raccolta dei dati, che non sono stati raccolti nella maniera corretta o sono incompleti;
- Errori nella formulazione della diagnosi infermieristica: il problema potrebbe non essere stato identificato correttamente oppure non è stata definita esattamente la causa o le cause del problema stesso;
- Errori nello stabilire gli obiettivi: l'obiettivo prefissato non è corretto, o non è realistico, o non è stato accettato dalla persona;
- Errori nella pianificazione degli interventi: non sono stati ipotizzati tutti gli interventi necessari, oppure gli interventi scelti non erano quelli corretti o non è stato definito un corretto ordine prioritario;

- Errori nell'attuazione degli interventi, i quali non sono stati svolti in maniera corretta;
- Mancata valutazione finale.

3.6 LE RESPONSABILITA' DELLA PIANIFICAZIONE E DELL'ATTUAZIONE DEL PROCESSO ASSISTENZIALE

La regione Lombardia ha prefigurato tre ambiti di attività dell'agire professionale dell'OSS.

Si specifica infatti che l'OSS:

- Opera in quanto può agire in autonomia,
- Coopera in quanto svolge solo parte delle attività alle quali concorre con altri professionisti;
- Collabora in quanto svolge attività su precisa indicazione dei professionisti.

L'operatore socio sanitario, secondo questa classificazione, quanto più esce fuori dal suo ambito professionale autonomo quanto meno risponde del suo agire professionale.

Nel terzo punto della classificazione l'operatore di supporto è inserito in un contesto in cui l'infermiere pianifica e ha la responsabilità del risultato dell'assistenza, mentre l'OSS è responsabile del compito che gli è stato assegnato.

Sono di esclusiva competenza infermieristica:

- La valutazione di tutti i bisogni della persona;
- La definizione del livello di autonomia della persona;
- La valutazione della complessità clinica ed assistenziale dell'assistito.

Il processo assistenziale permette la costruzione di un percorso logico che consente all'infermiere, attraverso un percorso decisionale, di assegnare, ove

necessario, compiti al personale di supporto, mantenendo però la responsabilità e la supervisione dell'intero processo assistenziale.

Il personale di supporto coadiuva l'infermiere nelle attività di assistenza diretta alla persona assistita. I compiti da assegnare all'OSS devono essere coerenti con la normativa e la formazione prevista per lo stesso.

L'attuazione del processo assistenziale consente all'infermiere di assegnare compiti alla figura di supporto in base alla criticità della persona, alla complessità della prestazione e alla competenza e conoscenze dell'operatore.

Non sono sicuramente attribuibili:

- La valutazione globale dell'assistenza infermieristica, ma l'operatore collabora all'identificazione dei bisogni;
- La valutazione delle condizioni cliniche assistenziali e psicologiche della persona;
- La definizione del piano assistenziale;
- La valutazione dei risultati del processo assistenziale.

Gli infermieri sono responsabili di definire quanto e cosa è assegnabile all'OSS in un determinato contesto operativo.

Per le aree del comfort alberghiero e della gestione delle risorse materiali ci si avvale della predisposizione di procedure, protocolli e istruzioni operative, per uniformare il lavoro degli operatori e garantire la qualità delle prestazioni effettuate.

L'infermiere valuta la complessità assistenziale in base:

- Al livello di criticità/instabilità clinica;
- Al livello di complessità del caso;
- Al livello di rischio/urgenza;
- Al livello di prevedibilità;
- Al livello di dipendenza.

L'infermiere, oltre ad essere responsabile dell'attribuzione degli atti assistenziali, ha il compito di supervisionare al fine di erogare un'assistenza sicura, di qualità, che sia globale e non frammentata o rivolta al compito.

In caso di intervento prescritto dall'infermiere in maniera non funzionale ai bisogni della persona, perché derivante da un accertamento non accurato, da una diagnosi scorretta, dall'identificazione di obiettivi troppo alti o dall'individuazione di interventi non pertinenti, la responsabilità è sicuramente infermieristica.

Nel caso di scorretta esecuzione, invece, probabilmente la responsabilità sarebbe riconosciuta all'OSS.

L'infermiere dovrebbe svolgere un'accurata supervisione proprio per evitare questa evenienza. Oltre alla responsabilità dell'operatore potrebbe essere ravvisata una responsabilità infermieristica per l'omessa partecipazione o sorveglianza.

4. RICONOSCERE LE ATTIVITA' ATTRIBUIBILI

Affinché l'infermiere si possa avvalere correttamente dell'operatore socio sanitario deve:

- Conoscere le capacità e l'esperienza personale delle figure di supporto di cui dispone;
- Conoscere dal punto di vista scientifico e legislativo il proprio specifico professionale;
- Attuare uno specifico e conosciuto modello organizzativo;
- Valutare i bisogni tramite un modello concettuale.

L'infermiere deve aver ben chiaro in mente cosa sia l'assistenza infermieristica e nello specifico cosa sia un piano di assistenza infermieristica, in maniera tale da poter attribuire, all'interno di esso, determinate attività di semplice attuazione ma indispensabili per un buon raggiungimento dell'obiettivo finale.

Perché altre figure possano compiere attività di pertinenza dell'infermiere, pur mantenendo la professionalità sull'operato, occorre spostare il campo d'azione sull'organizzazione della pratica assistenziale. Bisogna quindi formulare un piano di assistenza infermieristica in cui determinate attività siano attribuibili per diversi motivi ad altro personale.

Poiché la responsabilità del risultato finale è e deve essere dell'infermiere, che è il responsabile dell'assistenza infermieristica, è chiaro che egli deve valutare in modo corretto e attento, quali e quante azioni delegare.

È importante non lasciare al caso o all'intraprendenza del personale di supporto, decisioni o provvedimenti.

Gli operatori socio sanitari devono comunque segnalare variazioni cliniche o comportamentali del paziente ed è compito dell'infermiere rivalutare il paziente, al fine di verificare la veridicità dell'affermazione del personale e, nel caso, rivedere il piano di assistenza alla luce dei nuovi input.

L'OSS è quindi una figura di supporto che agisce, in base alle proprie competenze, in applicazione dei piani di lavoro e dei protocolli operativi predisposti dal personale sanitario.

L'infermiere, invece, realizza i piani di lavoro e i protocolli che ne conseguono.

Una volta decisi gli interventi necessari a risolvere un bisogno di assistenza infermieristica, è necessario stabilire quali di questi possano essere attribuiti all'operatore socio sanitario.

Sia le azioni che l'infermiere svolge in prima persona che quelle da lui attribuite al personale di supporto sono orientate, durante tutto il processo assistenziale, in maniera tale da non nuocere al paziente.

Le attribuzioni sono vincolate dalle seguenti variabili:

- *La persona*

Bisogna valutare il paziente in sé e le condizioni cliniche dello stesso. Ogni paziente è una realtà a sé stante. Ciò che può essere attribuito per un paziente può non esserlo per un altro a parità di ogni altra condizione.

Per quanto riguarda la condizione clinica, maggiore è la complessità assistenziale e le variabili in tempi brevi e maggiore sarà la necessità di una figura capace di comprendere le modificazioni dello stato del paziente al fine di adattare il piano di assistenza alla nuova situazione.

- *L'operatore socio sanitario*

Per una corretta attribuzione l'infermiere deve conoscere gli OSS che operano nell'unità di appartenenza, nonché il grado di preparazione al fine di attribuire ad ognuno il giusto. Questo elemento dovrebbe incentivare i membri dell'équipe a migliorarsi.

- *Il luogo*

Una struttura ospedaliera, dove il personale infermieristico è sempre presente, dovrebbe essere un luogo protetto, poiché l'infermiere ha la possibilità di intervenire e di valutare l'operato dell'OSS.

Un luogo di lavoro con un'organizzazione a più livelli richiede in genere l'inserimento di protocolli e documentazioni che supportino i diversi componenti dell'équipe assistenziale al fine di ridurre al minimo la possibilità di errore e di testimoniare l'andamento assistenziale del paziente.

- *L'attività in sé*

L'azione attribuita deve essere di semplice esecuzione. Deve avere una bassa discrezionalità e un'alta riproducibilità. La possibilità di danno fisico o morale al paziente deve essere minima.

4.1 ESEMPI DI ATTIVITA' ATTRIBUIBILI

Di seguito vengono riportati alcuni esempi di attività attribuibili.

4.1.1 AIUTARE NELL'ASSUNZIONE DEI FARMACI

La somministrazione dei farmaci è competenza specifica dell'infermiere su prescrizione medica.

L'allegato B del Profilo OSS, sotto il titolo "*Competenze Tecniche*", al comma 8, primo e quinto capoverso, così afferma:

"In sostituzione e appoggio dei familiari e su indicazione del personale preposto è in grado di aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti".

Nella normativa non si parla di somministrazione dei farmaci e la differenza con il termine assunzione è sostanziale. L'atto del somministrare rivela una passività del soggetto assistito e un'assunzione di responsabilità specifica nel soggetto che somministra. L'atto di assumere sottolinea una maggiore attività da parte del soggetto che assume una terapia.

Per somministrazione di un farmaco non si intende soltanto la tecnica corretta per fare in modo che un farmaco sia ben assorbito dall'organismo del soggetto assistito, con criteri di sicurezza, ma anche l'assunzione di responsabilità da parte

dell'infermiere nell'individuazione del medesimo, della giusta via di somministrazione e del giusto paziente, in base ad una specifica prescrizione medica.

L'OSS può aiutare nell'assunzione su indicazione precisa e chiara dell'infermiere rispetto alla persona, al farmaco che deve essere chiaramente identificabile, alle modalità di assunzione (prima, dopo il pasto, ecc.), agli effetti da rilevare e da segnalare. Deve inoltre essere specificata la modalità della supervisione da parte dell'infermiere.

L'infermiere, prima dell'attribuzione, esegue l'accertamento valutando:

- La patologia del paziente;
- La storia farmacologica del paziente e le eventuali allergie;
- Le condizioni cliniche dell'assistito;
- Il livello di comprensione dell'assistito;
- Lo stato di coscienza dell'assistito;
- Le controindicazioni.

L'infermiere deve inoltre valutare se, nel caso concreto, l'operatore socio sanitario è in grado di svolgere l'attività indicata.

L'OSS deve assumere il compito che gli è stato affidato con senso di responsabilità e chiedere aiuto all'infermiere nel caso di dubbi.

L'infermiere deve fornire indicazioni all'OSS in modo che sappia che quella determinata terapia deve essere assunta da quel determinato paziente.

L'attività può essere attribuita al personale di supporto se dall'accertamento emerge che:

- Secondo il giudizio dell'infermiere si tratta di un compito di routine, standardizzato e di limitata complessità;
- Nell'assegnazione dell'incarico in questione l'infermiere può assumersi la responsabilità della pianificazione e l'OSS la responsabilità dell'attuazione;

- L'operatore socio sanitario in questo caso è in grado di svolgere in modo corretto ed affidabile i compiti.

4.1.2 COLLABORARE NELLA RILEVAZIONE DELLA RESPIRAZIONE

La rilevazione della respirazione misura gli atti respiratori, inspirazione ed espirazione, e comprende:

- La frequenza;
- Il ritmo;
- La profondità.

Questa procedura ha lo scopo di ottenere dati relativi alla funzionalità respiratoria e di rilevare le alterazioni del respiro.

La rilevazione può essere attribuita all'OSS. L'infermiere deve occuparsi della valutazione iniziale.

L'infermiere deve rilevare la presenza di segni e sintomi di alterazioni respiratorie (dispnea, cianosi, dita a bacchetta di tamburo, ridotto livello di coscienza, tosse, ecc.).

L'infermiere valuta la storia medica del paziente per determinare la presenza di fattori di rischio per l'alterazione della funzionalità respiratoria come malattie cardiovascolari, respiratorie, trauma toracico, fumo, ecc.

Egli identifica i fattori che influenzano il respiro come: età, farmaci, posizioni del corpo, dolore, ansia, febbre, esercizio fisico, caffè.

L'infermiere deve inoltre valutare se, nel caso concreto, l'operatore socio sanitario è in grado di svolgere l'attività indicata. L'OSS deve assumere il compito che gli è stato affidato con senso di responsabilità e chiedere aiuto all'infermiere nel caso di dubbi.

