



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**Progetto pilota in Area Medica per integrare la  
figura dell'Operatore Socio-Sanitario nelle  
attività di documentazione delle attività  
infermieristiche**

Relatore:  
**Dott.ssa Serena Frassini**

Tesi di Laurea di:  
**Alessandra Mariotti**

Correlatore:  
**Inf.ra Stefania Nicoletti**

A.A 2021/2022

## **INDICE**

1.INTRODUZIONE.....	1
1.1 EXCURSUS NORMATIVO DELLA FIGURA DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO E PROFILO PROFESSIONALE .....	2
1.2 CONCETTO DI DELEGA E DI ATTRIBUZIONE .....	6
1.3 LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: QUALE RUOLO PER L'OPERATORE SOCIO SANITARIO?.....	7
2.OBIETTIVI.....	11
3.MATERALI E METODI .....	12
4.RISULTATI .....	16
5.DISCUSSIONE .....	19
6. CONCLUSIONE .....	24
7. IMPLICAZIONI PER LA RICERCA.....	25
BIBLIOGRAFIA E ALLEGATI .....	26

## INTRODUZIONE

Negli ultimi vent'anni la struttura demografica della popolazione ha subito importanti cambiamenti: questo ha inevitabilmente aumentato la complessità degli interventi assistenziali, volti a dare una risposta globale ai bisogni di una popolazione sempre più anziana e con patologie cronico degenerative. A questo si somma il maggior impegno richiesto ai professionisti, dovuto al progresso tecnico- scientifico della medicina, l'evoluzione culturale e formativa della professione infermieristica e la conseguente personalizzazione della domanda di prestazione assistenziale. Tutti gli aspetti precedentemente citati hanno portato a una svolta del processo di professionalizzazione degli infermieri e hanno reso necessario disporre di operatori di supporto con un elevato livello di qualificazione, che potessero validamente collaborare con gli stessi nella gestione dei bisogni di base e dei processi assistenziali degli utenti.

Si può dedurre quindi che la nascita dell'OSS corrisponde a due ordini di bisogni:

- soddisfare una domanda sanitaria sempre più complessa orientata a mantenere l'utente nel suo contesto sociale;
- consentire l'evoluzione culturale e professionale degli infermieri.

La complessità del ruolo infermieristico nel sistema socio/sanitario, lo sviluppo della professionalità infermieristica e della sua autonomia, unitamente all'introduzione di nuovi modelli assistenziali e la nascita di nuove figure di supporto quali gli OSS, richiedono agli infermieri di affrontare il problema di affidare compiti di natura assistenziale/alberghiera agli operatori di supporto mantenendone la responsabilità dell'operato. La legislatura già prevedeva tale opportunità in tempi ormai lontani; infatti l'Art. 1, comma 3 del Profilo Professionale dell'Infermiere, nato con l'emanazione del D.M. 739/94, enuncia che *“l'infermiere pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico...è responsabile dell'assistenza infermieristica e per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto”*.

## **1.1 EXCURSUS NORMATIVO DELLA FIGURA DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO E PROFILO PROFESSIONALE**

A partire dagli anni '70 in molti paesi europei nasce un nuovo profilo occupazionale per svolgere compiti di assistenza primaria. Il ruolo di "health assistant" nasce ufficialmente nel 2001 in Italia con la figura dell'Operatore socio-sanitario (OSS). Attualmente è disciplinato da due leggi nazionali: la Conferenza Stato-Regioni, del 22 febbraio 2001 e la Conferenza Stato-Regioni, del 16 gennaio 2003 (lavoratori simili sono presenti dagli anni '60 nel mercato del lavoro socio-sanitario italiano, sebbene i loro profili professionali non siano stati strettamente regolamentati dal governo ed il loro ambito di attività chiaramente definito). Agli inizi degli anni '90 avviene il processo di managerializzazione del settore sanitario e viene creato un analogo profilo occupazionale, denominato "Operatore Tecnico addetto all'Assistenza", con l'obiettivo di fornire le cure di base. Tuttavia, le caratteristiche di questo profilo occupazionale erano più adatte a soddisfare le esigenze sanitarie e ospedaliere piuttosto che l'assistenza sociale; per avere un operatore specializzato in ambito sociale, le Regioni italiane diedero forma a diversi nuovi profili occupazionali e ciò provocò la frammentazione dello scenario nazionale. Dopo un lungo dibattito sulla riorganizzazione generale dei settori sanitario e sociale, nasce nel febbraio 2001 la figura dell'OSS che combina molti tratti dei precedenti profili professionali, inclusi molti dei loro compiti, aggiungendo una serie di attività/abilità aggiuntive. L'OSS italiano può operare in ambito socio-sanitario, in strutture assistenziali residenziali o semi-residenziali, ospedali pubblici e privati e a domicilio. Nonostante lavorino sotto la supervisione infermieristica, la normativa nazionale consente loro di svolgere autonomamente le proprie attività. Possono fornire cure di base agli assistiti e svolgere semplici compiti per il supporto diagnostico e il trattamento delle malattie. Inoltre ne osservano e annotano i bisogni e le loro condizioni di rischio-danno, valutando e collaborando per gli interventi di cura. La normativa elenca le funzioni e i doveri di un OSS, distinguendo tra attività e competenze, regola inoltre i percorsi formativi e delega agli enti locali (regioni e province) la progettazione e l'organizzazione di corsi di formazione. Per diventare un OSS è necessaria l'acquisizione di una licenza. Tuttavia, non è richiesta l'iscrizione ad un albo pubblico o ad un'organizzazione professionale. Ciò significa che non è possibile quantificare il

numero di OSS italiani, né è facile definire il numero di loro che sono occupati nei settori sanitario e sociale. Nel 2003 un nuovo accordo Stato-Regioni ha disciplinato la “formazione integrativa in ambito sanitario”. La legge consentiva loro di svolgere altre funzioni e compiti.

Nel gennaio 2021 è stato presentato il disegno di legge DDL S 2071 “Riordino del profilo professionale e della formazione dell'operatore socio-sanitario” che prevede la revisione dei vigenti accordi tra lo Stato e le regioni riguardanti la professione degli operatori socio-sanitari e il suo riordino nel rispetto dei seguenti criteri: uniformare la formazione sia in termini di contenuti teorici e pratici ( tirocinio, stage) che di monte ore, attribuendone la titolarità al Servizio sanitario nazionale (SSN), uniformare il titolo di studio e i contenuti, definire in modo puntuale competenze, attività, ambiti operativi e responsabilità, nonché modalità di inserimento nei differenti contesti operativi, definire criteri cogenti per l'accreditamento degli enti formatori e delle sedi di tirocinio, definire le modalità di mantenimento delle competenze (formazione continua), definire l'attivazione obbligatoria di un registro regionale degli operatori socio-sanitari per tutelare il cittadino e prevenire l'abusivismo. Ad oggi è ancora oggetto di discussione.

Con la definitiva approvazione al Senato del Decreto “sostegni bis”- DL n°73/2021, gli OSS escono dal ruolo tecnico dov'erano relegati da vent'anni ed ottengono il ruolo socio-sanitario. Il testo è stato convertito definitivamente nella legge 23 luglio 2021, n. 106 e riconosce il ruolo socio-sanitario per operatori sociosanitari, assistenti sociali e sociologi dipendenti del SSN, valorizzando tutte queste figure, indispensabili per l'integrazione socio-sanitaria.

Il corso di formazione per diventare OSS è strutturato per moduli e aree disciplinari definiti dall'ordinamento didattico raggiunto con l'accordo stato-regioni del 22 febbraio 2001; prevede una durata di un numero di ore non inferiore a 1000, di cui 550 di teoria/pratica, 450 di tirocinio e circa 10 per lo svolgimento dell'esame. In osservanza delle disposizioni normative attuali relative alla emergenza sanitaria da COVID 19 (Prot. n. 7906/C17FP Roma del 3 novembre 2021) il corso può prevedere ai sensi della DGR n. 311/2020 e della DGR n. 514/2020, la modalità di svolgimento ON LINE per un massimo di 450 ore.

