

TERAPIA E COMPETENZE

Operatore socio-sanitario e somministrazione

> di MASSIMO PADERNO* - ERMELLINA ZANETTI **

I SERVIZI SOCIO-SANITARI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA, ED IN PARTICOLARE LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA), SONO DA ALCUNI ANNI CHIAMATI A FARSI CARICO DI UN'UTENZA CARATTERIZZATA NON SOLO DA UN'ETÀ SEMPRE PIÙ AVANZATA E DA ELEVATI LIVELLI DI DISABILITÀ, MA ANCHE DA UNA CRESCENTE COMPLESSITÀ ED INSTABILITÀ DELLE CONDIZIONI CLINICHE.

SONO ben note le ragioni di questa evoluzione della domanda: l'aumento della speranza di vita, del quale beneficiano - in virtù dei progressi della medicina - anche persone affette da gravi patologie croniche; la capacità da parte dei nuclei familiari di far fronte - grazie alle migliorate condizioni di reddito e soprattutto alla disponibilità di personale di assistenza privata a domicilio (le cosiddette "badanti") - a situazioni gravate da un minor livello di instabilità clinica (Guaita, 2001); le profonde trasformazioni che hanno investito l'ospedale, riducendone le capacità di garantire non solo una

funzione "assistenziale", talvolta impropria, storicamente esercitata nei confronti degli anziani, ma spesso perfino la necessaria stabilizzazione clinica (Capasso, 1999; Savini, 1999).

Una simile evoluzione della domanda era in buona parte prevista dalla normativa nazionale istitutiva delle Residenze Sanitarie Assistenziali (D.P.C.M. del 22 dicembre 1989) quale presidio della rete dell'"Assistenza Geriatrica", fortemente collegato con le strutture ospedaliere, ed è stata affrontata in termini più concreti dalla Regione Lombardia, che ha sancito per queste strutture residenziali l'obbligo-

rietà di un'autonoma organizzazione sanitaria (D.G.R. n 7435 del 14 dicembre 2001). Questo riconoscimento normativo e "culturale", tuttavia, non ha impedito che le RSA restassero "ai margini" del sistema sanitario, con difficoltà crescenti non solo a reperire le figure sanitarie (data la grave carenza di queste figure, in particolare degli infermieri, sul mercato del lavoro), ma anche a garantire loro lo stesso riconoscimento (economico e di status) della Sanità.

I problemi posti alle RSA dall'aumento dei bisogni sanitari non sono però solo di natura "quantitativa", non sono cioè risolvibili grazie al "parallelo" aumento delle prestazioni sanitarie reso possibile dall'incremento numerico di figure professionali che operano con modelli mutuati dalla medicina clinica. I bisogni specifici degli anziani "fragili" ospiti delle RSA - con il loro bagaglio di polipatologia, di disabilità e di instabilità clinico e funzionale - postulano un nuovo modello di assistenza integrata: un modello capace di promuovere autonomia e benessere coniugando la gestione delle attività della vita quotidiana e la presa in carico complessiva della vita della persona all'interno della RSA (la care) che vede proprio nell'ausiliario socio-assistenziale -ASA- l'attore principale con la gestione delle fluttuazioni cliniche e delle riacutizzazioni delle malattie croniche (le cure) (Senin, 1999). Il modello di assistenza che si è andato faticosamente costruendo nelle nostre strutture chiede agli infermieri - accanto ed oltre le competenze tecniche - crescenti capacità di coordinamento e di guida del gruppo di lavoro e, al tempo, stesso presuppone una crescita complessiva delle competenze sanitarie di tutta l'équipe ed in particolare di quegli operatori - (gli ASA) - che ne costituiscono la figura di base.