L'infermiere deve fornire all'operatore di supporto tutte le indicazioni necessarie affinché l'operatore di supporto sia in grado di identificare il paziente e di eseguire correttamente le procedure che permettono di rilevare la respirazione.

L'infermiere può attribuire l'attività all'operatore socio sanitario se dall'accertamento emerge che:

- Secondo il giudizio dell'infermiere si tratta di un compito di routine, standardizzato e di limitata complessità;
- Nell'assegnazione dell'incarico in questione l'infermiere può assumersi la responsabilità della pianificazione e l'OSS la responsabilità dell'attuazione;
- L'operatore socio sanitario in questo caso è in grado di svolgere in modo corretto ed affidabile i compiti.

4.1.3 GARANTIRE LA CURA DI SE' ED IL COMFORT (CURE IGIENICHE)

L'igiene personale comprende tutte le norme che servono per mantenere in buona salute la persona e per la difesa dagli agenti patogeni e non, con i quali si può venire a contatto. E' basata sulla pulizia personale, sull'alimentazione, sull'abbigliamento, sull'educazione fisica e sull'osservanza delle norme igieniche.

Queste procedure hanno lo scopo di:

- Soddisfare il bisogno di igiene della persona attraverso la collaborazione o la sostituzione da parte dell'operatore, se la persona non è in grado di soddisfarlo in modo autonomo (bagno, igiene personale);
- Prevenire il rischio di infezioni;
- Mantenere il comfort;
- Mantenere una buona immagine di sé;
- Mantenere/promuovere le capacità funzionali della persona;
- Aumentare la partecipazione e l'indipendenza della persona nello svolgimento delle attività finalizzate alla cura di sé.

Quest'attività è attribuita di routine all'OSS, dopo la valutazione delle condizioni e della stabilità clinica del paziente, o eseguita in collaborazione per pazienti con condizioni cliniche, posizioni, stabilità che potrebbero richiedere una continua valutazione o un'assistenza più complessa.

L'infermiere, prima di attribuire questa attività, esegue l'accertamento ed in particolare:

- Verifica la capacità della persona di effettuare il bagno/doccia e il grado di autonomia presente;
- Identifica il grado di autonomia raggiungibile;
- Verifica il livello funzionale nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana;
- Rileva, se necessario, la pressione, il polso, la respirazione;
- Accerta la capacità di ricordare, di seguire le direttive, di identificare/esprimere/prevedere i propri bisogni;
- Valuta le diverse modalità di igiene: bagno, doccia, spugnature a letto;
- Identifica le necessità particolari e le preferenze della persona;
- Identifica le precauzioni da mettere in atto rispetto alle condizioni cliniche della persona;
- Verifica se la persona è a rischio per: infezioni del cavo orale, della cute, delle mucose, alterazioni della cute e delle mucose;
- Informa la persona sulle manovre che verranno eseguite e garantisce la privacy.

L'infermiere deve inoltre valutare se, nel caso concreto, l'operatore socio sanitario è in grado di svolgere l'attività indicata.

L'OSS deve assumere il compito che gli è stato affidato con senso di responsabilità e chiedere aiuto all'infermiere nel caso di dubbi.

L'infermiere deve fornire all'operatore di supporto tutte le indicazioni necessarie affinché l'operatore di supporto sia in grado di identificare il paziente e di svolgere correttamente l'attività che gli è stata affidata.

L'infermiere deve:

- Fornire indicazioni sul tipo di tecnica da utilizzare;
- Fornire indicazioni specifiche sulla persona (limitazioni, postura, presenza di drenaggi, linee venose, ecc.);
- Mantenere la supervisione.

L'infermiere può attribuire l'attività all'operatore di supporto se dall'accertamento emerge che:

- Secondo il giudizio dell'infermiere si tratta di un compito di routine, standardizzato e di limitata complessità;
- Nell'assegnazione dell'incarico in questione l'infermiere può assumersi la responsabilità della pianificazione e l'OSS la responsabilità dell'attuazione;
- L'operatore socio sanitario in questo caso è in grado di svolgere in modo corretto ed affidabile i compiti.

5. CRITERI E PRINCIPI PER STABILIRE “OVE NECESSARIO” AVVALERSI DEL PERSONALE DI SUPPORTO

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

Nel trasferire l’azione al personale di supporto l’infermiere non trasferisce:

- La responsabilità sull’intero processo di assistenza;
- La responsabilità insita “*nell’avvalersi ove necessario*”;
- Il potere (competenze e responsabilità) decisionale;
- La supervisione dell’azione.

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

Per attribuzione si intende: “*l’assegnazione, il riconoscimento, fondato su un giudizio; ciascuna delle mansioni, funzioni o doveri proprie di un ufficio, che proviene generalmente da un documento o da una norma¹⁵*”.

La letteratura internazionale definisce l’attribuzione di compiti infermieristici al personale di supporto come delega.

Per delega s’intende il “*trasferimento ad una persona competente, dell’autorità di eseguire un selezionato compito infermieristico, in una situazione selezionata*”.

Nei nostri contesti assistenziali l’utilizzo del termine delega, se connotato da accezione giuridica, non è appropriato, in quanto presuppone che l’attribuzione di incarichi venga realizzata per iscritto e che comporti “*il reale trasferimento dei poteri decisionali al delegato*”.

¹⁵ Devoto G., Oli G.C., Il dizionario della lingua italiana, Le Monnier, Firenze, 1995

Nel caso specifico di assegnazione di compiti dall'infermiere all'operatore di supporto, difficilmente tale attribuzione avviene per iscritto, poiché ciò non sarebbe funzionale da un punto di vista organizzativo.

Inoltre, l'infermiere assegna unicamente lo svolgimento di operazioni manuali che, per definizione, non devono comportare l'applicazione di un ragionamento diagnostico e quindi di un processo decisionale.

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

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

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

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

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

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

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

5.1 I PRESUPPOSTI PER AVVALERSI DEL PERSONALE DI SUPPORTO

L'infermiere mantiene costante l'attenzione sulle attività (cosa) e sulle circostanze per le quali avvalersi (quando), oltre che sulle modalità per farlo (come).

Esiste una variabilità nelle decisioni dell'infermiere, che crea i presupposti per avvalersi in maniera opportuna del personale di supporto, concretizzando i passaggi sintetizzati nell'acronimo CCAV:

- Contestualizzare il profilo;
- Considerare alcune variabili;
- L'attribuzione;
- La valutazione.

5.1.1 CONTESTUALIZZARE IL PROFILO

Per contestualizzare il profilo s'intende fare un'analisi con l'obiettivo di individuare le attività di interesse specifico per l'ambito dell'obiettivo considerato.

Per essere efficace l'analisi deve essere condotta in modo sistematico e condivisa da tutti i professionisti che operano nel contesto e possono potenzialmente avvalersi del personale di supporto.

Si formano dei gruppi di persone che approfondiscono un tema (focus group).

Le persone che compongono il gruppo sono solitamente poche.

Un moderatore guida il gruppo e favorisce la discussione permettendo a tutti di esprimersi liberamente.

L'incontro nei focus group si articola nei seguenti momenti:

- L'accoglienza: le persone che compongono il gruppo vengono presentate;
- L'introduzione al tema della discussione: vengono illustrati brevemente le motivazioni, le condizioni e gli obiettivi dell'incontro;
- La fase centrale della discussione: ogni partecipante si esprime liberamente rispetto al tema;
- Il momento di pausa;
- La fase riflessiva della discussione: vengono raccolte e sistematizzate le opinioni espresse da ciascuno;
- La fase propositiva è finalizzata a verificare la disponibilità alla costruzione e implementazione di strumenti operativi, alla revisione di quelli esistenti, al monitoraggio di dati, o situazioni ecc.
- La fase finale: è il momento conclusivo, viene effettuata una sintesi dell'incontro.

La descrizione di un ruolo all'interno di un preciso contesto lavorativo è detta job description.

Nella job description sono presenti:

- Il nome del ruolo (es: operatore socio sanitario);
- Le finalità del ruolo;
- La sua collocazione gerarchica e i ruoli ai quali risponde (es: infermiere, ostetrica, ecc.);
- Le mansioni;
- Le caratteristiche richieste per svolgere le mansioni previste nel contesto considerato (qualifica, conoscenze, abilità, atteggiamenti);
- L'ambito operativo in cui si colloca il ruolo;
- La data in cui la job description è stata realizzata e/o la data in cui la stessa è stata aggiornata;
- I nomi delle persone che l'hanno realizzata;

- Il nome della persona che l'ha approvata;
- I livelli minimi di performance attesi;
- Le persone che ricoprono quel determinato ruolo nell'ambito considerato.

5.1.2 CONSIDERARE ALCUNE VARIABILI

Le variabili da considerare per avvalersi sono:

- L'organizzazione (il modello organizzativo, le metodologie di pianificazione dell'assistenza, la presenza di coordinamento e di strumenti come protocolli e procedure);
- La competenza e la responsabilità dell'infermiere;
- Le conoscenze, le abilità e la responsabilità dell'OSS;
- La persona assistita ed in particolare i bisogni, l'integrità delle capacità cognitive, la stabilità clinica ed i fattori di rischio;
- Il compito da attribuire (la complessità, la discrezionalità, il rischio connesso);

5.1.3 L'ATTRIBUZIONE

Avvalersi dell'opera del personale di supporto significa ricorrere alla sua collaborazione e, agire con lui o assegnargli l'esecuzione di un compito senza, in questo caso, parteciparvi di persona.

Vengono attribuiti atti manuali che non implicano l'attivazione di un processo diagnostico e di conseguenza decisionale.

5.1.4 LA VALUTAZIONE

La valutazione dei risultati dell'assistenza infermieristica e degli esiti del compito attribuito sono di esclusiva competenza dell'infermiere.

Questa è l'ultima fase del processo posto in essere per avvalersi del personale di supporto che prende avvio dalla pianificazione dell'assistenza infermieristica.

5.2 LA REGOLA DELLE 5G

I criteri che devono essere soddisfatti dal professionista nell'identificazione delle attività attribuibili all'operatore di supporto sono riassunti nella regola delle 5G.

5.2.1 GIUSTO COMPITO

- L'attività attribuita deve essere di competenza infermieristica;
- L'infermiere deve essere autonomo nella prescrizione e nella pianificazione delle attività;
- L'attività deve essere pertinente alla competenza dell'operatore socio sanitario;
- L'attività deve essere ad alto livello di standardizzazione, ripetuta più volte nel corso dell'assistenza quotidiana, indipendente dalla complessità assistenziale;
- L'attività è riconducibile al piano di attività, ad una procedura che non necessita di adattamento alle circostanze di applicazione;
- L'attività presenta caratteristiche di bassa complessità tecnologica e di non invasività;
- I risultati dell'attività sono prevedibili e il livello di rischio potenziale è basso;
- L'operatore di supporto non deve trovarsi, nell'eseguire l'attività, a dover scegliere in merito se procedere in un modo oppure in un altro.

5.2.2 GIUSTE CIRCOSTANZE

- Il livello di complessità assistenziale della persona che necessita di assistenza deve essere definito;

- Le condizioni strutturali, l'ambiente, le risorse disponibili, l'organizzazione delle attività, l'organizzazione dell'assistenza permettono all'infermiere di esercitare una piena ed esaustiva supervisione dell'attività e valutazione del risultato.