Al termine del corso, previo superamento delle prove finali e non avendo superato il 10 % di assenze, del monte ore complessivo del corso, sarà rilasciato un attestato di qualificazione corrispondente all' intero profilo – Operatore Socio Sanitario.

L'inserimento dell'OSS nei vari contesti assistenziali risulta funzionale solo se guidato da presupposti di tipo organizzativo e culturale.

**-l'OSS è personale di supporto del quale avvalersi**, secondo le parole del profilo professionale dell'infermiere. Lo chiarisce il CCNL integrativo del settembre 2001, nel quale si legge: **“Svolge la sua attività su indicazione – ciascuna secondo le proprie competenze - degli operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, ed in collaborazione...”** Bisogna chiarire quali sono le attività che può svolgere in autonomia, le attività collaborative e quelle da svolgere su indicazione, con particolare riferimento alle attività da svolgere a contatto con gli assistiti.

**-l'infermiere**, secondo il proprio profilo professionale :

**1.è responsabile dell'assistenza generale infermieristica**, non necessariamente dei singoli atti di assistenza diretta e indiretta ma del risultato complessivo;

**2.partecipa all'identificazione dei bisogni di salute e identifica i bisogni di assistenza infermieristica,**

3.ha la responsabilità di una assistenza infermieristica di **natura tecnica, relazionale, educativa**. Egli garantisce dunque il carattere olistico, globale, delle prestazioni, rivolte non solo al “paziente” ma alla “persona”, secondo quanto previsto dalla migliore cultura professionale. In molti casi le competenze relazionali e educative degli infermieri sono da migliorare e l'inserimento degli OSS può essere un'occasione per procedere in questa direzione, anche perché l'OSS stesso è tenuto a possedere competenze del genere.

**4.pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico**. Anche queste sono competenze essenziali dell'odierna figura dell'infermiere, le quali non

implicano necessariamente un impegno diretto nella attuazione in dettaglio di quanto pianificato, fatta eccezione - sulla base delle scelte dettate dalla propria coscienza professionale e deontologica - per le situazioni più complesse e delicate;

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

6.come già accennato, **si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.** Alla luce di questa affermazione gli infermieri contribuiscono a decidere quando “è necessario” coinvolgere tale personale, nei confronti del quale praticano poi l'affidamento di compiti, la guida e la supervisione.

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

-dell'assistenza personalizzata, sancito anche dalla legge 251/00;

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

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

## 1.2 CONCETTO DI DELEGA E DI ATTRIBUZIONE

Vi è differenza tra delega e attribuzione, termini che spesso vengono usati in modo inappropriato e per questo attribuiscono responsabilità a soggetti differenti; l'infermiere delega o attribuisce le attività al personale di supporto?

Analizzando la definizione di entrambe le parole, possiamo affermare che: con la prima intendiamo l'assegnazione di compiti previsti dal profilo o dettagliati nel piano di lavoro dello specifico contesto operativo, svolte in autonomia o in collaborazione, mentre la seconda si riferisce all'atto scritto con cui si conferisce ad altri la possibilità di agire in vece propria, affidando propri poteri e responsabilità, con conseguente necessità del delegante di controllare l'attività del delegato (Benci, 2001).

Tuttavia sorgono possibili vincoli legali ed etici per quanto riguarda la delega in infermieristica. Pertanto, l'American Nurses Association (A.N.A.) ha sviluppato i cinque diritti di delega per assistere gli infermieri nel prendere decisioni sicure, che sono: compito giusto, giusta circostanza, persona giusta, giusta supervisione, giusta direzione e comunicazione.

Si è quindi vista l'esigenza, da parte di alcune associazioni come l'American Nurses Association e dal National Council of State Boards of Nursing, di trovare una definizione comunemente accettata che intendesse il vero significato del termine 'delega', facendo riferimento soprattutto al campo assistenziale. Questi gruppi descrivono la delega come il processo attraverso il quale un infermiere dirige un'altra persona a svolgere compiti e attività infermieristiche e prevede quindi il coinvolgimento di almeno due soggetti: il delegante e il delegato, in cui il delegante è un infermiere abilitato a distribuire una parte delle cure del paziente al delegato, ovvero il personale di supporto.

In considerazione dei riferimenti legislativi e della letteratura, il quesito di ricerca è: che strumenti possiamo utilizzare in ambito assistenziale per integrare i compiti dell'OSS nella documentazione dell'attività infermieristica?

Attribuire non vuol dire cedere al personale di supporto funzioni specifiche del profilo professionale infermieristico, ma permettere a tali figure di compiere alcuni atti su specifica indicazione infermieristica; atti che vanno a comporre parti del piano assistenziale ma la cui responsabilità rimane del tutto infermieristica.



## **1.2 LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: QUALE RUOLO PER L'OPERATORE SOCIO SANITARIO?**

In senso generale la Responsabilità può essere definita come la capacità e dovere di rispondere del proprio operato; in particolare la responsabilità professionale è l'insieme degli obblighi e doveri giuridici e morali di colui che è chiamato a rispondere in prima persona di un fatto o di un atto compiuto nell'esercizio delle proprie funzioni con piena autonomia decisionale.

Gli infermieri, così come i medici sono portatori di una posizione di garanzia nei confronti degli assistiti loro affidati ed hanno il preciso dovere di eseguire prontamente tutte le disposizioni necessarie alla tutela della salute dei malati.

La posizione di garanzia trova fondamento:

- nell'art. 2 della Costituzione (principio del rispetto della persona umana nella sua totalità);
- nell'art. 32 della Costituzione (diritto alla salute e quindi alla integrità psico-fisica);
- nell'articolo 1 della Legge 833 del 1978 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale che è la completa ripetizione del dettato del 1° comma dell'articolo 32 della Costituzione;
- nella legge 251 del 2000 all' Art. 1 "Disciplina delle professioni sanitarie": "Gli operatori delle professioni sanitarie...svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguarda della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza".

La responsabilità contrattuale si instaura quando ricorre la violazione di obblighi, il soggetto (in questo caso il professionista) non ha fatto ciò a cui era tenuto in forza di un precedente vincolo giuridico. In particolare per quanto riguarda la responsabilità contrattuale come guida nell'integrazione del personale di supporto nelle attività infermieristiche, si fa riferimento all'articolo 1228 (Responsabilità per fatto degli ausiliari) e all'articolo 2232 (Esecuzione dell'Opera) del Codice Civile. Nel "contatto sociale" che si realizza, l'utente si affida all'infermiere per l'assistenza generale infermieristica ed è l'infermiere che per l'espletamento delle sue funzioni si

avvale, ove necessario, del personale di supporto (DM 739/94 “Profilo professionale dell’Infermiere). Ove necessario, indica la discrezionalità dell’infermiere in relazione alla complessità organizzativa e clinica nell’avvalersi del personale di supporto nel realizzare attività di assistenza generale.

In particolare, secondo il proprio Codice Deontologico, nei rapporti con la persona assistita l’infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all’assistito di esprimere le proprie scelte; garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l’efficace gestione degli strumenti informativi; collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all’interno dell’equipe. Nell’ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali. Rimanendo in tema di responsabilità, chi svolge funzioni di coordinamento ha l’obbligo/dovere di presidiare le attività di integrazione organizzativa e professionale del personale di supporto nelle attività infermieristiche provvedendo a:

- esplicitare nell’unità operativa le attività che svolge il personale di supporto nell’ambito dell’assistenza generale infermieristica;
- valutare il processo di inserimento all’interno dell’equipe del personale di supporto in quanto le attività in collaborazione di assistenza possono essere affidate all’operatore socio sanitario solo se ne è accertata la formazione, addestramento, abilità ed esperienza nell’esecuzione;
- accertare (verificare che venga eseguita) l’integrazione nell’assistenza affinché non vi siano attribuzioni inopportune di attività.