In questo scenario si colloca l'istituzione da parte del Ministero della Sanità, in



accordo con la Conferenza Stato-Regioni, della figura dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) (Conferenza Stato-Regioni, 2001), e la possibilità di riconvertire a questa nuova figura gli operatori di base delle RSA, gli ausiliari socio-assistenziali. L'OSS ha rappresentato e rappresenta per le RSA un'opportunità - senz'altro parziale, non priva di limiti e di ambiguità, ma concreta - per affrontare una situazione particolarmente complessa. Analizzando la storia della figura dell'Operatore Socio Sanitario possiamo considerare che era in origine pensata per uniformare sul territorio nazionale il profilo e la formazione degli operatori "di supporto" che nelle diverse Regioni avevano denominazioni (ASA, OSA, ADB, ADEST...), profili e percorsi formativi diversi. Subito dopo l'approvazione del profilo nel gennaio 2001 la concomitante carenza di infermieri da un lato e i mutati bisogni degli utenti di alcuni servizi, in particolare delle Residenze Sanitarie Assistenziali, hanno innescato un corto circuito formativo che, in particolare in alcune Regioni (Lombardia e Veneto tra le prime), ha messo sul mercato con circa 200 ore di formazione teorico pratica (rispetto alle 1200 previste dal profilo) i primi OSS riqualificando gli Ausiliari Socio Sanitari in servizio da almeno tre anni e che avevano ottenuto la qualifica di ASA con un corso di almeno 600 ore teorico pratiche. La formazione degli OSS è successivamente proseguita su due binari, quello della riqualifica degli ASA e quello rivolto agli studenti che avevano terminata l'istruzione di base obbligatoria. La formazione è stata affidata alle agenzie formative regionali (centri di formazione professionali) che si convenzionavano con le aziende ospedaliere e le aziende sanitarie locali per il tirocinio. La Regione Lombardia ha provveduto al monitoraggio dei percorsi formativi ed è emersa una sostanziale divergenza di contenuti, di ore dedicate alle diverse discipline e alla durata dei singoli tirocini. Il risultato è quello di un operatore che forse ha qualche nozione in più, spesso troppo clinica, ma ancora troppo disomogenea e parcellizzata è la sua formazione e spesso le strutture che lo inseriscono con le competenze e le mansioni previste dal

TABELLA 1: UTILIZZO DI UNA PROCEDURA PER VALUTARE LE CAPACITÀ DELL'OSS NELLA PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA ENTERALE

Chi prepara e somministra la terapia	É adottata una procedura per valutare la capacità dell'OSS nella preparazione e somministrazione della terapia enterale?									
	non risponde		si, una procedura scritta		si, esiste una prassi non scritta		no		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%		
Infermiere prepara e OSS somministra			2	50%	1	25%	1	25%	4	20%
L'OSS prepara e somministra durante la notte o in assenza dell'infermiere					1	50%	1	50%	2	10%
L'infermiere caso per caso affida la terapia enterale all'OSS							2	100%	2	10%
L'infermiere caso per caso affida la somministrazione della terapia enterale all'OSS	3	25%	2	17%	5	42%	2	17%	12	60%
Totale	3	15%	4	20%	7	35%	6	30%	20	100%

profilo devono prevedere un ulteriore periodo di addestramento/inserimento (Zanetti, 2004). Nel 2003 la Conferenza Stato-Regioni ha definito l'istituzione di un percorso di formazione complementare per l'OSS. In particolare, la maggiore formazione era finalizzata all'attribuzione all'OSS della terapia farmacologia, suscitando tra gli infermieri dubbi, perplessità e resistenze. La delibera della Regione Lombardia numero VIII/ 005101 del 18 luglio 2007 ha apportato alcune importanti novità rispetto al profilo dell'OSS e attribuisce all'OSS l'attività di somministrazione della terapia enterale, superando il ruolo di sola collaborazione previsto dalla normativa precedente (D. R. G. Regione Lombardia numero VII 5428 del 06.07.2001). Questo cambiamento dovrà essere affrontato e gestito in particolare dagli infermieri che avranno il compito sia di creare le condizioni organizzative, affinché gli OSS possano con sicurezza e competenza somministrare la terapia enterale, sia di valutare la competenza dei singoli operatori. Gli infermieri, abituati a "lavorare da soli", dovranno familiarizzare con il processo di attribuzione dei compiti, valutando, di situazione in situazione, l'opportunità o meno di attribuire all'OSS la sommini-