5.2.3 GIUSTA PERSONA

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

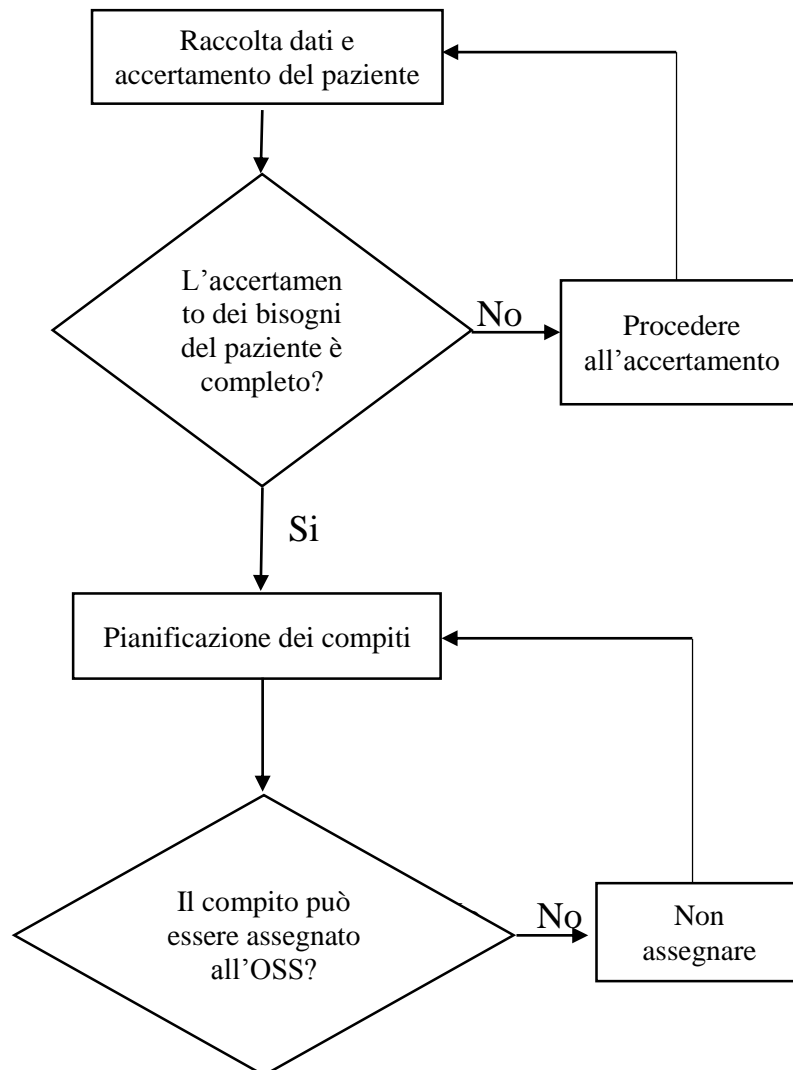
5.2.4 GIUSTE DIRETTIVE E COMUNICAZIONI

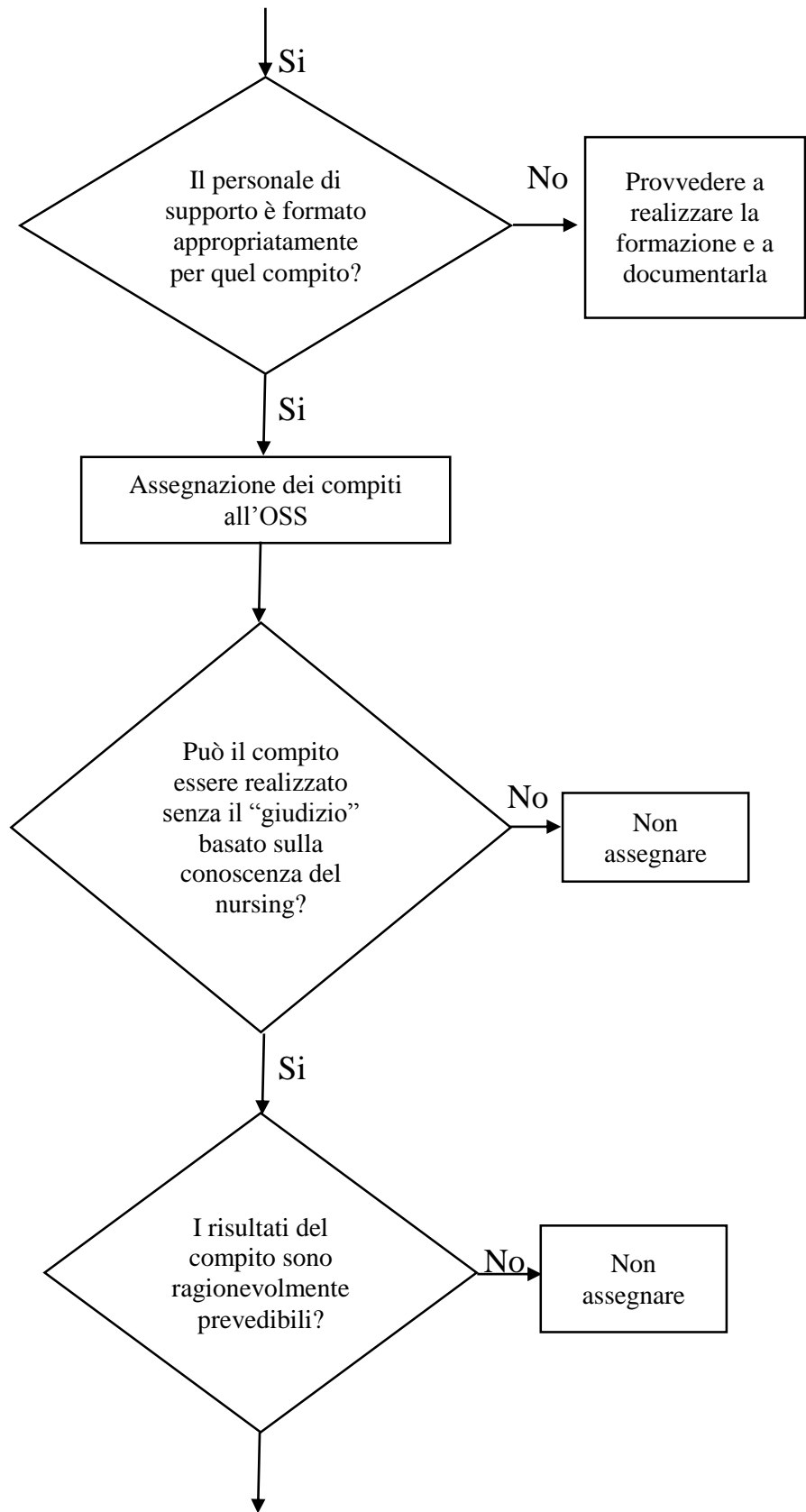
- Il processo assistenziale deve essere scritto e dev'esserci una chiara identificazione degli interventi;
- L'operatore socio sanitario deve essere coinvolto nell'organizzazione dell'assistenza;
- È necessario trasmettere un messaggio che contenga tutti gli elementi necessari ad identificare il che cosa, il come, il quando, il dove, il perché e a chi è indirizzata l'attività;
- L'infermiere deve verificare che il messaggio sia stato effettivamente compreso;
- Occorre definire in maniera chiara i dati che devono essere raccolti unitamente alle modalità di registrazione.

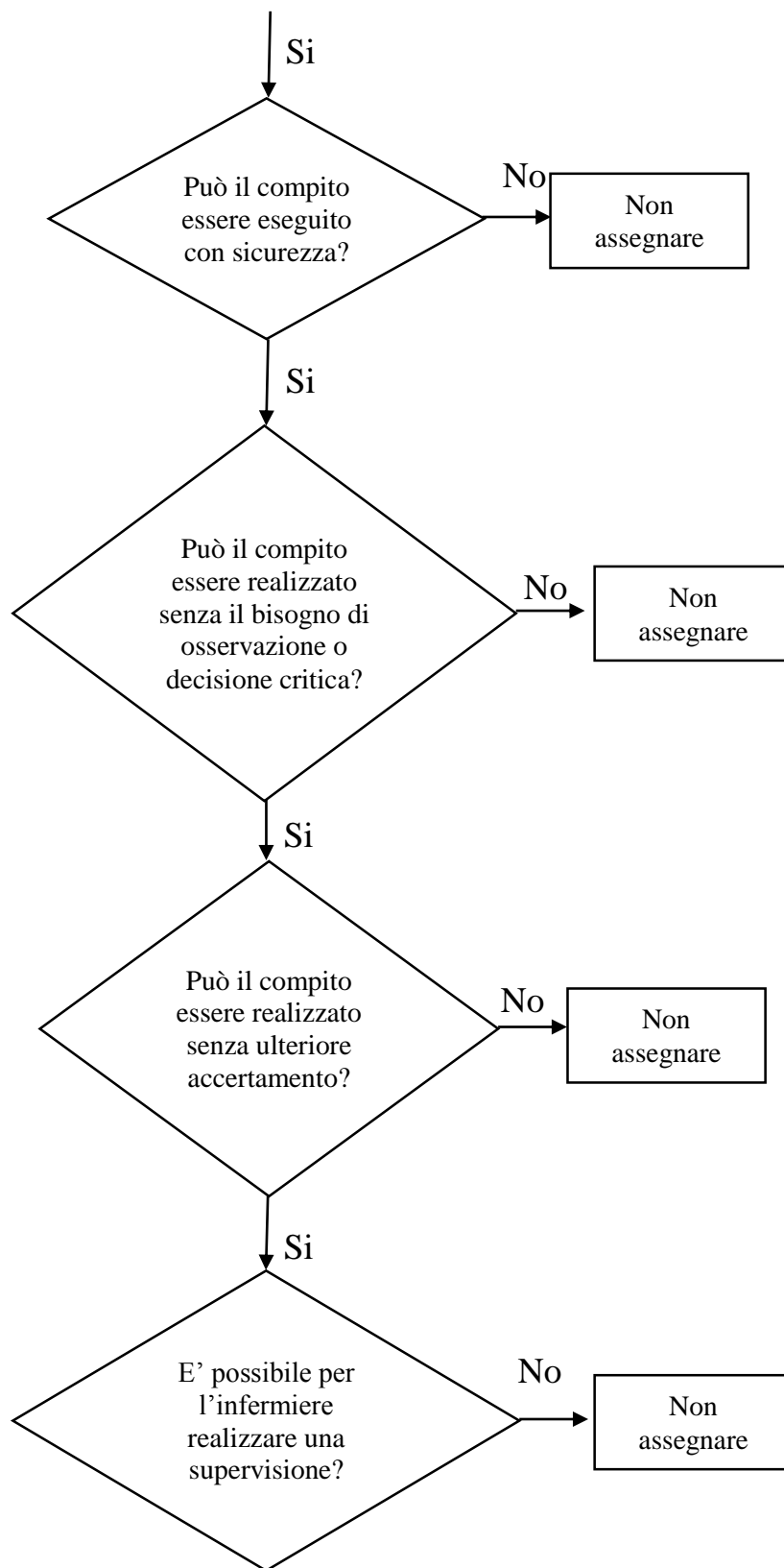
5.2.5 GIUSTA SUPERVISIONE

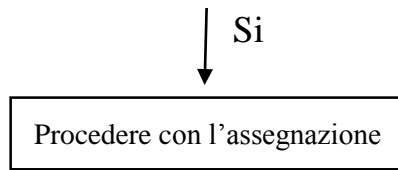
- Bisogna fornire direttive e spiegazioni chiare su come l'attività deve essere realizzata;
- L'esecuzione delle attività deve essere monitorata;
- Deve essere possibile intervenire se necessario;
- Lo svolgimento dell'attività deve essere documentabile in modo appropriato;
- L'integrazione tra i responsabili della pianificazione dell'assistenza e gli operatori coinvolti deve essere prevista e attuata.

Figura 5.2.5.1 *Albero della decisionalità dell'attribuzione*









Nello schema riportato è stato rappresentato l'albero del processo decisionale dell'infermiere per l'assegnazione di compiti al personale di supporto. Quest'ultimo è uno strumento sintetico di orientamento al processo decisionale dell'attribuzione.

L'attribuzione può avvenire solo nel caso in cui tutti i quesiti abbiano risposta positiva. Per utilizzare in maniera consapevole questo strumento sono necessari riferimenti relativi ai passaggi di identificazione delle "cinque G".

6. L'INTEGRAZIONE DEGLI OSS NEI PROCESSI ASSISTENZIALI: I DUBBI E LE DIFFICOLTA'

Per gli infermieri, ancora oggi, in molti contesti assistenziali, la possibilità di disporre dell'attività degli operatori di supporto è un processo relativamente nuovo.

Da diversi anni è nato un dibattito intorno a questo processo su alcune questioni chiave:

- Quali sono le attività che l'infermiere può attribuire all'operatore socio sanitario 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.

Per avviare un processo di reale integrazione tra infermieri e figure di supporto, al fine di dare un valido sostegno all'assistenza infermieristica, è necessaria la chiara conoscenza:

- Delle competenze, responsabilità e professionalità proprie;
- Delle competenze, responsabilità delle figure di supporto e della loro dipendenza gerarchico funzionale.