In relazione alla possibilità che l’Operatore Socio Sanitario possa documentare l’attività svolta è opportuno fare un’analisi delle norme che ne disciplinano il profilo, la formazione ed il contratto collettivo nazionale. L’Accordo Conferenza Stato Regioni del 2001 e le delibere di Giunta regionali (vedi ad es. delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 986 del 5 giugno 2001) per quanto concerne gli obiettivi che l’OSS deve raggiungere in ambito formativo, indicano tra gli altri:

- utilizzare i principali strumenti informativi di base in relazione alle diverse funzioni dell’attività professionale e sapersi orientare nell’offerta formativa e lavorativa;

- identificare tutti gli elementi necessari alla pianificazione dell'assistenza, collaborando con le diverse figure professionali preposte per la presa in carico del caso;
- raccolgere dati sull'assistito utili per la definizione del piano di intervento, anche utilizzando strumenti informativi specifici;
- leggere e saper compilare gli strumenti informativi specifici per rappresentare i dati raccolti, per quanto di propria competenza;
- organizzare la rilevazione dei dati e l'osservazione finalizzata;
- individuare, riconoscere e selezionare i dati significativi;
- codificare i dati e le informazioni in modo chiaro e sintetico.

L'assegnazione di compiti di assistenza diretta e l'accertamento dell'esecuzione degli stessi da parte del personale di supporto è responsabilità dell'infermiere.

Assegnazione e accertamento dell'esecuzione del compito affidato significano:

- fornire direttive e spiegazioni chiare su come il compito deve essere realizzato;
- monitorare l'esecuzione del compito per assicurare l'adesione agli standard qualitativo assistenziali definiti dalle procedure e dalla legislazione;
- valutare se intervenire rispetto all'esecuzione del compito;
- assicurare una documentazione sullo svolgimento del compito.

L'agire dell'infermiere, in relazione al personale di supporto, si configura con la prescrizione dell'atto, come decisione in senso autonomo nel far eseguire quell'atto in relazione ad una valutazione delle complessità assistenziale e organizzativa.

L'operato del personale di supporto si configura secondo tre modalità:

- esecuzione di compiti rivolti all'ambiente (per esempio sistemazione di biancheria);
- collaborazione in attività rivolte all'utente/paziente con prescrizione e partecipazione diretta dell'infermiere;
- esecuzione di attività rivolte all'utente/paziente con prescrizione dell'infermiere e sotto il suo controllo.

Pertanto, ribadita la responsabilità dell'infermiere nell'assegnazione e accertamento delle attività svolte dal personale di supporto, l'attestazione delle attività effettuate dal personale OSS rivolte all'utente, per cui non sia prevista la partecipazione diretta dell'infermiere, deve seguire le regole sotto indicate:

- del risultato delle attività di natura alberghiera prescritte dall'infermiere (supporto nella mobilità, aiuto nell'igiene, sostegno e supporto nell'alimentazione, sostegno e supporto nell'eliminazione intestinale e urinaria) deve esserne attestata l'esecuzione da parte del personale di supporto negli strumenti informativi in uso nel contesto organizzativo;

- del risultato delle attività di assistenza diretta prescritte dall'infermiere (raccolta escreti e secreti, osservazione ferite/lesioni da decubito, piccole medicazioni, rilevazione parametri antropometrici, utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso) deve esserne attestata l'esecuzione da parte del personale OSS sugli strumenti informativi in uso ed a sua volta "validato" con firma da parte dell'infermiere.

La validità giuridica del dato porta a conclusione il processo di prescrizione e di controllo.

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

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

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

Si è notato che predisporre ed utilizzare una documentazione adeguata, congruente con le attuali responsabilità dell'infermiere, porta molti vantaggi, in quanto facilita la comunicazione tra colleghi ed equipe, agevolando il coinvolgimento dell'OSS che rimane 'sotto la supervisione dalla professione infermieristica'.

## **2. OBIETTIVI**

Il lavoro di tesi è stato svolto con i seguenti obiettivi:

- fornire uno strumento pratico agli Operatori Socio Sanitari dedicati all'assistenza di base nei reparti di degenza medica dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, per tracciare e documentare le attività da loro svolte, anche al fine di migliorare i processi comunicativi del team di Struttura;
- rendere oggettivo, sistematico e verificabile lo svolgimento delle attività degli OSS;
- fornire uno strumento a valenza didattica e formativa per l'addestramento degli studenti OSS in tirocinio.

### **3.MATERIALI e METODI**

Il progetto pilota si è svolto nel periodo aprile-settembre 2022 nella UOC di Medicina Interna dell’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, presidio San Salvatore di Pesaro. È struttura complessa con una dotazione di 33 posti letto e riceve principalmente dal Pronto Soccorso ricoveri di pazienti ad elevata instabilità clinica e con insufficienza d’organo acuta. Il team assistenziale è composto da 1 Coordinatore Infermieristico, 4 Operatori di Supporto e 11 Infermieri + 1 unità infermieristica condivisa con altre UOC. Il modello assistenziale adottato è il “Modular Nursing, in cui ogni infermiere, al fine di garantire una continuità assistenziale, prende in carico un numero definito di ricoverati per l’intero turno lavorativo. Il progetto è stato articolato in varie fasi.

Fase A. Il primo step è stato la condivisione del progetto pilota con il Direttore della UOC Professioni Sanitarie IOTR e la sua formale autorizzazione a procedere.

Quindi è stata effettuata l’analisi organizzativa del contesto con il Coordinatore Infermieristico della UOC di Medicina Interna, che ho condotto con il supporto del mio relatore, per evidenziare la fattibilità del progetto e le principali criticità inerenti la documentazione dell’assistenza di base e delle attività di supporto.

Fase B. Ho condotto la revisione della letteratura per ricercare modelli e format di documentazione infermieristica nazionale ed internazionale che comprendessero uno strumento cartaceo o informatizzato per documentare le attività del personale di supporto; quindi la predisposizione di un format di scheda “taylor made” per lo specifico contesto assistenziale condivisa con il Coordinatore Infermieristico di UOC.

La “Scheda attività di supporto-assistenza diretta alla persona” (Allegato 1) è stata strutturata come “diario giornaliero” per ogni giorno di degenza, è strutturata in gran parte secondo il modello della “check-list” per renderne agevole e snella la compilazione ed è suddivisa nei tre turni che il personale di supporto svolge, quindi mattino, pomeriggio e notte.

In ogni turno l'OSS ha compilato le attività svolte (flaggando il quadratino predisposto o utilizzando crocette se l'attività poteva essere ripetuta più volte nello stesso turno) e le ha suggellate apponendo la propria firma/sigla; l'infermiere responsabile ha indicato quotidianamente il livello di autonomia del paziente (autonomo, semi-dipendente, totalmente dipendente) e ha validato l'esecuzione delle attività apponendo, nell'apposito spazio, la propria firma, in qualità di responsabile dell'assistenza erogata, così come indicato dal Profilo professionale.

Sono state indicate nella scheda, dopo averle individuate secondo quanto contenuto nel già citato "Accordo Stato-Regione (vedi "Introduzione")", le quattro aree di assistenza di base di competenza degli OSS da prendere in considerazione, ovvero: igiene, mobilizzazione, alimentazione ed eliminazione:

- area igiene e comfort: contiene le attività di rifacimento del letto, igiene totale/parziale del corpo, altre attività legate al comfort (es. esecuzione rasatura della barba, lavaggio capelli) e una parte fondamentale riservata al controllo della cute (integra, presenza di arrossamenti o altre lesioni di varia natura e grado);
- area mobilizzazione: sono evidenziate le varie posture che il paziente può assumere, sul letto/fuori dal letto, con o senza aiuto e se è presente il Materasso Anti Decubito (MAD);
- area alimentazione: è indicato se il paziente ha una dieta personalizzata e di quale tipologia, se nutrito artificialmente, se digiuno, se necessita aiuto per l'assunzione del pasto o di liquidi; inoltre l'OSS indica il quantitativo di cibo assunto nei tre pasti principali, indicato in tutto, quasi tutto, metà, poco, nulla e presenza di diario alimentare;
- area eliminazione: sono presenti gli ausili di cui paziente necessita, quali padella/pappagallo, pannolone, condom, sacca stomia; l'OSS indica se il degente ha bisogno di aiuto per recarsi in bagno o per posizionarlo sulla sedia comoda; infine viene indicato il controllo della sacca di raccolta dell'urina in portatore di catetere vescicale;

Infine nella sezione "annotazioni" gli operatori hanno scritto tutte quelle informazioni suppletive che non potevano essere indicate negli spazi dedicati.