strazione della terapia enterale, in relazione all'accertamento e alla definizione dei bisogni assistenziali di ogni singolo utente a della pianificazione dell'assistenza di cui l'infermiere rimane l'unico responsabile. L'autonomia decisionale in merito a quali utenti l'OSS può somministrare i farmaci è, infatti, solo dell'infermiere. La somministrazione della terapia non richiede solo abilità manuale, che potrebbe evidenziare solo l'aspetto esecutivo, ma comprende approfondite ed integrate conoscenze teoriche che coinvolgono anche la sfera psicomotoria: coordinamento, osservazione, comunicazione (Cantarelli, 1998). La somministrazione della terapia richiede, infatti, la comprensione della prescrizione, la conoscenza dei principali farmaci in relazione alle loro modalità di somministrazione, preparazione e conservazione, la corretta preparazione e somministrazione (in particolare in presenza di più farmaci da somministrare allo stesso utente) e il controllo di eventuali effetti collaterali. Ciò configura la somministrazione della terapia come un'attività complessa che le particolari condizioni di fragilità degli utenti di una RSA possono ulteriormente rendere complessa. La somministrazione della terapia in queste strutture si

TABELLA 2: REGISTRAZIONE DELLA TERAPIA

Dove è registrata la terapia prescritta?	n°	%
Cartella clinica e successivamente sulla scheda di terapia	32	76%
Direttamente sulla scheda di terapia	8	19%
Non risponde	2	5%
Totale	42	100%

configura tutt'altro che di routine e richiede specifiche competenze. La possibilità di affidare la somministrazione della terapia enterale agli OSS, opportunamente preparati, deve dunque rimanere una scelta basata sulla valutazione delle competenze e della complessità e richiede l'adozione di modelli organizzativi ad hoc. Certamente ciò può rappresentare per l'infermiere sia un percorso di crescita professionale sia un'opportunità per ottimizzare la propria attività a favore delle situazioni assistenziali più complesse e difficili, peraltro oggi tutt'altro che rare in RSA.

Indagine conoscitiva in 40 RSA lombarde

Per valutare come attualmente all'interno delle RSA lombarde è organizzata la somministrazione della terapia agli ospiti e, in particolare, quali sono i compiti attribuiti dagli infermieri agli OSS e quali sono le modalità di controllo e valutazione si è realizzata una ricerca mediante la somministrazione di un questionario che ha indagato:

- l'organizzazione in atto rispetto all'attività di somministrazione della terapia enterale;
- le procedure utilizzate per valutare le abilità e le conoscenze dell'OSS relati-

vamente alla terapia enterale;

- le procedure poste in atto per ridurre le fonti o la possibilità di errore nella preparazione e somministrazione della terapia enterale.

Alla ricerca hanno partecipato volontariamente 40 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) di 6 province lombarde. Una RSA ha compilato 3 questionari, uno per ciascun nucleo in cui è articolata e pertanto i questionari considerati per l'analisi dei dati sono in totale 42. Delle 40 RSA, 32 hanno meno di 120 posti letto, 6 RSA hanno un numero di posti letto compreso fra 120 e 200, 1 RSA ha più di 200 posti letto e 1 RSA ha oltre 300 posti letto.

La compilazione del questionario è stata eseguita per la totalità da infermieri di cui il 55% con la qualifica di infermiere, il 34% con l'abilitazione a funzioni direttive e l'11% con qualifica di master di 1 livello (1 infermiere con master in area geriatrica e 3 con master in coordinamento).