La reale integrazione tra infermieri e operatori socio sanitari non si realizza se all'interno dell'équipe assistenziale non vi è rispetto delle reciproche competenze; non c'è piena assunzione, da ambo le parti, delle responsabilità che effettivamente competono; non sono presenti aspettative personali e professionali realistiche e traducibili nel contesto in cui si opera; esistono indicazioni organizzative conflittuali.

Il raggiungimento dell'integrazione è un obiettivo che porta vantaggi e miglioramenti alla qualità complessiva dei servizi erogati, all'organizzazione del lavoro, alla gratificazione professionale, nella riduzione dei conflitti, nonché all'ottimizzazione nell'impiego delle risorse (umane, economiche, tecnologiche...).

Naturalmente ciò potrebbe essere una grossa risorsa per l'infermiere, perché gli permetterebbe, tra l'altro, di esprimere al meglio le proprie conoscenze e la propria professionalità.

L'integrazione tra infermieri e operatori socio sanitari rischierebbe di trasformarsi in un grosso problema, qualora la preparazione ed il livello del professionista dell'assistenza non fosse in continua evoluzione, ma piuttosto legato a modelli del passato.

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

La titolarità della gestione degli OSS, in ambito sanitario, rimarrà all'infermiere se riuscirà a dimostrarsi un valido professionista.

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

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

- Se l'operatore è in grado di realizzare il compito;
- 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:

- Affidamento di un compito ad un operatore che non abbia dimostrato la sua specifica capacità (perché neo assunto o alla prima esperienza per quel compito, oppure perché caratterialmente poco affidabile);
- Mancata supervisione in una prestazione che lo richiede per complessità e rischio;
- 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'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.

L'introduzione dell'OSS, oltre che a determinare la necessità di adottare strumenti per la definizione delle competenze e dei 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.

Dal "*Racconto di esperienza di inserimento*" dell'azienda ospedaliera ospedali civili Brescia emergono alcuni punti di debolezza.

L'infermiere, in alcuni contesti, si trova a dover lavorare con operatori di supporto appartenenti a diversi profili (OSS, OTA, ausiliari specializzati) ai quali vengono assegnate erroneamente le stesse attività.

Il personale qualificato non viene così impegnato al pieno delle proprie funzioni e questo determina la deprofessionalizzazione e la perdita di motivazione.

Le difficoltà si presentano anche nella modificazione dei piani assistenziali.

L'inserimento dell'operatore socio sanitario comporta un aumento del carico di lavoro per il personale infermieristico poiché occorre revisionare i piani di lavoro analizzando le principali attività svolte nell'unità operativa e gli interi processi.

L'infermiere spesso rinuncia alla possibilità di avvalersi dell'operatore socio sanitario perché preferisce “fare” e non “affidare”, perché non vuole assumersi la responsabilità, non conosce il ruolo dell'operatore di supporto e quindi quali attività possono essergli attribuite oppure per la mancanza di fiducia nei suoi confronti.

6.1 VARIABILI LEGATE ALL'ORGANIZZAZIONE

In alcuni contesti assistenziali possono essere presenti dei problemi organizzativi che ostacolano l'inserimento delle figure di supporto. L'assenza di un coordinatore infermieristico rappresenterebbe un grosso problema dal punto di vista organizzativo, poiché questa figura dovrebbe operare per assicurare condizioni generali di maggior sicurezza nella definizione di quali attività attribuire, in quali situazioni/condizioni e secondo quali logiche.

Un altro limite è rappresentato dal fatto che in alcune realtà non siano presenti metodologie di pianificazione dell'assistenza infermieristica con la relativa documentazione cartacea o informatizzata dei processi di lavoro. La documentata pianificazione dell'assistenza infermieristica favorisce l'integrazione tra i diversi operatori in quanto le attività vengono pianificate e non decise momento per momento.

In alcuni casi è impossibile garantire all'OSS un confronto o l'intervento dell'infermiere quando necessario.

In alcuni contesti operativi i comportamenti dei diversi operatori sono disomogenei.

È necessaria la presenza di piani di lavoro strutturati con la partecipazione infermieristica per rendere omogenei i comportamenti tra gli operatori, definire regole condivise ed accettate da tutti, nonché favorire la verifica ed il controllo del loro rispetto.

Inoltre, in molte unità operative/servizi sono assenti protocolli e procedure operative sulle principali attività svolte. Le procedure e 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.

6.2 VARIABILI LEGATE ALL'UTENTE

In molte situazioni assistenziali non è possibile attribuire attività all'operatore socio sanitario a causa del livello di complessità legato al soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica. La complessità è data non solo dal grado di compromissione dell'autosufficienza ma dall'interazione di fattori fisici, psichici, socioculturali che influenzano e modificano la manifestazione stessa dei bisogni.

Anche 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.

Nei casi di instabilità clinica vi è la necessità di valutazioni costanti e repentine della situazione presentata, sotto il profilo diagnostico-terapeutico e/o infermieristico. Queste situazioni rendono necessario un intervento specialistico non attribuibile alle figure di supporto.

L'esistenza di 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 perché realizzati su pazienti instabili, critici o gravi, con possibili rischi.

6.3 VARIABILI LEGATE ALL'INFERMIERE

L'infermiere deve sviluppare il senso di responsabilità professionale e l'identità professionale. Una scarsa o distorta consapevolezza dell'essere infermiere espone al rischio di attribuire attività proprie senza nemmeno aver coscienza delle possibili ripercussioni che ne derivano.

L'infermiere potrebbe aver maturato un basso livello di competenza nella gestione del personale di supporto.

6.4 VARIABILI LEGATE ALL'OSS

L'inserimento delle figure di supporto nei processi assistenziali dipende dal livello di conoscenza e dalle abilità acquisite da questi operatori.

Gli operatori socio sanitari devono sviluppare il senso di responsabilità.

Il rapporto tra infermieri e operatori di supporto è reso difficoltoso dalla presenza di conflittualità e da una comunicazione interpersonale inefficace. La forte integrazione tra le competenze dell'infermiere e dell'OSS esige la costruzione ed il mantenimento di interazioni e di scambi informativi costanti e reciproci.

6.5 VARIABILI LEGATE ALLA PRESTAZIONE

Naturalmente non tutte le attività possono essere attribuite, ma anche in questo caso è richiesta un'attenta valutazione da parte dell'infermiere.

Durante il processo decisionale dell'infermiere per l'assegnazione di compiti all'operatore socio sanitario deve essere valutato il livello di complessità della

tecnica. Devono essere valutati il tipo di manualità e abilità richieste per l'esecuzione della tecnica, nonché il grado di conoscenze necessarie al corretto funzionamento degli strumenti e delle apparecchiature utilizzate nella tecnica.

Bisogna considerare anche che tanto è maggiore il livello di discrezionalità richiesta tanto meno è consigliabile attribuirne all'OSS l'esecuzione e viceversa.

In certi casi, a causa dell'esistenza di fattori di rischio insiti nella tecnica, è necessario un intervento qualificato in grado di intuire l'esistenza di pericoli, prevenire l'insorgenza o, comunque, riconoscerne tempestivamente l'insorgenza.

7. I MODELLI ORGANIZZATIVI CHE SUPPORTANO IL LAVORO INTEGRATO

Affinché vi sia una buona integrazione degli operatori socio sanitari occorrono anche idonee condizioni organizzative.

L'assegnazione di attività rende necessaria una riorganizzazione dell'assistenza al fine di garantire qualità e sicurezza delle prestazioni erogate.

A tale scopo è assolutamente necessario utilizzare un modello organizzativo per obiettivi, non un modello per compiti.

L'organizzazione dell'attività professionale per compiti è il modello più utilizzato dagli infermieri nella loro pratica quotidiana. Questo modello si è affermato nel tempo per rispondere a problemi legati al grande numero di persone da assistere negli ospedali e alla presente carenza di personale infermieristico.

L'attività per compiti prevede infatti un approccio frammentario ai bisogni del paziente, senza quindi tener conto dei bisogni nella loro interezza ma solo dell'esecuzione di un atto assistenziale. In questo caso si bada solo al compimento dell'atto manuale, talvolta senza alcuna verifica della qualità dell'esecuzione e senza controllare l'effettivo raggiungimento dei risultati desiderati.

I modelli di lavoro per obiettivi permettono di definire ciò che realmente vogliamo ottenere in termini di risultati di assistenza e di pianificare l'assistenza in modo olistico, affrontando sia i bisogni prettamente fisici, materiali del paziente, sia quelli relazionali.

In realtà non esiste il modello organizzativo migliore in assoluto per consentire una buona integrazione, poiché ogni contesto adotterà quello che è più convenzionale alle proprie peculiarità.

È importante che l'organizzazione mantenga continuamente coerenza con due aspetti importanti:

- La personalizzazione dell'assistenza;
- La promozione dell'autonomia e della responsabilità professionale.

In molte realtà assistenziali, i diversi modelli organizzativi assistenziali fanno emergere delle criticità, le più frequenti sono le seguenti:

- L'infermiere è spesso impegnato in modo rilevante nella fase di attuazione e poco in quella di pianificazione;
- L'integrazione tra le diverse figure assistenziali è frammentaria;
- Il reale ruolo degli operatori di supporto non è sempre uniforme;
- La continuità assistenziale è disomogenea.

L'eventuale passaggio a modelli più avanzati è di solito predisposto da un gruppo di progetto.

Il nuovo modello viene inizialmente sperimentato, in seguito ad una preventiva e concomitante azione formativa, per un periodo predefinito.

Il lavoro consiste nell'analisi di una lista di attività infermieristiche, svolte quotidianamente nei singoli servizi e rappresentative del lavoro assistenziale. Gli operatori sono chiamati a definire il livello di autonomia con cui attuano le attività, la possibile attribuzione di queste agli operatori socio sanitari e alle altre figure di supporto e le motivazioni che ne sostengono la scelta.

Questa indagine permette di ricavare delle informazioni che forniscono una base orientativa ed utile per ipotizzare una revisione dei modelli di erogazione dell'assistenza infermieristica, perché si possa ottimizzare l'impiego delle risorse professionali disponibili, per un miglioramento della qualità dell'assistenza offerta all'utente.

I fattori che influenzano la scelta di un modello rispetto ad altri in una organizzazione dipendono dal tipo di pazienti, dal tipo di assistenza erogata, dai costi, dal numero e dalla tipologia delle qualifiche del personale presente.

Di seguito vengono analizzati alcuni modelli organizzativi assistenziali. Ognuno di questi presenta dei vantaggi e dei limiti che si riflettono sul paziente, sui membri dello staff e sulla qualità delle cure.

7.1 IL NURSING FUNZIONALE O PER COMPITI

Nel nursing funzionale predominano la struttura gerarchica, la parcellizzazione e la specializzazione. Esso è un sistema di erogazione dell'assistenza che prevede l'assegnazione di specifici compiti al personale, in relazione al livello di competenza, ripartendo le varie attività tra gli operatori presenti nel turno di servizio. Mediante questo modello si identificano l'infermiere addetto alle medicazioni, alla terapia o all'assistenza di base ai pazienti allettati.

Nel modello per compiti, al fine di descrivere lo standard di assistenza, nonché i piani di lavoro, sono utilizzate descrizioni procedurali e, in tal modo, i bisogni psicologici del paziente sono necessariamente trascurati.

Questo modello risponde all'esigenza di ottenere il massimo numero di prestazioni con un numero ridotto di risorse umane e materiali, ma comporta una frammentazione delle cure e una visione parziale delle condizioni di ogni paziente.

Il modello funzionale pone attenzione sull'aspetto tecnico lasciando poco spazio ai bisogni della sfera psicosociale.

In questo contesto soffermarsi a parlare con il paziente finisce con l'essere qualificato come una perdita di tempo.

L'aspirazione dell'efficienza propria di questo modello si esprime nell'esecuzione di atti e solo questi il destinatario è coinvolto di volta in volta.

Sebbene efficiente, il metodo funzionale non incoraggia la soddisfazione del paziente e dello staff. Una così rigida e netta divisione dei compiti può demotivare l'infermiere che, di fatto, non ha più la soddisfazione di vedere i risultati dell'assistenza globale al suo paziente.