Fondamentale è stato indicare il grado di autonomia dei degenti che sono stati suddivisi in autonomi, semi dipendenti e totalmente dipendenti, grado stabilito da scale validate e compilate dagli infermieri al momento del ricovero, presenti in cartella infermieristica:

- pazienti totalmente indipendenti: non necessitavano di aiuto per eseguire, ad esempio, l'igiene intima (area igiene), che deambulavano autonomamente, anche se con ausilio (area mobilizzazione), in grado di alimentarsi da soli, senza essere aiutati (area alimentazione), continenti e in grado di recarsi al bagno in autonomia (area eliminazione);
- pazienti semidipendenti: necessitavano di aiuto per l'igiene quotidiana, (area igiene), per alzarsi o tornare a letto, (area mobilizzazione), di supporto ai pasti (area alimentazione); degenti con incontinenza saltuaria o che dovevano essere accompagnati in bagno (area eliminazione);
- pazienti totalmente dipendenti: veniva praticata loro l'igiene intima a letto (area igiene), pazienti allettati con necessità di cambiare frequentemente la postura (area mobilizzazione), alimentati artificialmente o che dovevano essere imboccati ai pasti (area alimentazione), incontinenti, portatori di pannolone o che dovevano espletare a letto tutti i loro bisogni fisiologici (area eliminazione).

Fase C. È stata la fase della condivisione del progetto da parte del Coordinatore con infermieri e OSS dell'UOC coinvolta nel corso della riunione tenuta mensilmente. I contenuti riguardavano il rationale del progetto, la modalità di conduzione della sperimentazione (tempi ed impegno richiesto), la presentazione della scheda e della modalità di tenuta, gli outcomes attesi.

Fase D. Ha riguardato l'attuazione della sperimentazione, iniziata il 05/09 e terminata il 29/09. La scheda è stata utilizzata per tutti i pazienti degenti nel suddetto periodo nella UOC Medicina Interna.

Fase E. L'impatto della modalità organizzativa sul team assistenziale, in termini di livello di soddisfazione lavorativa e criticità rilevate, è stato testato a conclusione della sperimentazione con un questionario semi strutturato appositamente predisposto, somministrato a tutti gli attori coinvolti nella sperimentazione (OSS ed infermieri di UOC), al fine di valutare il gradimento della scheda documentale,



identificare le eventuali criticità relative al processo, raccogliere impressioni e suggerimenti e definire le opportune azioni di miglioramento (Allegato 2).

Sono stati predisposte due versioni dello stesso questionario, una per gli infermieri e una per gli OSS. Gli item del questionario descrivevano la percezione dell'operatore in merito ai seguenti aspetti:

- utilità dello strumento per documentare e dare visibilità alle attività svolte dall'OSS;
- utilità nell'addestramento dei tirocinanti OSS;
- guida per pianificare ed organizzare le attività di supporto;
- miglioramento dei processi comunicativi tra OSS e infermiere;
- maggiore soddisfazione dei pazienti per la qualità dell'assistenza erogata;
- sostenibilità dello strumento in termini di carico di lavoro
- scheda come parte integrante della documentazione assistenziale.

Ai rispondenti si chiedeva di indicare il grado di accordo o disaccordo con quanto espresso dall'affermazione attraverso una scala tipo Likert a 5 punti (da "completamente d'accordo" a "completamente in disaccordo"). Gli si chiedeva anche se la scheda poteva essere adottata senza modifiche, se era necessario invece fare cambiamenti o se ritenevano che non fosse indicata per lo specifico contesto. Infine, si chiedeva all'operatore di dare un giudizio complessivo di gradimento della scheda con un punteggio da 0 (insoddisfatto) a 5 (completamente soddisfatto).

Inoltre è stato lasciato uno spazio libero dove i compilatori hanno riportato le proprie opinioni rispetto a problematiche riscontrate, suggerimenti in merito a modifiche della scheda, azioni correttive, aspetti riguardante il progetto e ogni altra considerazione ritenuta opportuna.

Il punto di vista del Coordinatore Infermieristico è stato raccolto tramite feedback informali forniti al mio relatore durante e al termine della sperimentazione.

Fase F. I dati quantitativi delle schede cartacee e dei questionari sono stati inseriti in un database opportunamente predisposto, elaborati e restituiti con statistiche descrittive; i dati qualitativi sono stati elaborati e restituiti in forma di narrazione.

## 4. RISULTATI

Il campione era formato da 35 pazienti, 27 femmine e 8 maschi, degenti presso l'unità operativa nel periodo di sperimentazione (dal 5/9/ al 25/9/2022). Sono state documentate le attività di supporto svolte in 289 giornate di degenza per un totale di 867 turni di lavoro con la presenza di personale di supporto.

La Tabella 1 riassume la distribuzione dei pazienti degenti nel periodo, espressa in frequenze assolute e relative, in base al loro livello di autonomia nelle 4 aree di attività (igiene, mobilitazione, alimentazione, eliminazione)

	AREA IGIENE N°(%)	AREA MOBILIZZAZIONE N°(%)	AREA ALIMENTAZIONE N°(%)	AREA ELIMINAZIONE N°(%)
<b>AUTONOMIA</b>	3 (8.6)	2 (5.7)	8 (22.8)	4 (11.4)
<b>SEMI DIPENDENZA</b>	8 (22.8)	7 (20)	7 (20)	4 (11.4)
<b>TOTALE DIPENDENZA</b>	24 (68.6)	26 (74.3)	20 (57.2)	27 (77.2)
<b>TOT.</b>	35 (100)	35 (100)	35 (100)	35 (100)

**Tab.1 Distribuzione pazienti in base al livello di autonomia nelle aree**

Nella Tabella 2 è stato riportato il numero delle giornate di degenza suddivise in base al livello di autonomia nelle diverse aree di attività. I risultati sono stati espressi in frequenze assolute e frequenze percentuale per avere un quadro più preciso del carico assistenziale rapportato al totale delle giornate/paziente nel periodo di sperimentazione.

	AREA IGIENE N° gg (%)	AREA MOBILIZZAZIONE N° gg (%)	AREA ALIMENTAZIONE N° gg (%)	AREA ELIMINAZIONE N° gg (%)
<b>AUTONOMIA</b>	44 (15.2)	30 (10.4)	58 (20)	53 (18.3)
<b>SEMI DIPENDENZA</b>	62 (21.5)	48 (16.6)	37 (12.8)	28 (9.7)
<b>TOTALE DIPENDENZA</b>	179 (61.9)	184 (63.7)	138 (47.8)	170 (58.9)
MISSING DATA*	4 (1.4)	27 (9.3)	56 (19.4)	38 (13.1)
<b>TOT.</b>	289 (100%)	289 (100%)	289 (100%)	289 (100%)

**Tab.2 Calcolo del numero di giornate di degenza con tracciabilità del grado di autonomia del paziente per area espresso in frequenze assolute e relative**

I risultati illustrati nella Tabella 3 mostrano quante volte gli OSS hanno registrato nella scheda la specifica attività differenziando il calcolo in base al livello di autonomia del paziente in quell'area specifica: lo stesso paziente poteva essere, per fare un esempio ricorrente, autonomo nell'area "alimentazione" in quanto in grado di assumere autonomamente il pasto senza necessità di aiuto, ma totalmente dipendente nell'area "igiene" richiedendo l'effettuazione di igiene intima e, allo stesso tempo, semi-dipendente per quanto riguarda la mobilizzazione, poiché era necessario aiutarlo ad alzarsi dal letto, a sedersi in poltrona, a deambulare. I risultati sono espressi con frequenze assolute, che indicano il numero totale delle attività che sono state eseguite e documentate e in frequenze relative: i valori % > 100 stanno ad indicare che l'attività è stata ripetuta nei turni di lavoro nell'arco di una stessa giornata, come ad esempio l'attività "cambio pannolone" e "cambio postura".