Preparazione e somministrazione della terapia: il ruolo dell'OSS tra dubbi e incertezze

La preparazione e somministrazione della terapia è un'attività svolta dall'infermiere nel 57% delle RSA del campione. Nelle 20 RSA (43%) dove la terapia enterale è eseguita dall'infermiere e dal-

l'OSS (in tre RSA solo occasionalmente e in 17 come prassi), nell'80% dei casi è l'infermiere a preparare la terapia che viene poi somministrata dall'OSS. In particolare: in 4 RSA (20%) è prassi che l'infermiere prepari e l'OSS somministri, in 12 RSA (60%) è l'infermiere che di volta in volta decide se avvalersi della cooperazione dell'OSS nella somministrazione, in 2 RSA (10%) l'OSS si occupa della terapia enterale durante la notte e in altrettante RSA l'infermiere decide di volta in volta se affidare sia la preparazione sia la somministrazione della terapia enterale all'OSS.

L'affidamento dell'attività di somministrazione della terapia enterale (più raramente di preparazione) avviene in situazioni di emergenza o per terapie di routine (40% delle RSA). Solo nel 20% delle RSA (3 strutture) l'infermiere affida l'attività di terapia enterale all'OSS valutandone preventivamente le capacità di garantire sicurezza nell'esecuzione.

Nel 30% delle strutture non è in uso alcuna prassi condivisa per valutare le abilità dell'OSS nella preparazione e somministrazione della terapia enterale (tabella 1 a pagina 38) Il 35% delle RSA dichiara di utilizzare una procedura non scritta e solo 4 RSA (20%) adottano una procedura scritta; altrettante RSA dichiarano di disporre di una procedura scritta per valutare le capacità dell'OSS nella somministrazione della terapia, sebbene dichiarino che è solo l'infermiere a preparare e somministrare la stessa.

In particolare, nelle RSA dove è prassi che l'infermiere prepari e l'OSS somministri è adottata una valutazione delle capacità dell'OSS in 3 strutture su 4 e in due casi la procedura di valutazione è scritta.

Nelle 3 RSA in cui l'infermiere dichiara di affidare l'attività di preparazione e somministrazione della terapia enterale solo "se ritiene che l'OSS sia in grado di svolgere l'attività con sicurezza", solo in una è presente una procedura di valutazione scritta.

Nelle 20 RSA dove la terapia enterale è svolta dall'infermiere e dall'OSS solo in 6 (30%) è prassi la registrazione dell'avvenuta somministrazione. In particolare nelle 4 RSA dove l'attività della terapia è

TABELLA 3: REGISTRAZIONE DELL'AVVENUTA SOMMINISTRAZIONE E FIRMA DELL'ESECUTORE

Registrazione di avvenuta somministrazione della terapia prescritta	Firma di chi somministra							
	non risponde		sì		no		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
non risponde	1	33%			2	67%	3	7%
sì			7	70%	3	30%	10	24%
no	3	10%			26	90%	29	69%
Totale	4	9%	7	17%	31	74%	42	100%

TABELLA 4: ASSOCIAZIONE TRA PIÙ PROCEDURE CHE AUMENTANO LA SICUREZZA NELLA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA

Registrazione dell'avvenuta somministrazione	esistenza di procedure in caso di dubbi							
	non risponde		sì		no		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
non risponde	1	33%			2	67%	3	7%
sì			6	60%	4	40%	10	24%
no			2	7%	27	93%	29	69%
Totale	1	2%	8	19%	33	79%	42	100%

interamente affidata all'OSS (situazioni di emergenza, durante la notte, se lo decide l'infermiere) solo in una RSA è prevista la firma dell'avvenuta somministrazione. Anche nelle 8 RSA che adottano una procedura scritta per valutare le abilità dell'OSS nella somministrazione della terapia solo 2 richiedono la registrazione dell'avvenuta somministrazione.