D'altro canto, il sistema funzionale può rilevarsi molto produttivo nei periodi critici di scarsità di infermieri. Standardizzare l'assistenza ai pazienti con bisogni

simili può aiutare a risolvere questo tipo di problemi meglio di altri sistemi, e la ripetitività e la routine nel lavoro generano maggiore sicurezza nel personale.

Il modello per compiti:

- E' efficace;
- Rende possibile utilizzare persone con poca esperienza ed indipendentemente dal loro grado di autonomia per espletare il lavoro previsto;
- E' un sistema che facilita l'assegnazione di compiti ben definiti, ne consente il controllo, non crea confusione né sovrapposizione delle attività;
- E' il sistema organizzativo più economico qualora ci si debba accontentare di uno standard di assistenza sicura, vale a dire del livello minimo accettabile;
- Soddisfa gli infermieri che prediligono le attività di routine e la dipendenza dal superiore (coordinatore), che ha un controllo diretto sulle attività degli infermieri;
- Realizza un controllo diretto all'azione;
- Permette lo sviluppo di abilità e di rapidità nell'eseguire le stesse attività;
- Può essere utilizzato se si crea una grave carenza di turno.

Gli svantaggi del nursing funzionale, invece, sono i seguenti:

- Il lavoro è svolto rapidamente perché il bisogno di coordinazione è minimo, ma il bisogno di assistenza globale non è sempre soddisfatto per il malato. Si consideri, per esempio, quanto sia poco efficiente avere tre differenti membri di uno staff assegnati ad una stanza: uno per somministrare i farmaci, uno per rilevare la pressione sanguigna ed il terzo per eseguire le medicazioni;
- Vi è l'impossibilità di seguire con sufficiente continuità e globalità il paziente;
- Le cure sono estremamente frammentate. L'approccio funzionale è meccanicistico ed impersonale, sottolinea gli aspetti più tecnici

dell'assistenza infermieristica. Sia lo staff che i pazienti potrebbero non essere soddisfatti del modo in cui sono state eseguite le cure;

- Per lo staff, il lavoro diventa ripetitivo e noioso; svolgere solo una parte dei compiti toglie la soddisfazione di vedere qualcosa fatto dall'inizio alla fine. Ogni operatore esegue solo una o due prestazioni e rifiuta di farne altre; poiché spettano a qualcun altro;
- La comunicazione tra i membri dello staff, è ridotta al minimo, poiché ognuno è impegnato in attività diverse, così che nessuno è a conoscenza di ciò che sta accadendo al paziente;
- La trasmissione dei dati e delle informazioni è frammentaria ed incompleta.
- La responsabilità è divisa tra gli operatori.

7.2 I MODELLI DI LAVORO PER OBIETTIVI

Negli ultimi tempi hanno preso l'avvio riflessioni e ricerche circa la definizione e la rilevazione delle attività proprie ed esclusive dell'infermiere nei processi assistenziali, a fronte di quelle improprie o attribuibili ad altre figure. In considerazione della notevole quota di tempo che occupa l'infermiere in attività assistenziali di base o a basso profilo professionale, si ritiene opportuno attribuire queste ultime a figure idoneamente preparate (gli operatori socio sanitari), attribuzione che dovrà essere considerata nella scelta del modello organizzativo da considerare.

Analizziamo ora alcuni esempi di modelli di lavoro per obiettivi.

7.2.1 L'ASSISTENZA DI GRUPPO O TEAM NURSING

Il team nursing è basato sulla pianificazione e realizzazione degli obiettivi assistenziali attraverso l'azione del gruppo. Ogni membro ha la possibilità di vedere attuato il suo suggerimento, sentendosi così più soddisfatto e motivato a prestare un'assistenza migliore.

Il team è guidato da un infermiere che pianifica, interpreta, coordina, supervisiona e valuta l'assistenza infermieristica. Egli assegna i membri del team ai pazienti facendo coincidere i loro bisogni alle conoscenze e alle capacità dell'infermiere.

Inoltre, stabilisce obiettivi e priorità per l'assistenza al paziente, centralizza le informazioni, indirizza la pianificazione dell'assistenza orientando le riunioni di gruppo e preparando piani di assistenza, fissa le responsabilità, provvede alle sostituzioni durante le pause di lavoro e le riunioni, coordina e valuta le attività del team.

Una delle principali caratteristiche del modello organizzativo per piccole équipe è la riunione infermieristica. Il suo scopo principale è quello di sviluppare e revisionare i piani di assistenza creando l'opportunità di identificare e risolvere i problemi. La precisione nell'identificazione dei problemi è aumentata attraverso lo scambio di informazioni. La consapevolezza che il gruppo nel suo insieme possieda più informazioni sui problemi di ogni singola persona favorisce l'apprezzamento dello staff per il lavoro di gruppo. Il consenso che ne risulta aumenta l'impegno per le decisioni prese. L'identificazione del problema e la definizione degli obiettivi all'inizio della riunione precedono necessariamente la pianificazione degli interventi.

Le riunioni del team offrono anche l'opportunità di identificare i bisogni formativi dello staff e di operare per soddisfarli.

Il team leader è responsabile della pianificazione e della conduzione della riunione, che deve essere ben definita nei tempi e nello spazio. Un incontro che duri dai 15 ai 30 minuti al giorno, fissato sempre alla stessa ora fa sì che la riunione diventi parte della routine giornaliera.

Il team leader monitorizza il processo di gruppo, registra personalmente problemi e soluzioni sul piano di assistenza o delega questo compito, svolge attività di insegnamento e sintetizza i punti principali.

Il piano di assistenza è un'altra delle caratteristiche principali del modello organizzativo per piccole équipe. Per ciascun paziente deve essere preparato un piano di assistenza che identifichi i problemi attuali e potenziali e gli obiettivi a

lungo e a breve termine. Il piano deve essere realistico, al fine di prevenire i problemi che derivano dall'aver predisposto obiettivi non realizzabili. I piani di assistenza devono essere individualizzati, devono riflettere l'interrelazione tra i bisogni psicosociali e quelli fisiologici e coinvolgere il paziente e la sua famiglia. Devono essere identificati i problemi, gli obiettivi concordati, le azioni e le risposte.

L'assistenza sarà valutata in base al grado di realizzazione degli obiettivi.

Il team nursing contribuisce alla soddisfazione del paziente e dei bisogni dello staff.

Ogni paziente è trattato come un individuo unico.

Lo staff può identificare il proprio contributo e la correlazione che esiste tra il proprio lavoro ed i risultati ottenuti dal paziente. La stretta interazione tra i membri dello staff contribuisce a creare lo spirito di gruppo.

Nonostante il team leader abbia un minor contatto diretto con i pazienti, egli è responsabile dell'identificazione dei bisogni per la pianificazione dell'assistenza e per i rapporti con il medico.

La continuità dell'assistenza non è automaticamente garantita, perché i pazienti non sono assegnati al medesimo staff per tutto il tempo di degenza e l'ampiezza dell'area di intervento rende difficile individualizzare l'assistenza al paziente. Dover coordinare équipe composte da persone che possono cambiare può rendere difficile per il team leader conoscere i suoi collaboratori talmente bene da far coincidere le loro capacità con i bisogni del paziente.

Il team nursing è un sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica a un gruppo di paziente da parte di un team composto abitualmente da infermieri, personale di supporto all'assistenza sotto la direzione e la supervisione di un infermiere (team leader) durante uno specifico turno.

L'unità operativa è ripartita in due o più settori, l'infermiere responsabile assegna le attività ai vari elementi del team sulla base della qualifica, delle competenze e

dell'esperienza di ciascuno, dopo aver valutato i problemi dei singoli pazienti ed averne pianificato l'assistenza.

Il team nursing garantisce la presa in carico globale dei problemi del paziente e l'integrazione delle diverse figure professionali.

Il team nursing:

- Contribuisce allo sviluppo della comunicazione orizzontale;
- Soddisfa gli operatori a fornire un'assistenza globale basata sulla metodologia del problem solving;
- Coinvolge maggiormente i pazienti nella pianificazione dell'assistenza di cui hanno necessità;
- Ha come punti di forza la riunione infermieristica e i piani assistenziali individualizzati;
- Permette un'assistenza infermieristica ampia ed olistica quando il team funziona ad un alto livello di maturità;
- Assicura, sebbene l'assistenza ai pazienti sia ancora divisa tra diverse persone, un'assistenza molto meno frammentaria del metodo funzionale, per l'aumento della comunicazione e degli sforzi di coordinazione del leader.

Il principale svantaggio del team nursing è rappresentato dal fatto che sia applicabile solo in certi contesti, come per esempio le terapie intensive, a causa del numero di operatori che il sistema richiede.

Purtroppo non tutti gli infermieri desiderano assumere il ruolo di responsabile di un gruppo e spesso le riunioni dell'équipe non avvengono perché è difficile trovare il tempo necessario durante i giorni particolarmente pieni.

Un altro svantaggio è rappresentato dal fatto che i piani di assistenza di solito registrano prevalentemente attività correlate a prescrizioni mediche. Solo di rado i piani di assistenza presentano il paziente come una persona nella sua totalità, e di conseguenza spesso non risultano esaurienti.

Nella pratica quotidiana, gli strumenti basilari del team nursing (la riunione dell'équipe assistenziale e i piani di assistenza) spesso ricevono un'attenzione inadeguata e l'assistenza che ne risulta è fondamentalmente quella di routine.

7.2.2 L'ASSISTENZA PRIMARIA O PRIMARY NURSING

Costituisce un'evoluzione del team nursing e vede l'assistenza come pratica professionale centrata sul paziente, il quale è soggetto alla guida continua di un primary nurse dal momento del ricovero alla dimissione.

Alla base di questo sistema, le cui origini risalgono agli anni Sessanta, stanno i principi di un'assistenza personalizzata, continua e di alta qualità.

Un infermiere si occupa di 4-6 pazienti, per alcuni dei quali (di solito 2 o 3) funge da infermiere primario ed in quanto tale ha la responsabilità di identificare i bisogni ed i problemi e di pianificare e valutare i relativi interventi dall'inizio al termine del ricovero.

L'infermiere primario ha la responsabilità di attuare sia l'assistenza derivante dalle prescrizioni mediche, sia quella più specificatamente infermieristica: sono pertanto richieste competenze avanzate per transitare dalla routine assistenziale all'assistenza avanzata.

L'infermiere primario provvede in parte direttamente all'attuazione degli interventi; e in parte, soprattutto quando non è in servizio, tramite colleghi che coordina per telefono o mediante il piano di assistenza e altri eventuali documenti. Egli è la figura a cui vengono fornite tutte le informazioni sui pazienti e che ha la responsabilità, insieme al caposala e per certi aspetti al medico, di controllare la qualità delle prestazioni.

Il funzionamento dell'assistenza si basa, oltre che sulla professionalità dell'infermiere primario, sull'efficacia della comunicazione.

La comunicazione si attua sia mediante una documentazione dettagliata sia tramite frequenti riunioni volte alla pianificazione, alla segnalazione e soluzione

dei problemi e al coordinamento degli interventi. Sarà il coordinatore a scegliere gli infermieri primari, ad assegnare i pazienti agli infermieri ritenuti di volta in volta più idonei, a coordinare e valutare il lavoro complessivo del gruppo.

Il nursing consolida, attraverso questo modello, la propria autonomia disciplinare, nonché l'approccio olistico alla salute, che considera la persona nella sua totalità.

Il primary nursing riorienta i modelli assistenziali assicurando una visibilità a chi assiste, che assume un ruolo attivo e terapeutico, e non solo di esecutore delle prestazioni.

Il primary nursing si è affermato parallelamente al processo di nursing e alle teorie infermieristiche, che sono altri due fondamentali aspetti della pratica infermieristica.

Il primary nursing si applica nella misura in cui vi è una forte affermazione degli altri due aspetti, con una relazione che li rafforza reciprocamente.

Il processo di nursing indica come identificare e affrontare i bisogni di assistenza infermieristica del paziente in modo sistematico e pianificato, mentre la teoria ci permette di identificare quali sono i bisogni e quali contenuti professionali mettere a disposizione della persona.

Il primary nursing è uno strumento organizzativo che aiuta gli infermieri a mettere in pratica sia le teorie che il processo di nursing.

Questo modello assistenziale vede l'assistenza infermieristica come pratica professionale centrata sul paziente, che è soggetto alla guida continua di un infermiere primario.