	<b>AUTONOMO</b>	<b>SEMI DIPENDENTE</b>	<b>DIPENDENTE</b>
<b>ATTIVITÀ SVOLTE DAL PERSONALE DI SUPPORTO</b>	<b>N° attività /gg degenza (%)</b>	<b>N° attività/gg degenza (%)</b>	<b>N° attività/gg degenza (%)</b>
Igiene intima	4/44 (9)	99/62 (159.7)	275/179 (153.7)
Igiene parziale Cavo orale Bagno a letto	0/44 (0)	52/62 (83.9)	175/179 (97.8)
Ispezione <u>quotidiana</u> cute	13/44 (29.5)	57/62 (92)	174/179 (97.8)
Cambio postura Aiuto alla deambulazione	0/30 (0)	168/48 (350)	566/184 (307.6)
Aiuto ai pasti	1/58 (1.7)	7/37 (18.9)	35/138 (25.4)
Cambio pannolone Aiuto per recarsi in bagno	67/53 (126.4)	79/28 (282.1)	546/170 (321.2)

**Tab.3** *Calcolo del numero di attività documentate svolte dagli OSS espresso in frequenze assolute e relative sul n° complessivo delle giornate di degenza per grado di autonomia del paziente*

Concluso il periodo di sperimentazione, è stato somministrato al team, composto da 11 infermieri e 4 OSS, un questionario di soddisfazione creato ex novo, per indagare come lo strumento era stato percepito e valutarne l'utilità ai fini della sua adozione. Il tasso di risposta è stato del 100% (4/4) per gli OSS e del 90.9% (10/11) per gli infermieri, considerando 1 solo questionario non restituito perché l'operatore era assente dal servizio. I dati relativi alle risposte fornite sono riassunti nella Tabella 4.

	OSS n°=4			INFERMIERE n°=10		
	Del tutto d'accordo/ d'accordo	Indeciso	Disaccordo/ del tutto in disaccordo	Del tutto d'accordo/ d'accordo	Indeciso	Disaccordo/ del tutto in disaccordo
Utile per documentare e dare visibilità alle attività	100%	0	0	70%	30%	0
Guida per pianificare le attività	75%	0	25%	60%	30%	10%
Migliore comunicazione OSS/infermiere	75%	0	25%	40%	60%	0
Soddisfazione del paziente	25%	5 0%	25%	0	60%	40%
Utile per addestramento tirocinanti OSS	100%	0	0	50%	30%	10%
Sostenibile, non aumento carico di lavoro	50%	25%	25%	40%	30%	30%
Parte integrante della cartella infermieristica	75%	0	25	60%	0	40%
	OSS n°=4			INFERMIERE n°=9		
<i>Valutazione della scheda</i>	Da adottare integralmente 0	Adottare con modifiche 100%	Non indicata nel contesto 0	Da adottare integralmente 0	Adottare con modifiche 80%	Non indicata nel contesto 20%
<b>Grado di soddisfazione da 1 "insoddisfatto" a 5 "del tutto soddisfatto" (Media)</b>	<b>4.5</b>			<b>3.4</b>		

**Tab.4 Risultati del questionario post sperimentazione**

## 5.DISCUSSIONE

Il progetto pilota, messo in atto all'interno della UOC di Medicina Interna, ha reso possibile raccogliere risultati oggettivi e quindi verificabili delle attività che gli OSS svolgono durante i propri turni di servizio.

Tali compiti svolti sono raramente registrati nella scheda clinica del paziente, ma contengono importanti informazioni, utili al proseguimento del piano terapeutico.

Sono state individuate le quattro aree di assistenza di base da prendere in considerazione per elaborare lo 'scheletro' della scheda d'attività, igiene, mobilizzazione, alimentazione ed eliminazione e i degenti sono stati suddivisi secondo il proprio grado di autonomia in autonomi, semi dipendenti e totalmente dipendenti.

L'operato degli OSS è stato calcolato su ogni turno, sul numero di giornate totali di degenza e sul numero specifico di ogni attività, il tutto suddiviso secondo il grado di autonomia dei ricoverati. Il grado di autonomia per ogni singola area era quotidianamente indicato/convalidato dall'infermiere responsabile, che doveva apporre la firma, unitamente all'OSS, in corrispondenza di ogni turno.

I risultati ottenuti sono stati organizzati nelle tabelle.

Nella prima tabella sono quantificati il numero di pazienti ricoverati (tot 35) nel periodo di sperimentazione, suddivisi secondo il proprio grado di autonomia: ciò permette di monitorare il carico di lavoro in base alla tipologia di assistenza da erogare.

Infatti è evidenziato come il personale di supporto gran parte del proprio tempo lavorativo nella gestione di pazienti semi dipendenti e totalmente dipendenti: 32 persone (91,4%) necessitano degli OSS per l'igiene, 33 per la mobilizzazione (94,3%) e 31 degenti (88,6%) necessitano assistenza per l'eliminazione. Un numero esiguo di ricoverati autonomi ha richiesto supporto in tutte e quattro le aree di assistenza di base prese in considerazione.

Nella tabella 2, dove viene conteggiato il numero di giornate di degenza in base al livello di autonomia (289 giornate di degenza in totale per i 35 pazienti a cui la scheda è stata applicata nel periodo di sperimentazione), viene ulteriormente evidenziato quale sia l'entità dell'assistenza di base rivolta ai degenti semi dipendenti e dipendenti in tutte e 4 le aree in un reparto di medicina interna.

Bisogna porre l'attenzione sui "missing data": una percentuale di annotazioni risulta mancante, in particolare per le aree "alimentazione" (19.4%) ed "eliminazione" (13.1%), con la conseguenza della perdita della tracciabilità dell'attività.

Nella tabella 3 sono state dettagliate le attività eseguite dal personale di supporto, sul totale dei giorni di degenza, sempre suddivise in base al grado di autonomia dei degenti. La percentuale di alcune attività erogate supera di gran lunga il 100% quando si tratta di attività ripetute nei vari turni e quindi più volte nella stessa giornata. Le percentuali più alte sono riferite ad attività effettuate sui degenti non autonomi: i numeri più elevati si riscontrano nelle attività legate al bisogno di mobilitazione/cambio postura, al bisogno di eliminazione e controllo presidi ad esso correlati (aiuto per andare in bagno, cambio pannolone, controllo sacca CV e controllo sacca stomia) e al bisogno di igiene (intima, altre parti del corpo), contestualmente all'ispezione dello stato della cute.

Per quanto riguarda l'alimentazione, questa è stata una parte della scheda in cui si sono registrate molte omissioni: ciò è strettamente legato al dato mancante relativo al livello di autonomia che il paziente ha in questa area (vedi tabella 2): gli OSS hanno documentato se il paziente necessitava di aiuto per assumere il pasto ma frequentemente hanno omesso di documentarne la piena autonomia e di rado hanno compilato la sezione relativa alla quantità di pasto assunta a colazione, a pranzo e a cena, lasciando i campi in bianco. Le omesse compilazioni di questa parte della scheda sono dovute al fatto che molti degenti provvedono autonomamente alla tenuta del "diario alimentare", nel quale scrivono anche quanto hanno mangiato: questa modalità organizzativa, ormai consolidata nelle Unità Operative dell'AORMN, ha reso questa parte dello strumento probabilmente ridondante e superflua.

L'analisi dei dati trascritti dagli OSS sulla scheda sperimentata ha fatto emergere aspetti fondamentali:

- l'importanza della tracciabilità delle attività eseguite sul paziente, poiché tutti i bisogni devono essere presi in considerazione in una visione olistica e globale;
- tracciabilità più precisa di aspetti basilari dei piani assistenziali che spesso non trovano un puntuale riscontro nella documentazione infermieristica, quali la mobilitazione del paziente non autonomo, l'esecuzione delle cure igieniche, la quotidiana ispezione della cute;

- l'importanza di dare "voce" all'OSS che attesta il proprio operato anche quando riscontra anomalie o la persona rifiuta il trattamento, al fine di riconoscerne il profilo professionale e non considerarlo solo colui che fa mansioni al posto dell'infermiere;
- la necessità di annotare informazioni indispensabili per l'infermiere e per tutta l'equipe assistenziale al fine di garantire la continuità e personalizzazione del piano di cura;
- la possibilità di monitorare i pazienti e vederne il decorso anche nei bisogni di base, specialmente per coloro maggiormente fragili e dipendenti;
- il miglioramento della comunicazione tra le figure professionali che si prendono cura dell'ammalato senza il rischio che informazioni importanti vadano perse, limitando il più possibile l'ormai retrograda metodologia del 'passa parola' tra colleghi.