La gestione della terapia in RSA: la questione della sicurezza

Gli errori nella somministrazione della terapia sono tra le prime cause di eventi avversi all'interno dei servizi sanitari. Secondo la definizione proposta dal National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, per "errore di terapia" si intende ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente. Tale episodio può essere dovuto ad errore di prescrizione, di trasmissione della prescrizione, etichettatura, confezionamento o denominazione, allestimento, dispensazione, distribuzione, somministrazione, educazione, monitoraggio ed uso. Lo studio dell'errore umano non deve concentrarsi esclusivamente sulle capacità dell'operatore, ma deve interessare la progettazione del sistema nel suo complesso. (Moray, 1994; Vincent, 1993). Nelle RSA del campione la prescrizione della terapia da parte del medico è nel 55% dei casi per iscritto (23 RSA) e nel 43% (18 RSA) oralmente o telefonicamente. Certamente non essendo prevista dagli standard regionali la presenza del medico sulle 24 ore l'utilizzo, sebbene

discusso, della prescrizione per telefono in un numero elevato di strutture non stupisce.

Una tra le procedure riconosciute quale concausa di possibili errori di somministrazione della terapia è la trascrizione delle prescrizioni: maggiore è il numero di passaggi, maggiore è il rischio di errore. Nella maggior parte delle strutture (76%) è adottata la trascrizione dalla cartelle clinica alla scheda di terapia (Tabella 2 a pagina 39).

La sicurezza deriva dalla capacità di creare sistemi che sono in grado di diminuire le probabilità che vengano commessi degli errori (prevenzione), e di attenuare gli effetti degli errori che comunque si verificano (protezione). (Mills, 1995; Andrews, 1997).

E' quindi necessario creare un ambiente in cui sia condivisa la responsabilità di segnalare gli errori, elaborare delle strategie per la diffusione delle conoscenze, dei protocolli e delle procedure e fare interventi di formazione dei professionisti sulle specifiche tematiche.

Una procedura di sicurezza consigliata anche per responsabilizzare chi somministra la terapia è la registrazione dell'av-

venuta somministrazione e l'apposizione della firma (o della sigla) di chi l'ha somministrata. Nel 24% delle RSA del campione è adottata una procedura di registrazione dell'avvenuta somministrazione della terapia prescritta che nel 70% dei casi prevede anche la firma di colui che l'ha somministrata (Tabella 3 a pagina 39). Nel 70% delle RSA la registrazione avviene direttamente sulla scheda di terapia e nel 30% sul quaderno della consegna.

Si è notata una associazione virtuosa all'utilizzo di più procedure che aumentano la sicurezza e responsabilizzano i professionisti nell'attività di somministrazione della terapia: le strutture dove si registra l'avvenuta somministrazione della terapia, utilizzano anche procedure scritte in caso di dubbi sulla prescrizione (Tabella 4 in alto).

L'indagine ha anche evidenziato comportamenti potenzialmente pericolosi: nel 24% delle RSA la terapia è preparata con largo anticipo (da 8 a 16 ore prima) e nel 45% dei casi sono persone diverse che preparano e somministrano. Nel 68% delle RSA dove sono persone diverse che preparano e somministrano la terapia, non si effettua la registrazione dell'avvenuta somministrazione (Tabella 5 in basso).

Lo sviluppo delle competenze: indicazioni operative

Sulla base dei dati emersi dalla ricerca e sulle riflessioni scaturite dai risultati, emerge l'importanza di un percorso formativo di base volto ad un continuo miglioramento delle competenze dell'OSS. E' fondamentale che questa figura acquisisca conoscenze di base specifiche

TABELLA 5: PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA E REGISTRAZIONE

La stessa persona prepara e somministra	Registrazione dell'avvenuta somministrazione della terapia prescritta							
	non risponde		sì		no		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
non risponde	2	100%					2	5%
sì	1	5%	4	19%	16	76%	21	50%
no			6	32%	13	68%	19	45%
Totale	3	7%	10	24%	29	69%	42	100%



per il proprio ruolo, abilità tecniche e capacità relazionali necessarie ad instaurare una relazione di aiuto fondata sulla fiducia e la stima reciproca che passano attraverso la conoscenza di sé, dei propri limiti e potenzialità.