Gli infermieri che operano nella struttura in ogni turno di lavoro provvedono all'assistenza complessiva ai pazienti, ma giornalmente questa è pianificata e coordinata per ogni paziente da un unico infermiere, definito primary nurse per quel paziente.

In questo modello la gerarchia si riduce in quanto l'organizzazione del lavoro, fondata sulla stratificazione delle figure infermieristiche e di supporto, è superata

dalla figura dell'infermiere primario che assume tutte le funzioni infermieristiche, incluse quelle di assistenza diretta in precedenza assegnate alle figure di supporto.

La composizione dell'équipe è prevalentemente infermieristica, seppur secondo alcuni autori il modello attuativo del primary nursing dovrebbe riprendere i principi di funzionamento del team nursing con elementi correttivi quali:

- L'assegnazione di un infermiere qualificato e primario solo per l'assistenza avanzata, comprendente l'insieme delle azioni che determinano un beneficio per l'assistito;
- Il ritorno alla scissione tra attività di base e avanzata, introducendo l'inserimento di figure di supporto per l'assistenza di base, fatte salve le valutazioni d'intervento nell'assistenza di base effettuate dall'infermiere per i casi complessi.

L'infermiere primario:

- Raccoglie le informazioni dal paziente e dalla famiglia;
- Pianifica con il medico l'assistenza sanitaria complessiva per i problemi del paziente;
- Pianifica con gli infermieri l'assistenza infermieristica per i bisogni del paziente;
- Spiega i bisogni del paziente agli infermieri e al personale di supporto, affinché possano prestare l'assistenza anche quando il primary nurse non è presente;
- Informa il paziente sul significato e sulle aspettative dei diversi trattamenti;
- Insegna al paziente e alla famiglia l'assistenza necessaria per far fronte alle sue condizioni;
- Cerca le risposte da fornire al paziente per agevolare la presa in carico.

L'assistenza primaria è centrata sulla persona e, quindi, presumibilmente efficace e tale da assicurarne la massima soddisfazione. Essa garantisce responsabilità e autonomia agli infermieri motivati e capaci, favorendone la gratificazione e lo sviluppo professionale.

Il primary nursing è costoso e applicabile soltanto in certi contesti, anche perché richiede frequenti interventi formativi. Può dare origine a difficoltà comunicative tra gli infermieri primari e i loro colleghi.

7.2.3 IL CASE MANAGEMENT

Il termine comincia a comparire nella letteratura infermieristica americana a metà degli anni Ottanta.

Il case management è un processo di erogazione delle prestazioni sanitarie incentrato sul paziente e avente l'obiettivo di:

- Integrare al massimo gli interventi necessari evitandone la frammentazione e la casualità;
- Garantire un'assistenza appropriata che migliori la qualità della vita;
- Contenere i costi.

L'infermiere case manager (gestore del caso) ha la responsabilità di: provvedere all'accertamento nei confronti del paziente e dei suoi familiari; stabilire la diagnosi infermieristica; sviluppare il piano di assistenza infermieristica; delegare l'assistenza a colleghi; attivare gli interventi; coordinare e collaborare con il gruppo interdisciplinare e valutare i risultati.

Il case manager, a seconda dei modelli, può essere impegnato nell'erogare l'assistenza o essere esclusivamente un coordinatore e valutatore del percorso critico.

Questo modello richiede l'adeguamento delle figure sanitarie tradizionali, e in primo luogo degli infermieri, a ruoli di nuova responsabilità.

Le principali caratteristiche del case management sono la capacità di:

- Valutare i bisogni;
- Pianificare gli interventi;

- Mantenere livelli di alta ed efficiente cooperazione tra operatori e volontari della rete informale cui l'assistito appartiene (familiari, amici, volontari).

Il case manager considera il paziente come un'entità che sta vivendo una condizione di malattia su un percorso predefinito dal punto di vista spaziale e temporale.

L'approccio del case manager non considera il paziente come il susseguirsi delle singole cure previste ed erogate spesso in modo frammentario ed episodico.

Nel Case management l'attenzione è posta sul risultato complessivo del percorso clinico assistenziale sviluppato per ogni singolo paziente.

Questo modello è quello che maggiormente consente al nursing di affermare la propria autonomia disciplinare, la cui visibilità è assicurata anche all'interno della necessaria integrazione programmata con altre discipline, al fine di assicurare, in un contesto di risorse limitate, la migliore presa in carico degli assistiti.

8. METODI E STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE

L'integrazione delle figure di supporto dipende essenzialmente da aspetti legati alla capacità dell'infermiere e alle condizioni organizzative.

L'infermiere, prima della pianificazione e, quindi, dell'eventuale attribuzione di determinati atti alle figure di supporto, deve effettuare la cosiddetta analisi della complessità assistenziale.

L'analisi della complessità assistenziale è un approccio razionale che permette all'infermiere di discernere se è consigliabile o meno attribuire ad altre figure una determinata azione, in base alle condizioni del paziente; si prefigge di leggere, interpretare e stimare la complessità presentata dalle persone assistite, al fine di identificare le modalità di risposta infermieristica più appropriate.

L'assegnazione di compiti rende necessaria una riorganizzazione dell'assistenza al fine di garantire qualità e sicurezza delle prestazioni erogate.

A tale scopo sono necessarie le seguenti condizioni organizzative:

- Utilizzare un modello organizzativo per obiettivi, non per compiti;
- Avere un modello concettuale di assistenza;
- Utilizzare in modo formale e visibile il processo di assistenza infermieristica e/o i percorsi clinico assistenziali;
- Utilizzare criteri definiti in seno all'équipe infermieristica, per la valutazione del livello di autonomia dell'assistito e della complessità assistenziale;
- Valutare le competenze del personale di supporto (formazione acquisita, conoscenze ed esperienze personali possedute, capacità e abilità possedute dal singolo OSS);
- Utilizzare strumenti di documentazione del processo assistenziale;
- Utilizzare strumenti operativi e/o organizzativi per attuare e documentare il passaggio di informazioni tra l'infermiere e l'OSS;

- Utilizzare strumenti operativi per guidare le rilevazioni che l'OSS deve fare, e utilizzare procedure per descrivere i compiti assegnati all'OSS;
- Utilizzare indicatori per valutare la qualità dell'inserimento dell'OSS nell'équipe assistenziale.

8.1 L'INSERIMENTO LAVORATIVO DELL'OSS

L'OSS è una figura il cui ingresso nei presidi e nelle unità operative va predisposto e realizzato con molta cura. Egli, infatti ha un ruolo complesso: lavora su indicazione degli operatori con maggiore qualificazione, ma ha degli spazi di autonomia e la sua introduzione può incidere notevolmente sulle attività svolte dall'infermiere; ecco, dunque, la necessità di un inserimento alla cui programmazione, attuazione e valutazione l'intera équipe infermieristica deve necessariamente partecipare.

Per una buona riuscita dell'inserimento del nuovo operatore una procedura per l'inserimento rappresenta la componente essenziale.

La stesura e la messa in atto di una procedura devono, però, essere precedute dalle seguenti operazioni preliminari:

- L'utilizzo delle job description relative all'OSS e all'infermiere. Questo strumento operativo serve ad ottenere le responsabilità e le competenze che si richiedono in quel determinato contesto assistenziale in base alla tipologia di utenti, in base agli obiettivi che si pongono nei loro confronti;
- La selezione degli infermieri che saranno chiamati a svolgere la funzione di guida durante il training di affiancamento del nuovo OSS.

Come sopra precisato, la job description non deve riguardare solamente l'OSS, ma anche l'infermiere. Questo passaggio della procedura di inserimento degli OSS è un punto cardine per l'infermiere, in quanto gli consente di ridisegnare il suo campo di operatività al fine di alleggerirsi di eventuali attività improprie.

Una procedura di inserimento può essere redatta in vari modi e potrebbe essere costituita da tre parti essenziali:

- Gli obiettivi,
- L'accoglimento e l'orientamento;
- L'inserimento vero e proprio.

Questa procedura ha lo scopo di far ottenere all'operatore socio sanitario un rapido apprendimento delle conoscenze e delle abilità necessarie nell'unità operativa nel minor tempo possibile; di garantire il mantenimento o il miglioramento del livello di sicurezza e di qualità dell'assistenza; di far sentire a proprio agio sia gli infermieri che gli OSS.

E' necessario accogliere ed orientare l'operatore socio sanitario di nuova assunzione attraverso un colloquio con l'infermiere coordinatore per l'illustrazione delle finalità e delle caratteristiche dell'unità operativa (tipologia degli utenti, decorso tipico della degenza, orari della giornata, ecc.).

Al termine del periodo di inserimento deve essere effettuata una verifica che si realizza su più fronti (e naturalmente il confronto con il periodo precedente l'inserimento dei nuovi operatori). Occorre verificare la qualità delle prestazioni, la soddisfazione degli utenti e degli operatori.

8.2 GLI STRUMENTI OPERATIVI

Si tratta di strumenti la cui finalità è quella di migliorare l'organizzazione dell'assistenza e, di conseguenza, favorire l'erogazione di un servizio mirato alle reali necessità e appropriato.

Gli strumenti operativi hanno la finalità di:

- Consolidare l'autonomia e la responsabilità professionale;
- Pianificare l'assistenza infermieristica secondo modelli gestionali per processi attraverso criteri integrati e multidisciplinari;
- Orientare la pratica professionale verso l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni;
- Definire, introdurre, sperimentare nuovi modelli applicativi quali linee guida, procedure, protocolli.

Di seguito vengono analizzati alcuni strumenti per l'integrazione.

8.2.1 LA MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La matrice delle responsabilità è una rappresentazione grafica che evidenzia in dettaglio i singoli compiti assegnati a ciascun operatore all'interno di un sistema.

Classicamente vengono riportate in una tabella le varie attività sulle righe, mentre lungo le colonne compaiono i nomi degli operatori. Le norme ISO 9000 identificano quattro categorie di addetti implicati a diverso titolo in una data attività: responsabile, collaboratore, informato e coordinatore (ove prevista questa figura).

Il principale vantaggio dell'adozione della matrice delle responsabilità consiste, oltre che nel razionalizzare e rendere non casuale l'organizzazione del lavoro, nel poter fare affidamento su un quadro sinottico che, dopo attenta analisi, si rivela molto utile per potere eventualmente ridistribuire carichi e compiti in base ad esigenze pratiche.

Tabella 8.2.1.1 Esempio di matrice delle responsabilità

Attività: Bisogno di alimentazione	Infermiere	OSS	Medico
Accertamento all'ingresso sulle abitudini alimentari e le alterazioni	R	C	I
Posizionamento per il pasto	I	R	I
Distribuzione del vitto	C	R	I
Aiuto per l'assunzione di cibo	I	R	I
Supporto ai pazienti con disfagia	R	C	I
Verifica assunzione del pasto e registrazione	R	C	I

8.2.2 IL PIANO DELLE ATTIVITA'

Il piano delle attività è lo strumento organizzativo che riporta l'elencazione scritta delle attività, che devono essere espletate al fine di soddisfare i bisogni dei pazienti e garantire il funzionamento delle attività dell'unità operativa.

Il piano di attività è l'elenco delle attività da svolgere nei singoli turni, in autonomia o in collaborazione con il gruppo professionale.

Tabella 8.2.2.1 Esempio di piano delle attività infermieristico

Ore 7.50	Primo strumentista	Lavaggio chirurgico e preparazione del primo letto operatorio
	Secondo strumentista	Collabora con la prima strumentista sterile fornendole i materiali e prepara per il secondo intervento
Ore 8.10	Primo strumentista	Termina la preparazione del tavolo operatorio e procede alla vestizione dei chirurghi
	Secondo strumentista	Posiziona il paziente sul letto, attacca la piastra dell'elettrobisturi, scopre la parte interessata
...

8.2.3 IL PIANO DI LAVORO

Il piano di lavoro è uno strumento orientato al breve periodo e applicabile nelle diverse articolazioni organizzative, per definire e pianificare gli obiettivi fissati. Ovviamente come strumento di lavoro si inserisce in una direzione per obiettivi.