I limiti riscontrati sono legati alla:

- mancanza di segnalazione di attività ritenute forse meno importanti, quelle legate all'alimentazione e all'eliminazione nelle persone autonome;
- scarso utilizzo per pazienti autonomi, probabilmente dettato dal non diretto coinvolgimento delle figure assistenziali;
- trascrizione non sempre precisa delle attività effettuate;
- non sufficiente chiarezza sulla compilazione della scheda;
- alcune voci dello strumento ripetitive e ridondanti.

A completamento del progetto pilota, come indicato in 'Materiali e Metodi' al punto E, dopo la raccolta delle schede sono stati somministrati al personale di supporto e infermieristico coinvolto nel progetto, due questionari di gradimento semi strutturati con gli stessi contenuti, uno per gli OSS e uno per gli infermieri, con l'obiettivo di ricevere un feedback sul progetto da coloro che lo hanno messo in pratica su campo.

Il 100% degli OSS e 70% degli infermieri si trovano d'accordo nell'affermare che la scheda è utile per tracciare e dare evidenza alle attività svolte dal personale di supporto mentre esprime indecisione un terzo degli infermieri.

Che la scheda possa essere una guida per pianificare i compiti e le attività da effettuare in un turno lavorativo trova d'accordo il 75% degli OSS; anche il 60% degli infermieri esprime parere positivo, il 30% è indeciso e la restante quota, minima, esprime parere sfavorevole.

Risulta discordante il punto di vista delle due categorie per quanto riguarda il terzo punto, ovvero la possibilità che tale strumento migliori la comunicazione e la collaborazione dell'equipe, uno degli obiettivi dell'elaborato di tesi: concorda il 75% del Personale di Supporto, gli infermieri invece solo in parte (40%); la restante componente del gruppo infermieristico (60%) esprime indecisione, e quindi perplessità.

È stato chiesto se gli operatori abbiano percepito, da parte degli assistiti e dei loro familiari, una maggiore soddisfazione riguardo all'assistenza erogata. La risposta degli OSS è discordante, il 25% è d'accordo il 50% è indeciso e il 25% è in disaccordo; riguardo a questo aspetto, il 60% degli infermieri dichiara di essere indeciso e il 40% non ritiene che la scheda possa contribuire a migliorare la soddisfazione dell'utente. Il dato è prettamente soggettivo per cui tali differenze nelle risposte si possono ricondurre a questo.

Coerentemente ad uno degli obiettivi dell'elaborato di tesi, un item chiede se la scheda può essere uno strumento utile per addestrare i tirocinanti OSS, di frequente presenti nei reparti di degenza per l'espletamento dello stage: il 100% degli OSS e la metà degli infermieri si trovano d'accordo nel ritenerla funzionale allo scopo, essendo la scheda comprensiva delle principali attività, compilata dal personale di supporto, controfirmata/controllata dagli infermieri, formulata sul modello della check list per la gran parte delle voci.

Da segnalare il fatto che, nonostante gli OSS non siano abituati a documentare il proprio operato, non emerge in maniera netta una considerazione negativa nei confronti dell'aumento del carico di lavoro: infatti il 50% di loro ritiene che la compilazione della scheda sia sostenibile e non aumenti il carico di lavoro, il 25% è indeciso e solo un operatore ha percepito un maggiore impegno nell'attività lavorativa. Diversa l'opinione degli infermieri, che già sono impegnati nella compilazione della cartella infermieristica e di altra numerosa documentazione sanitaria: accordo, indecisione e disaccordo sul fatto che la scheda possa generare sovraccarico lavorativo sono distribuite tra gli infermieri rispondenti in maniera pressoché simile.



L'importanza di integrare la scheda all'interno della cartella infermieristica è stata riconosciuta dal 75% degli OSS e dal 60% degli infermieri: genera perplessità il fatto che il 40% degli infermieri sia in disaccordo e non ritenga utile la scheda ai fini della completezza della documentazione assistenziale, quando attività quali la mobilitazione (ad es. l'esecuzione dei cambi di postura), la quotidiana ispezione della cute o l'effettuazione delle cure igieniche di base sia, di regola, documentata in maniera non ottimale, incompleta e discontinua.

Un dato soddisfacente, emerso sia da parte degli OSS che degli infermieri, è relativo giudizio personale dato sulla scheda: la totalità del personale di supporto e la gran parte degli infermieri ritengono utile adottare uno strumento simile, apportando però delle modifiche al format sperimentato; solo una piccola percentuale di infermieri (20%) riferisce che la scheda adottata non è indicata nel contesto dell'Unità Operativa presa in esame.

L'indagine si conclude chiedendo di esprimere il gradimento della scheda attraverso un punteggio, da 1 'insoddisfatto' a 5 'completamente soddisfatto': dai dati emerge un'opinione generale positiva sullo strumento, con una media dell'indice di gradimento di 4.5 da parte degli Operatori Socio Sanitari e di 3.4 per gli infermieri.

Nello spazio riservato ai commenti personali, due infermieri hanno scritto: *“Rivedrei l'impostazione della scheda, perché così come è stata sperimentata, si ha come l'impressione che l'OSS fa una determinata prestazione e l'infermiere la controfirma; mi sembra più sensato che dalla scheda l'infermiere selezioni le attività da svolgere, firmando e l'OSS controfirma l'avvenuta esecuzione”*; *“Lunghezza della scheda, per la compilazione e lettura”*.

Due Operatori di supporto hanno riportato: *“Ritengo che l'elenco delle competenze dell'OSS sono già il nostro lavoro, inutile sottolinearle con una crocetta in una scheda di attività”*; *“A mio avviso per ogni attività vengono riportate troppe voci che a volte fanno confusione”*.

Tali commenti sottolineano l'importanza di raccogliere i suggerimenti e apportare le opportune modifiche ritenute necessarie da chi ha utilizzato la scheda, informare in maniera più dettagliata il personale coinvolto sugli obiettivi di tale scheda e porre l'attenzione sull'importanza che tutti i professionisti conoscano il proprio e l'altrui profilo professionale.

## **6.CONCLUSIONE**

La figura dell'Operatore Socio Sanitario rappresenta una importante risorsa per l'organizzazione dell'assistenza, sia in ambito sociale che sanitario, al fine di assicurare risposte adeguate ai sempre più complessi bisogni della persona assistita.

L'operato degli OSS viene, purtroppo, dato ancora per scontato, nonostante questa figura indispensabile per l'assistenza sia di fondamentale importanza e non nuova nella sua nascita.

Fatta eccezione per poche realtà territoriali quali le RSA, non esistono in letteratura documenti simili attualmente in utilizzo in reparti per acuti: il progetto pilota e la sperimentazione dello strumento hanno permesso di evidenziare l'importanza di documentare attività di assistenza di base che non possono essere eluse dal piano terapeutico.

Inoltre è essenziale che la comunicazione/trasmisione di informazioni all'interno delle Unità Operative avvenga in modo formale ed ufficialmente riconosciuto, al fine di non perdere alcun tipo di nozioni. La tendenza è quella di registrare le attività delle persone non autonome, quando si è più volte riscontrato che anche i ricoverati autonomi possono purtroppo incorrere in peggioramenti, per cui è indispensabile avere anche un dettagliato accertamento iniziale. La scheda è stata utilizzata e sperimentata da un unico team assistenziale e su un piccolo numero di operatori: l'applicazione contestuale in altre unità operative di area medica generale avrebbe consentito di rilevare ulteriori spunti di miglioramento per l'applicabilità dello strumento.

I risultati ottenuti hanno messo in evidenza che uno strumento simile è riconosciuto utile dalla gran parte del personale che lo ha utilizzato: indispensabile ascoltare i dubbi sopraggiunti, al fine di migliorare e superare i limiti rilevati nella sperimentazione.