Oltre alla formazione di base, anche per gli OSS diventa importante la formazione permanente, attraverso incontri specifici, per esempio, sulla gestione della terapia enterale nei diversi contesti assistenziali o in utenti con particolari problemi clinici. La formazione deve essere pianificata sulla scorta dei bisogni formativi presenti nella realtà operativa e delle criticità emerse nella pratica assistenziale; essa deve diventare elemento vitale dell'organizzazione di qualsiasi RSA e strutturata nella logica del miglioramento della qualità assistenziale e della prevenzione dei rischi. Strumenti utili al raggiungimento di questi obiettivi possono essere i protocolli operativi specifici, in particolare sulla gestione della terapia enterale. Essi dovrebbero essere il frutto di un percorso di formazione ed integrazione fra OSS ed infermieri e non "calati dall'alto". All'interno del protocollo dovrebbero essere definite, nello specifico, le azioni attribuite alle diverse figure dell'equipe; il protocollo potrebbe essere integrato da una scheda in cui rilevare chi prepara e chi somministra i farmaci, al fine di aumentare il livello

di sicurezza e ridurre il margine dei possibili errori.

La strategia per migliorare passa necessariamente attraverso un percorso di conoscenza che presuppone un confronto libero da pregiudizi, sia da parte dell'OSS sia da parte dell'infermiere. In questo senso la "formazione sul campo", il lavorare insieme su obiettivi comuni (come la gestione sicura dei farmaci), in una RSA, può diventare l'elemento che favorisce l'integrazione, e che permette di offrire un servizio migliore.

Fondamentale il ruolo dell'infermiere coordinatore cui spetta il non facile compito di creare le condizioni affinché possano coesistere nell'organizzazione il rispetto delle competenze, l'integrazione e la soddisfazione dei bisogni degli utenti cui devono essere garantiti interventi sicuri ed efficaci.

*** Master Universitario di 1° livello in "Management Infermieristico per le funzioni di coordinamento" Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" - Roma**

**** Associazione Italiana Operatori Cure Continuative - Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia**

BIBLIOGRAFIA

- Andrews LB, Stocking C, Krizek T et al. (1997) An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet*; 349: 309-331.
- Cantarelli M. (1998) Il modello delle prestazioni infermieristiche, Masson Milano.
- Capasso S. et al (1999) Durata della degenza ospedaliera in pazienti anziani con patologie clinicamente instabili negli anni 1991-1995 (studio GIFA). *Giornale di Gerontologia*; 47, 235.
- Conferenza Stato-Regioni: Schema di Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione. 22 febbraio 2001.
- Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 22.12.1989: "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni e Province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti, non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali." Delibera della Giunta Regionale Lombardia N° VII 5428 del 2001 "Individuazione della Figura e del profilo professionale dell' Operatore Socio Sanitario".
- Delibera della giunta Regionale Lombardia N° VIII/005101 18 luglio 2007 "Regolamentazione dei percorsi OSS"
- Delibera della Giunta Regionale N° 7435 del 14 dicembre 2001 Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della l. r. 11 luglio 1997, n. 31: Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (R.S.A.);
- Guaita A., Pucci D. (2001) Le motivazioni alla richiesta di ricovero presso una struttura residenziale sanitaria: dimensione quantitativa e qualitativa. *Tendenze nuove*; 2-3 : 243-250.
- Mills DH. (1995) Clinical risk management: experiences from the USA. In: Vincent CA, ed. *Clinical risk management*, London: BMJ Publications 1995: 3-17.
- Savini L. et al (1999), Reingressi ospedalieri e durata della degenza nella AUSL di S. Benedetto del Tronto (variazioni nel corso di 6 anni). *Giornale di Gerontologia*; 47, 223.
- Senin U. (1999) Paziente anziano e paziente geriatrico. Edises, Napoli.
- Zanetti E. (2004), L'operatore socio sanitario: una risorsa per l'assistenza agli anziani? *I luoghi della cura* 1;2004: 27-30