Gli elementi che vengono esplicitati nel piano di lavoro sono:

- Gli obiettivi generali: nascono solitamente da un problema a cui si intende dare risposta definendo una meta specifica;
- Gli obiettivi specifici: definiscono delle finalità concrete interne all'obiettivo generale e sono espressi in termini di risultati che si vogliono raggiungere;
- Le azioni utili a perseguire gli obiettivi specifici: definiscono che cosa si intende porre in essere per ciascun obiettivo specifico e riguarda la logica delle azioni più che la definizione dei singoli atti e della loro metodologia;
- Le condizioni organizzative nelle quali avvengono le azioni: vengono valutate le risorse economiche, di tempo, di personale, di professionalità necessarie per i singoli obiettivi specifici;
- Gli indicatori concreti di verifica dei risultati: per definire con quale indicatore i risultati sono valutati concretamente.

8.2.4 LE LINEE GUIDA

Le linee guida sono raccomandazioni redatte a partire dalla letteratura scientifica e dal parere di esperti, per aiutare operatori e pazienti a individuare le modalità di assistenza più adeguate in presenza di particolari condizioni. Hanno quindi funzione di supporto decisionale e si concentrano sul risultato da ottenere, mantenendo una certa flessibilità sull'assegnazione dei compiti. Sono basate sulle migliori evidenze e hanno sviluppo sistematico e multidisciplinare, che vede anche il coinvolgimento dell'utente. Le linee guida devono:

- Coinvolgere le parti in causa;
- Avere rigore metodologico;
- Essere chiare e applicabili;
- Essere editorialmente indipendenti.

8.2.5 I PROTOCOLLI

Sono schemi predefiniti di comportamento diagnostico-terapeutico e fanno riferimento a sequenze procedurali abbastanza prescrittive. Sono strumenti rigidi che indicano la sequenza di azioni che permette di raggiungere un determinato obiettivo. Sono redatti per garantire che l'erogazione delle prestazioni sia efficace, efficiente e omogenea.

È necessario procedere con la redazione di protocolli in presenza di:

- Prestazioni prevedibili e standardizzabili;
- Situazioni assistenziali complesse;
- Procedure assistenziali poco frequenti nella realtà di riferimento.

Oltre ad essere fondato e contestuale, un protocollo deve caratterizzarsi per:

- Validità, applicabilità e riproducibilità;
- Flessibilità;
- Chiarezza, completezza e concisione.

8.2.6 LE PROCEDURE

Le procedure sono una sequenza dettagliata e logica di azioni, a loro volta definite in modo più o meno rigido. Possono essere considerate l'unità di base di un'attività e consentono di rendere uniformi e omogenee operazioni poco discrezionali.

9. ANALISI DI UN CASO CLINICO- ORGANIZZATIVO

Di seguito viene analizzato un piano assistenziale infermieristico allo scopo di comprendere le responsabilità e le difficoltà nella pratica quotidiana.

Nello specifico caso verrà analizzata la gestione del paziente con disfagia secondaria a ictus.

Alcuni pazienti possono non avere difficoltà a scegliere una dieta adeguata, ma essere comunque a rischio di problemi nutrizionali a causa della disfagia. Questi pazienti possono andare incontro a un apporto inadeguato di solidi o di liquidi, essere incapaci di deglutire i farmaci o aspirare cibi e liquidi nei polmoni, con conseguente sviluppo di polmonite. I pazienti a rischio di disfagia includono gli anziani, i reduci da un ictus, quelli affetti da cancro che sono stati sottoposti a radioterapia a testa e collo e quelli con disfunzioni ai nervi cranici. Gli infermieri possono essere le prime persone ad accorgersi della disfagia e a proporre al medico ulteriori indagini, applicare tecniche di alimentazione e diete specifiche, nonché collaborare con i pazienti, i familiari e gli operatori socio sanitari per sviluppare piani di assistenza per i pazienti con difficoltà.

L'infermiere, facente parte di un team multidisciplinare, effettua una prima valutazione del problema, lo gestisce nella maniera più appropriata e previene le complicanze.

L'infermiere deve:

- Effettuare la prima identificazione del problema e riferire agli esperti della deglutizione;
- Conoscere i fattori di rischio, i segni e sintomi della disfagia, che sono dati essenziali per la prima identificazione;
- Assicurarsi che la struttura, la consistenza e il tipo di cibo, solido o liquido, assunto dal paziente disfagico corrisponda alla prescrizione;

- Assicurarsi che siano intraprese le tecniche di alimentazione raccomandate dagli specialisti ed essere a conoscenza delle tecniche di alimentazione sicura raccomandate per gli individui con disfagia da compromissione neurologica;
- Monitorare la quantità di cibo assunta per assicurare un'adeguata alimentazione e idratazione;
- Conoscere gli interventi per ridurre il rischio di aspirazione;
- Assicurarsi che tutti gli addetti all'assistenza abbiano le conoscenze e le abilità per alimentare in sicurezza l'individuo con disfagia.

Analizziamo ora il caso clinico a cui ci stiamo riferendo:

“Il signor G. ha 80 anni e presenta disfagia secondaria a ictus”.

L'infermiere attraverso il processo di nursing, grazie ai dati ottenuti nella fase di accertamento, formula la diagnosi infermieristica, che è la seguente:

“Rischio di polmonite da aspirazione e ab ingestis correlata a disfagia secondaria a ictus”.

Mantenere pervie le vie aeree e prevenire le complicanze polmonari sono le priorità assistenziali.

Durante la degenza il paziente¹⁶:

- Avrà le vie aeree pervie;
- Tossirà ed eseguirà esercizi di respirazione profonda ogni due ore;
- Avrà campi polmonari liberi, oppure i suoi problemi polmonari saranno prontamente identificati e trattati;
- Assumerà cibo e liquidi (secondo prescrizione) senza aspirarli e rischiare il soffocamento.

Di seguito è riportato il piano assistenziale infermieristico.

¹⁶ Dati indicativi di risultato

Figura 9.1 *Piano di assistenza*

INTERVENTI	MOTIVAZIONI
<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="347 353 810 891">1. Posizionare il paziente con la testa di lato, sostenendo il tronco con dei guanciali secondo le necessità. Sollevare leggermente la parte superiore del letto (fino a 30-45° se non ictus emorragico). Non lasciare mai il paziente supino quando è solo. Mettere il campanello di chiamata alla portata della mano non paralizzata, o fornire altri mezzi per richiedere assistenza al bisogno. Se la persona non è cosciente utilizzare la canula di Mayo per evitare la caduta all'indietro della lingua.<li data-bbox="347 927 810 1160">2. In caso di emiplegia, posizionare il paziente sul lato colpito per un periodo di tempo più breve (meno di un'ora) rispetto all'altro lato (due ore). Evitare di posizionare il braccio colpito sull'addome del paziente.<li data-bbox="347 1227 810 1662">3. Incoraggiare il paziente a tossire (tranne nel caso di ictus emorragico) e a respirare profondamente quando è sveglio, insegnare la tosse efficace, ponendo attenzione alla capacità di comprensione da parte dello stesso. Preparare il necessario per l'aspirazione per via orale ed aspirare le secrezioni accumulate quando occorre. Se necessario attivare una fisioterapia respiratoria.<li data-bbox="347 1697 810 1998">4. Monitorare i rumori polmonari almeno ogni 4 ore quando il paziente è sveglio. Considerare anche l'adeguatezza dello sforzo respiratorio, i caratteri del respiro e il colorito cutaneo. Indagare immediatamente su eventuali manifestazioni di agitazione, soprattutto nel paziente con	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="879 353 1340 891">1. L'emiplegia, il riflesso della tosse compromesso e la disfagia possono rendere il paziente incapace di liberare le vie aeree. Se viene lasciato in posizione supina quando non c'è nessuno ad assisterlo, il paziente può aspirare le secrezioni; inoltre, la posizione supina aumenta il rischio di ostruzione delle vie aeree da parte della lingua, specialmente se il paziente non è perfettamente sveglio. Dare la possibilità di chiedere aiuto facilmente è essenziale quando le vie aeree sono compromesse.<li data-bbox="879 927 1340 1191">2. Giacere sul lato colpito può provocare il ristagno delle secrezioni, che vengono espulse in modo inefficace a causa dell'emiplegia. Il peso del braccio sull'addome può ridurre ulteriormente l'adeguatezza dell'espansione toracica.<li data-bbox="879 1227 1340 1460">3. Le secrezioni accumulate possono ostruire le vie aeree e predisporre il paziente ad atelectasia o polmonite (l'infezione respiratoria è una delle cause principali di morte nei pazienti colpiti da ictus).<li data-bbox="879 1697 1340 1998">4. Molti pazienti colpiti da ictus hanno una storia di ipertensione o di malattia di cuore, che li può predisporre allo scompenso cardiaco congestizio. Dei rumori polmonari anormali (crepitii, gorgoglii) possono rappresentare i primi sintomi di complicazioni correlate a ipoventilazione. Un

afasia. Riferire qualsiasi anormalità	aumento dello sforzo della respirazione, la tachipnea, il colorito cianotico e l'agitazione possono essere segni di ipossiemia. Identificarli e riferirli prontamente ne facilita il trattamento immediato.
--	---

L'infermiere, nello specifico caso, valuta la complessità assistenziale. L'analisi della complessità assistenziale è un approccio razionale che permette all'infermiere di discernere se è consigliabile o meno attribuire ad altre figure una determinata azione.

Ai fine dell'attribuzione di determinati atti, nello specifico caso analizzato, si prende in considerazione la possibilità e la capacità della persona assistita di mettere in atto comportamenti decisi consapevolmente e autonomamente per la soddisfazione dei propri bisogni.

Esistono situazioni assistenziali in cui la persona sa cosa vorrebbe e cosa vorrebbe fare ma non è in grado di farlo.

Questa è l'area di autonomia/dipendenza della persona presa in carico, ed è la variabile prevalentemente utilizzata per stimare i carichi di lavoro infermieristico.

Ad una diminuita possibilità d'azione dell'assistito corrisponde un'elevata discrezionalità decisoria dell'infermiere che valuta, se effettuare direttamente gli interventi necessari, o se demandarli all'operatore socio sanitario di cui dispone.

Alcuni interventi possono, previa specifica valutazione infermieristica, vale a dire una volta che si è sicuri di agire in sicurezza, senza alcun rischio per il paziente, essere attribuiti agli operatori socio sanitari.

Nel caso che stiamo analizzando, dopo la valutazione del grado di deglutizione, il paziente viene alimentato per bocca.

Viene naturalmente impostata una dieta adeguata per consistenza e per valore nutritivo (liquida, semiliquida, semisolida, solida). È compito dell'infermiere assistere la persona con problemi di disfagia durante il pasto ed addestrare chi lo assiste durante il pasto.

Assistere o alimentare un paziente è una delle attività che vengono spesso attribuite all'operatore socio sanitario, ma è responsabilità dell'infermiere valutare la capacità del paziente di alimentarsi e identificare gli effettivi o potenziali fattori di rischio che possono compromettere lo stato di salute del paziente.

Affinché l'attribuzione di attività agli operatori socio sanitari si possa realizzare sono necessarie delle idonee condizioni organizzative.

Per eseguire in maniera appropriata il compito l'operatore socio sanitario deve essere appropriatamente formato, qualora non lo fosse l'infermiere provvederà ad istruirlo.

È necessario che l'infermiere fornisca all'operatore socio sanitario indicazioni sulle modalità corrette per somministrare il cibo, affinché possa:

- Rispettare i tempi della persona;
- Conoscere gli alimenti indicati e quelli controindicati
- Far assumere e mantenere alla persona la postura corretta
- Riconoscere i principali segni e sintomi della disfagia e delle complicanze
- Riferire e/o documentare la quantità e i tipi di cibi assunti.

E' necessario che la pratica quotidiana sia supportata dalla presenza nell'unità operativa di strumenti come protocolli e procedure.

Deve essere possibile per l'infermiere supervisionare l'atto e intervenire in maniera tempestiva qualora fosse necessario.

Per assistere la persona con problemi di disfagia è necessario seguire la tecnica riportata di seguito. E' necessario che l'OSS conosca la tecnica da seguire, l'importanza degli interventi al fine di eseguirla nella maniera corretta.