Soprattutto ascoltare coloro che hanno evidenziato un aumento del carico di lavoro per la sua compilazione, al fine di snellirla, ottimizzarne le voci da registrare e renderla più fruibile per tutti.

Il questionario di valutazione ha evidenziato che gli obiettivi prefissati dall'elaborato di tesi sono stati raggiunti: gli OSS infatti si sentono soddisfatti nell'avere uno strumento che possa riportare e dare visibilità alle loro attività e che possa essere utilizzato sia come facilitatore per l'organizzazione del lavoro, sia per la formazione di aspiranti colleghi.

## **6.IMPLICAZIONI PER LA PRATICA**

La sperimentazione di uno strumento con la medesima struttura, adeguatamente modificato, potrebbe essere proposta in tutte le Unità Operative dove la figura dell'OSS è presente. La scheda, opportunamente adattata, può trovare utilità anche in area chirurgica. Al fine di permettere una larga diffusione, potrebbero essere previsti circoli di lettura/corsi di formazione nei quali le figure professionali possono mettere a confronto i propri profili, così da confrontare e mettere in luce i differenti ambiti di operato.

## BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

-Accordo Stato-Regione febbraio 2001, FNOPI, recuperato il 23 giugno da

[https://www.fnopi.it/archivio\\_news/leggi/175/ACC220201.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/leggi/175/ACC220201.pdf)

-Accordo Stato-Regione gennaio 2003, FNOPI, recuperato il 25 giugno 2022 da

<https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/ACC160103.pdf>

-Benci, – L'operatore socio sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica.- Rivista di diritto delle professioni sanitarie, n.2/2001

- Carboni, L. & Malatesta, A. & Piga, S. - Il manuale per OSS operatore socio sanitario.- Terza Edizione, Napoli, 2019, EdiSES, Cap.1 pp. 3 - 11

-Centro papa Giovanni XXIII 2022. Corso di qualifica professionale - OPERATORE SOCIO SANITARIO, recuperato 21 ottobre 2022 da <https://formazione.centropapagiovanni.it/>

-Codice Civile Art. 1228 'responsabilità per fatto degli ausiliari', recuperato 1 luglio 2022 da

[https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=1228&art.versione=1&art.codiceRedazionale=042U0262&art.dataPubblicazioneGazzetta=1942-04-](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=1228&art.versione=1&art.codiceRedazionale=042U0262&art.dataPubblicazioneGazzetta=1942-04-04&art.idGruppo=151&art.idSottoArticolo1=10&art.idSottoArticolo=1&art.flagTipoArticolo=2)

[04&art.idGruppo=151&art.idSottoArticolo1=10&art.idSottoArticolo=1&art.flagTipoArticolo=2](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=284&art.flagTipoArticolo=2&art.codiceRedazionale=042U0262&art.idArticolo=2232&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1942-0404&art.progressivo=0)

& Art. 2232 'Esecuzione dell'Opera', recuperato il 1 luglio 2022 da

[https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=284&art.flagTipoArticolo=2&art.codiceRedazionale=042U0262&art.idArticolo=2232&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1942-](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=284&art.flagTipoArticolo=2&art.codiceRedazionale=042U0262&art.idArticolo=2232&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1942-0404&art.progressivo=0)

[0404&art.progressivo=0](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=284&art.flagTipoArticolo=2&art.codiceRedazionale=042U0262&art.idArticolo=2232&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1942-0404&art.progressivo=0)

- Costituzione Italiana: Art.2 'principio del rispetto della persona umana nella sua totalità' e

Art. 32 'diritto della salute e quindi alla integrità psico fisica', recuperato il 5 luglio 2022 da

[https://www.cortecostituzionale.it/documenti/download/pdf/Costituzione\\_della\\_Repubblica\\_italiana.pdf](https://www.cortecostituzionale.it/documenti/download/pdf/Costituzione_della_Repubblica_italiana.pdf)

-DDL S 2071 "Riordino del profilo professionale e della formazione dell'operatore sociosanitario", del gennaio 2021, recuperato il 5 settembre 2022 da

<https://www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/Ddliter/53661.htm>

-Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 986, del 8 giugno 2001, recuperato il 3 agosto 2022 da [https://bur.regione.emilia-romagna.it/archivio/inserzione?anno=2001&prog\\_documento=1&num\\_boll=95](https://bur.regione.emilia-romagna.it/archivio/inserzione?anno=2001&prog_documento=1&num_boll=95)

-Delibera di Giunta Regionale del Veneto n. 650 1 giugno 2022, 'Formazione complementare in assistenza sanitaria dell'Operatore Socio Sanitario', recuperato il 25 agosto da [https://www.regione.veneto.it/documents/10793/13642373/DGR+650\\_2022.pdf/e523473576ea-4641-a087-da849a415270](https://www.regione.veneto.it/documents/10793/13642373/DGR+650_2022.pdf/e523473576ea-4641-a087-da849a415270)

-Decreto Ministeriale 739/94, 'Profilo Professionale dell'Infermiere', recuperato il 17 giugno 2022 da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg>

-legge 251 del 2000 Art. 1 "Disciplina delle professioni sanitarie" recuperato il 23 luglio 2022 da <https://www.parlamento.it/parlam/leggi/002511.htm>

-legge 42 del 26 febbraio 1999, 'disposizione in materia di professioni sanitarie', recuperata il 2 luglio 2022 da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/03/02/099G0092/sq>

-legge n.833 del 23 dicembre 1978 Art.1 , 'Istituzione del SSN', recuperata il 23 agosto 2022 da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>

-Gaudio, R.M. -l'OSS può documentare le attività che svolge?- forum del sito OSS news magazine, recuperato il 3 giugno 2022 da <https://www.operatoresociosanitario.net/forum-oss/infermiere-e-operatore-sociosanitario/1215-l-o-s-s-puo-documentare-le-attivit-che-svolge>

## **ALLEGATI**

Allegato 1 'Scheda attività di supporto-assistenza diretta alla persona'

Allegato 2 'questionario di gradimento'

**SCHEDA ATTIVITA' DI SUPPORTO: ASSISTENZA DIRETTA ALLA PERSONA**

<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px;">                     COGNOME NOME                       N° LETTO                 </div>	----/----/-----					
	MATTINA		POMERIGGIO		NOTTE	
	eseguita ATTIVITA'	SIGLA	eseguita ATTIVITA'	SIGLA	eseguita ATTIVITA'	SIGLA
<b>ATTIVITA'</b>						
<b>IGIENE E COMFORT</b>						
Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente <input type="checkbox"/>						
Rifacimento letto	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Igiene intima						
Igiene parziale (viso, tronco ecc)						
Bagno a letto/doccia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Igiene cavo orale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Igiene protesi dentaria	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Altro (es. barba, lavaggio capelli)						
<b>CUTE</b>						
Ispezione della cute	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Integra	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Arrossamenti	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Lesioni da pressione	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Altro (es. skin tears, ematomi)						
<b>MOBILIZZAZIONE</b>						
Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente <input type="checkbox"/>						
Posturato a letto						
Seduto sul letto						
Seduto in poltrona						
Aiuto per deambulazione						
Presente MAD	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

<b>ALIMENTAZIONE</b>						
Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente <input type="checkbox"/>						
<b>Tipologia dieta</b>						
<b>Digiuno da prescrizione</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Nutrizione artificiale</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Aiuto per assunzione pasti/liquidi</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Cibo assunto a colazione</b>		tutto <input type="checkbox"/> quasi tutto <input type="checkbox"/> metà <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> nulla <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/>				
<b>Cibo assunto a pranzo</b>		tutto <input type="checkbox"/> quasi tutto <input type="checkbox"/> metà <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> nulla <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/>				
<b>Cibo assunto a cena</b>				tutto <input type="checkbox"/> quasi tutto <input type="checkbox"/> metà <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> nulla <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/>		
<b>ELIMINAZIONE</b>						
Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente <input type="checkbox"/>						
<b>Accompagnato in bagno</b>						
<b>Sedia/comoda</b>						
<b>Padella/pappagallo</b>						
<b>Cambio pannolone</b>						
<b>Controllo condom</b>		<input type="checkbox"/>				
<b>Controllo sacca urine</b> (es. stato riempimento, caratteristiche urine)						
<b>Controllo stomia</b> (es. cambio sacca, igiene cute peristomale)						
<b>ANNOTAZIONI</b>						
<b>VISTO INFERMIERE RESPONSABILE</b>						





Progetto "SCHEDA ATTIVITA' DI SUPPORTO: ASSISTENZA DIRETTA ALLA PERSONA"

QUESTIONARIO

per INFERMIERE

Gentile Collega

Ti chiediamo gentilmente di leggere le affermazioni che seguono e di esprimere il tuo giudizio riguardo al progetto "SCHEDA ATTIVITA' DI SUPPORTO: ASSISTENZA DIRETTA ALLA PERSONA". Per ogni affermazione indica con una crocetta (X) la valutazione che meglio rappresenta la tua opinione. Il questionario è del tutto anonimo. Dopo averlo compilato, ti preghiamo di restituirlo al Coordinatore Infermieristico. Grazie per la tua preziosa collaborazione.

<p><b>Ritengo che la scheda sia uno strumento utile per documentare e dare visibilità alle attività svolte dall'OSS</b></p> <p><input type="checkbox"/> completamente d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> indeciso</p> <p><input type="checkbox"/> in disaccordo</p> <p><input type="checkbox"/> completamente in disaccordo</p>	<p><b>Ho percepito una maggiore soddisfazione di pazienti, familiari caregivers per la qualità dell'assistenza erogata</b></p> <p><input type="checkbox"/> completamente d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> indeciso</p> <p><input type="checkbox"/> in disaccordo</p> <p><input type="checkbox"/> completamente in disaccordo</p>
<p><b>Ritengo che la scheda sia una guida per la pianificazione e l'organizzazione delle attività dell'OSS</b></p> <p><input type="checkbox"/> completamente d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> indeciso</p> <p><input type="checkbox"/> in disaccordo</p> <p><input type="checkbox"/> completamente in disaccordo</p>	<p><b>Ritengo che la scheda sia uno strumento molto utile nell'addestramento dei tirocinanti OSS</b></p> <p><input type="checkbox"/> completamente d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> indeciso</p> <p><input type="checkbox"/> in disaccordo</p> <p><input type="checkbox"/> completamente in disaccordo</p>
<p><b>Ritengo che la scheda migliori la comunicazione e la collaborazione con gli OSS</b></p> <p><input type="checkbox"/> completamente d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> indeciso</p> <p><input type="checkbox"/> in disaccordo</p> <p><input type="checkbox"/> completamente in disaccordo</p>	<p><b>Ritengo che la compilazione della scheda sia sostenibile e non aumenti il carico di lavoro</b></p> <p><input type="checkbox"/> completamente d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> indeciso</p> <p><input type="checkbox"/> in disaccordo</p> <p><input type="checkbox"/> completamente in disaccordo</p>

<p>Ritengo che la scheda debba essere parte integrante della cartella infermieristica perché contribuisce alla qualità della documentazione assistenziale</p> <p><input type="checkbox"/> completamente d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> indeciso</p> <p><input type="checkbox"/> in disaccordo</p> <p><input type="checkbox"/> completamente in disaccordo</p>	<p>Il mio giudizio personale sulla scheda dopo il periodo di sperimentazione:</p> <p><input type="checkbox"/> da adottare così come sperimentata</p> <p><input type="checkbox"/> necessita di modifiche per l'adozione</p> <p><input type="checkbox"/> non è indicata nel nostro contesto</p>
<p>Se hai riscontrato problematiche, se hai suggerimenti in merito a modifiche della scheda, azioni correttive e ad ogni altro aspetto riguardante il progetto e per ogni considerazione tu ritenga opportuna, ti preghiamo di utilizzare le righe seguenti: ogni tua segnalazione sarà un contributo molto importante.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>NEL COMPLESSO, QUANTO SEI SODDISFATTO DELL'UTILIZZO DI QUESTO STRUMENTO?</b></p> <p>da 1= "insoddisfatto" a 5 = "completamente soddisfatto"</p> <p style="text-align: center;"><b>1 2 3 4 5</b></p>

Grazie per la collaborazione



Progetto "SCHEDA ATTIVITA' DI SUPPORTO: ASSISTENZA DIRETTA ALLA PERSONA"

QUESTIONARIO

per OPERATORE DI SUPPORTO

Gentile Collega

Ti chiediamo gentilmente di leggere le affermazioni che seguono e di esprimere il tuo giudizio riguardo al progetto "SCHEDA ATTIVITA' DI SUPPORTO: ASSISTENZA DIRETTA ALLA PERSONA". Per ogni affermazione indica con una crocetta (X) la valutazione che meglio rappresenta la tua opinione. Il questionario è del tutto anonimo. Dopo averlo compilato, ti preghiamo di restituirlo al Coordinatore Infermieristico. Grazie per la tua preziosa collaborazione.

<p>Ritengo che la scheda sia uno strumento utile per documentare e dare visibilità alle attività che svolgo</p> <p><input type="checkbox"/> completamente d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> indeciso</p> <p><input type="checkbox"/> in disaccordo</p> <p><input type="checkbox"/> completamente in disaccordo</p>	<p>Ho percepito una maggiore soddisfazione di pazienti, familiari caregivers per la qualità dell'assistenza erogata</p> <p><input type="checkbox"/> completamente d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> indeciso</p> <p><input type="checkbox"/> in disaccordo</p> <p><input type="checkbox"/> completamente in disaccordo</p>
<p>Ritengo che la scheda sia una guida per la pianificazione e l'organizzazione delle mie attività</p> <p><input type="checkbox"/> completamente d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> indeciso</p> <p><input type="checkbox"/> in disaccordo</p> <p><input type="checkbox"/> completamente in disaccordo</p>	<p>Ritengo che la scheda sia uno strumento molto utile nell'addestramento dei tirocinanti OSS</p> <p><input type="checkbox"/> completamente d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> indeciso</p> <p><input type="checkbox"/> in disaccordo</p> <p><input type="checkbox"/> completamente in disaccordo</p>
<p>Ritengo che la scheda migliori la comunicazione e la collaborazione con gli infermieri</p> <p><input type="checkbox"/> completamente d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> indeciso</p> <p><input type="checkbox"/> in disaccordo</p>	<p>Ritengo che la compilazione della scheda sia sostenibile e non aumenti il carico di lavoro</p> <p><input type="checkbox"/> completamente d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> d'accordo</p> <p><input type="checkbox"/> indeciso</p> <p><input type="checkbox"/> in disaccordo</p> <p><input type="checkbox"/> completamente in disaccordo</p>

<input type="checkbox"/> completamente in disaccordo	
<p><b>Ritengo che la scheda debba essere parte integrante della cartella infermieristica perché contribuisce alla qualità della documentazione assistenziale</b></p> <input type="checkbox"/> completamente d'accordo <input type="checkbox"/> d'accordo <input type="checkbox"/> indeciso <input type="checkbox"/> in disaccordo <input type="checkbox"/> completamente in disaccordo	<p><b>Il mio giudizio personale sulla scheda dopo il periodo di sperimentazione:</b></p> <input type="checkbox"/> da adottare così come sperimentata <input type="checkbox"/> necessita di modifiche per l'adozione <input type="checkbox"/> non è indicata nel nostro contesto
<p><b>Se hai riscontrato problematiche, se hai suggerimenti in merito a modifiche della scheda, azioni correttive e ad ogni altro aspetto riguardante il progetto e per ogni considerazione tu ritenga opportuna, ti preghiamo di utilizzare le righe seguenti: ogni tua segnalazione sarà un contributo molto importante.</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>NEL COMPLESSO, QUANTO SEI SODDISFATTO DELL'UTILIZZO DI QUESTO STRUMENTO?</b></p> <p>da 1= "insoddisfatto" a 5 = "completamente soddisfatto"</p> <p style="text-align: center;"><b>1 2 3 4 5</b></p>

Grazie per la collaborazione