Figura 9.2 *Tecnica per assistere il paziente con problemi di disfagia*

INTERVENTI	MOTIVAZIONI
<ul style="list-style-type: none"> - Posizionare il paziente seduto a 90° con la testa leggermente inclinata in avanti - Posizionare il cibo nel lato della bocca non colpita - Eventualmente introdurre pezzetti 	<p>Migliora la percezione da parte della persona del cibo e anche la capacità di gestirlo nella cavità orale.</p>

<p>piccoli</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assicurare un periodo di riposo (almeno 1h prima del pasto) - Presidiare che l'ambiente non sia distraente (televisione, parenti, ...) e sia stimolante per l'appetito - Mantenere la posizione seduta per 45-50 minuti dopo il pasto - Chiedere la collaborazione del paziente e dare importanza alla sua partecipazione - Gestire l'assistenza alla deglutizione con una strategia personalizzata (in base alle indicazioni fornite dal logopedista) - Non mettere fretta - Stimolare il paziente a masticare bene o a deglutire - Controllare che abbia deglutito prima di passare al successivo cucchiaino (o istruirlo a fare ciò), far bere quando ha terminato la deglutizione - Controllare periodicamente il cavo orale per osservare la presenza di residui alimentari ed eventualmente rimuoverli o insegnare il paziente e i familiari a farlo <p>È necessario ispezionare ed effettuare giornalmente o più volte al giorno l'igiene del cavo orale.</p>	<p>Per vedere se c'è ristagno di cibo nel retrobocca</p> <p>La riduzione dell'igiene del cavo orale porta alla colonizzazione da parte di organismi patogeni nel tratto orofaringeo, che possono essere aspirati nel tratto tracheobronchiale. Inoltre, l'aspirazione di batteri trovati nella placca dentale è causa di polmoniti: infatti nella coltura della placca dentale sono stati ritrovati microrganismi che sono agenti prevalenti di polmonite.</p>
---	--

CONCLUSIONI

Lo scopo di questo elaborato è stato quello di riflettere sull'inserimento dell'operatore socio sanitario nei processi di assistenza infermieristica.

Poiché la domanda di salute è completamente cambiata, è necessario accogliere il paziente con professionalità, rassicurarlo e coinvolgerlo nel progetto di cura, rispettando le sue scelte e la sua dignità.

L'infermiere, attraverso l'inserimento dell'operatore socio sanitario nei processi assistenziali, ha l'opportunità di dimostrare la propria professionalità.

Dall'analisi delle responsabilità, delle competenze e dei ruoli delle due figure emerge che l'infermiere è l'unico professionista che possiede le capacità e gli strumenti indispensabili per assumere decisioni rispetto alle proprie competenze tecniche e per pianificare le attività attraverso l'applicazione delle metodologie disciplinari apprese.

In seguito ad un'attenta riflessione effettuata nel corso della stesura del lavoro è emerso che l'operatore socio sanitario, oltre a rappresentare un'opportunità da sfruttare per il miglioramento della qualità assistenziale, può comportare dei problemi dal punto di vista organizzativo.

L'inserimento dell'operatore socio sanitario nell'équipe assistenziale, come affermato in precedenza, deve avvenire con cura e richiede alcuni presupposti culturali ed organizzativi.

È necessario adottare un modello organizzativo assistenziale per obiettivi, non per compiti, poiché l'infermiere deve pianificare l'assistenza al fine di utilizzare al meglio le risorse disponibili, aiutare l'assistito a raggiungere i risultati attesi e comunicare all'intera équipe quale tipo di assistenza l'utente richiede.

L'introduzione di questa figura di supporto all'assistenza infermieristica adeguatamente formata permette di ottimizzare l'utilizzo delle risorse al fine di

erogare un'assistenza che consista nella presa in carico del paziente e che prenda in considerazione tutti i suoi bisogni.

L'infermiere, ai fini dell'attribuzione di determinati atti agli operatori socio sanitari, deve disporre di strumenti organizzativi che gli permettano di ponderare il grado di dipendenza del paziente, di poter documentare, monitorare e verificare l'efficacia dell'intervento assistenziale.

Lo scopo dell'analisi del caso clinico-organizzativo è stato quello di riflettere sui dubbi e le difficoltà nella pratica quotidiana. L'infermiere e l'operatore socio sanitario devono assumere le proprie responsabilità, riconoscere le proprie debolezze, documentarsi e consultarsi al fine di tutelare l'assistito.

Per poter erogare un'assistenza multidisciplinare di qualità è necessario che le diverse figure si confrontino continuamente, imparino le une dalle altre e contribuiscano l'una alla formazione dell'altra.

La formazione rappresenta per l'infermiere un impegno continuo ed inoltre, secondo quanto previsto dalla normativa che ne identifica il profilo professionale, contribuisce alla formazione dell'operatore socio sanitario.

BIBLIOGRAFIA

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

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

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

Legge 10 Agosto 2000, n. 251: *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica;*

Provvedimento della conferenza Stato-Regioni 22 febbraio 2001, Accordo tra il Ministro della sanità, Il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e provincie autonome di Trento e Bolzano: *individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.*

TESTI CONSULTATI

AA.VV., *Le responsabilità dell'infermiere e le sue competenze*, Maggioli, Rimini, 2010;

Arbarello P., *Medicina legale per le professioni sanitarie: diritto, deontologia, legislazione sociale*, Minerva Medica, Torino, 2010;

Atkinson L.D., Murray M.E., *Capire il processo di Nursing*, Sorbona, Milano, 1994;

Benci L., *Aspetti giuridici della Professione Infermieristica*, McGraw-Hill, quarta edizione, Milano, 2005;

Benci L., *Le professioni sanitarie (non mediche) – Aspetti giuridici, deontologici e medico-legali*, McGraw-Hill, Milano, 2002;

Benci L., *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*, McGraw-Hill, seconda edizione, Milano, 2001;

Calamandrei C., D'Addio L., *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, McGraw-Hill, Milano, 1999;

Calamandrei C., Orlando C., *La dirigenza infermieristica, manuale per la formazione dell'infermiere dirigente e del caposala*, McGraw-Hill, Milano, 1998;

Casati G., Vichi M.C., *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw-Hill, Milano, 2002;

De Pietro C., *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane*, McGraw-Hill, Milano, 2005;

Greco M., Rocco G., *Guida all'esercizio della Professione di Infermiere*, terza edizione, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2002;

Holloway N.M., *Piani di assistenza in medicina e chirurgia*, Sorbona, Napoli, 2008;

Marriner Tomey A., *Management Infermieristico, teoria e pratica*, Sorbona, Milano, 1995;

Nettina S.M., *Il manuale dell'infermiere*, Piccin, Padova, 2012;

Panizzi R., *Manuale dell'operatore socio sanitario: per la formazione di base e complementare*, Piccin, Padova, 2009;

Pontello G., *Il management Infermieristico*, Masson, Milano, 1998;

Rodriguez D., Aprile A., *Medicina legale per gli infermieri*, Carocci Faber, prima edizione, Urbino, 2004;

Santullo A., *L'infermiere e le innovazioni in sanità*, seconda edizione, McGraw-Hill, Milano, 2004;

Vanzetta M., Valicella F., *L'infermiere e l'OSS – Criteri guida per avvalersi del personale di supporto*, McGraw-Hill, Milano, 2009;

Vanzetta M., Valicella F., *L'operatore Socio Sanitario*, seconda edizione, McGraw-Hill, Milano, 2002.

RIVISTE

AA.VV. *Indagine conoscitiva sull'utilizzo delle figure di supporto all'assistenza infermieristica nelle strutture sanitarie della provincia di Como*, Insetto Agorà, 2006, n. 31;

AA.VV., *Infermieri e figure di supporto*, In&Out, Padova, Dicembre 2001;

AA.VV., *Proposta del Collegio Ipasvi Milano-Lodi sulla questione OSS*, Io Infermiere, 2000, n.4;

AA.VV., *Un possibile quadro organizzativo per l'integrazione delle figure di supporto dell'assistenza*, Management Infermieristico, 2003; n.4;

Benci L., *L'operatore socio sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica*, Rivista di diritto delle professioni sanitarie, 2001, 4(3): pag. 219-234;

Bianchi P, Cavaliere B., *Un possibile quadro organizzativo per l'integrazione delle figure di supporto dell'assistenza*, Management Infermieristico, 2003, n.4: pag. 12-14;

Bondavalli P., Guberti M., Iemmi M., *La collaborazione tra infermiere e operatore socio sanitario: indagine conoscitiva sui comportamenti in ambito ospedaliero*, Professioni Infermieristiche, 2012, Vol. 65 n. 4: pag. 225-234;

Calamandrei C., *L'inserimento del personale di supporto: una proposta di progetto*, Management Infermieristico, 2001, n. 4: pag. 16-23;

Giavazzi G., *L'integrazione dell'operatore socio sanitario (OSS) nell'équipe assistenziale: un'indagine nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) di Milano*, Io Infermiere, 2006, n.3;

Pagiusco G., Padovan M., *Il modello di assistenza personalizzata e l'inserimento dell'operatore socio sanitario*, Management Infermieristico, 2004, n.2;

Palese A., *Il processo di attribuzione dell'attività agli operatori di supporto: indagine descrittiva in un dipartimento di medicina*, Rivista di diritto delle professioni sanitarie, 2003;

Silvestro A., *Le attività delegabili ad altre figure: la percezione degli infermieri*, Assistenza infermieristica e ricerca, 2000, n.2;

Snaidero D., *Dall'ausiliario all'OSS: analisi storico-giuridica delle figure di supporto all'assistenza*, Management Infermieristico, 2003, n. 2-3;

Zagari A., *L'operatore socio sanitario e l'infermiere, profili di responsabilità*, Io Infermiere, 2004, n. 2;

Zanon R., *Lavoro di équipe*, Assistenza Anziani, 2009.

LINK

<http://www.acropolismed.it/atti/asldip10/Contini.pdf>

http://www.aosp.bo.it/reparti_servizi/servinfer/materiali/Pgt_riorg_assistenza_supporto_8_04.pdf

<http://www.area-c54.it/public/infermieri%20e%20oss.pdf>

<http://www.area-c54.it/public/la%20figura%20di%20supporto%20nell'assistenzi.pdf>

<http://www.area-c54.it/public/ruolo%20dell'oss%20nel%20piano%20assistenziale.pdf>

<http://www.ccsaltosciliar.it/download/31dextG2R2cg.pdf>

<http://www.danieletrasatti.it/avm/enacmarche/public/documenti/SLIDE%20EQUIPE.ppt>

http://www.enaip.it/fileadmin/user_upload/FL_2_2012_OSS/11_F_L_2012_2_calcolo_Sonda.pdf

http://www.ipasvi.laspezia.net/images/ipafile/newsletter/news_007_case_management.pdf

[http://www.ipasvilatina.it/lt/attachments/article/240/dispensa%20formia%20marzo%202015%20\[modalit%C3%A0%20compatibilit%C3%A0\].pdf](http://www.ipasvilatina.it/lt/attachments/article/240/dispensa%20formia%20marzo%202015%20[modalit%C3%A0%20compatibilit%C3%A0].pdf)

http://www.ipasvibs.it/files/fenotti_inserimento_oss.pdf

http://www.ipasvibs.it/files/relazione_avv_barbieri.pdf

<http://www.ipasvicuneo.org/attachments/article/160/calandri.ppt>

<http://www.ipasvife.it/wp-content/uploads/2012/12/Barbieri.ppt>

<http://www.ipasvifermo.it/allegatfile/VANZETTAMARINALaformazionecomplementaredelOSSeinserimento.pdf>

<http://ipasvipavia.it/public/link/Gestione%20del%20lavoro%20assistenziale%20integrato%20fra%20infermieri%20e%20oss.pdf>

<http://www.nursindfvg.it/wp/wp-content/uploads/2014/03/Pianificazione1.pdf>

http://online.scuola.zanichelli.it/igieneulturamedica-files/Definizione%20degli%20obiettivi_protocolli_procedure_piani%20assistenziali.pdf

http://www.scienzeinfermieristiche.net/files/analisi_dm_739_del_94.pdf

http://www.scienzeinfermieristiche.net/files/compendio_sul_case_management_marconcini_stefano_e.pdf

<http://www.sigg.it/public/doc/congresso/57/22/SALA%20WHITE/946/1000-GiavazziG/1000GIAVAZZI.pdf>

http://www.vicenzaipasvi.it/pdf/altre_pubblicazioni/lg_oss.pdf