



L'operatore socio-sanitario è una figura il cui ingresso nei presidi e nelle unità operative va predisposto e realizzato con molta cura. Egli infatti ha un ruolo complesso (lavora su indicazione degli operatori con maggiori qualificazioni, ma ha spazi di autonomia) e la sua introduzione può incidere sulle attività svolte dall'infermiere. Ecco dunque la necessità di un inserimento alla cui programmazione, attuazione e valutazione l'infermiere coordinatore può e deve dare un contributo determinante.

L'inserimento del personale di supporto: una proposta di progetto

Carlo Calamandrei

PREMESSA

L'inserimento di operatori di supporto, in particolare dell'operatore socio-sanitario (OSS), in una Unità Operativa, in un Dipartimento o in un altro servizio sanitario o sociale può avere il massimo successo se si svolge sulla base di un *progetto* ad hoc. Esso deve mirare a:

- la realizzazione di determinati presupposti di natura culturale e organizzativa;
- la stesura e l'implementazione di un'apposita procedura di inserimento, preceduta da alcune operazioni preliminari;
- la verifica a distanza dei risultati dell'inserimento in termini di qualità delle prestazioni e di soddisfazione degli utenti e degli operatori.

In questa sede non è possibile precisare in dettaglio cosa compete all'infermiere dirigente, cosa a gruppi di caposala, cosa ancora al singolo coordinatore. Si tenterà dunque di delineare le funzioni del caposala, ma con l'avvertenza che esse vanno specificate nel contesto reale in cui il progetto di inserimento viene predisposto.

COMPONENTI DEL PROGETTO DI INSERIMENTO

1. Presupposti culturali e organizzativi

Una procedura per l'inserimento degli OSS rischierebbe di avere poca efficacia se in precedenza non venissero creati alcuni presupposti di natura sia culturale sia organizzativa. La loro presenza può essere garantita con una adeguata attività di *informazione* e *formazione*, accompagnata dalla *preparazione* e *adozione* di alcuni strumenti.

C. Calamandrei: DAI, Servizio Infermieristico, Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze

Relazione tenuta al 7° Congresso Nazionale del Coordinamento Nazionale dei Caposala sul tema "I fattori strategici per una organizzazione di qualità", Firenze, 8 novembre 2001

1.1 Presupposti culturali

Il primo presupposto è una corretta considerazione del ruolo dell'OSS e di quello dell'infermiere. Sono necessari uno o più incontri di formazione-informazione - con l'eventuale distribuzione e commento dei profili professionali - affinché tutto il gruppo coinvolto arrivi a considerare:

- l'OSS come un operatore che non è un puro esecutore di ordini, ma ha degli spazi di autonomia. Infatti il profilo di questa figura¹ elenca le sue attività usando - se ho contato bene - 12 verbi che indicano attività autonome (assiste, realizza, cura, mette in atto ecc.), contro 8 verbi che indicano collaborazione con il personale sanitario e sociale (coadiuva collabora, concorre...).

Comunque, l'OSS è *personale di supporto del quale avvalersi*, secondo le parole del profilo professionale dell'infermiere². Lo chiarisce il C C N L integrativo del settembre 2001, in cui leggiamo: *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...* La sua autonomia, dunque, riguarda non tanto le cose da fare, quanto le modalità di azione. Bisogna chiarire quali saranno le sue attività sia relativamente autonome sia collaborative nel quadro dell'assistenza fornita dall'azienda, con particolare riferimento alle attività da svolgere a contatto con gli utenti. Per questo chiarimento le basi sono, da un lato il profilo professionale dell'OSS, dall'altro gli orientamenti e le esigenze dell'azienda per quel dato presidio o settore (per esempio, settore delle chirurgie);

- *l'infermiere* come colui che, secondo il proprio profilo professionale:
 - è *responsabile dell'assistenza generale infermieristica*, non necessariamente dei singoli atti di assistenza diretta e indiretta ma del risultato complessivo;
 - *partecipa all'identificazione dei bisogni di salute e identifica i bisogni di assistenza infermieristica*, un'attività diagnostica che sta alla base della pianificazione a cui è successivamente tenuto;
 - ha la responsabilità di una assistenza infermieristica che ha *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. Nel profilo di questo operatore, infatti, un intero paragrafo è dedicato alle sue competenze relazionali ed è previsto anche il possesso di conoscenze che gli consentano l'erogazione di semplici interventi di educazione alla salute;

- *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;
- *garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche*, pure in questo caso senza necessariamente eseguirle sempre personalmente;
- come già accennato, *si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto*. Alla luce di questa affermazione gli infermieri (in primis quelli che svolgono funzioni di direzione e coordinamento) contribuiscono a decidere quando "è necessario" coinvolgere tale personale, nei confronti del quale praticano poi la *delega, l'affidamento di compiti, la guida e la supervisione*. In questo tipo di attività rientra anche l'*inserimento* degli OSS in una unità operativa, per esempio ospedaliera, o in altri contesti.

Nel caso che questi concetti non siano già sufficientemente conosciuti, l'inserimento degli OSS può diventare una grande occasione di *aggiornamento* degli infermieri sul ruolo della nuova figura e anche sul loro stesso ruolo nella sanità di oggi.

Tutto questo, ovviamente, riguarda anche il *capo sala*: per certi aspetti, può darsi che egli stesso debba cambiare mentalità e vedere con occhi diversi le responsabilità del personale che ha il mandato di coordinare.

Un altro presupposto, strettamente collegato al precedente, è che l'OSS, al pari di ogni altra figura professionale, venga considerato come una *risorsa da valorizzare*. Una sua piena valorizzazione richiede un clima non verticistico, ma di responsabilizzazione, partecipazione e collaborazione in vista di obiettivi comuni. Mi preme sottolineare, vista l'autonomia che gli è riconosciuta, la responsabilizzazione dell'OSS nella scelta delle modalità con cui impostare il proprio lavoro. Nel prossimo futuro, quando i primi OSS saranno entrati nei servizi sanitari e sociali e vi avranno acquisito una

certa esperienza, lo stesso processo di inserimento dei nuovi assunti dovrà essere sicuramente condiviso con loro.

Un terzo e ultimo presupposto culturale è la capacità del gruppo di *programmare* e poi *valutare* questo cambiamento organizzativo nell'ottica del *miglioramento* - o almeno del mantenimento - *della qualità* dell'assistenza infermieristica e dei servizi di supporto.

A questo proposito è necessaria una precisazione. Non è detto che in tutte le situazioni l'inserimento degli OSS prenda avvio da una volontà di miglioramento delle prestazioni e dei servizi; può darsi invece che la spinta iniziale sia data da esigenze pratiche anche discutibili, come il puro risparmio di risorse o la scelta di sopperire con questo personale alla carenza di infermieri. Ma una volta che esso sia stato deciso, e possibilmente condiviso almeno nelle modalità, occorre fare il possibile affinché:

- come già detto, la sicurezza e la qualità delle prestazioni non diminuiscano, anzi, laddove sia possibile, si realizzi un loro miglioramento. Va sottolineata la necessità di un'assistenza almeno *SICURA*, cioè tale da non arrecare danni a chi la riceve;
- si ottenga una crescita culturale e operativa di tutti gli operatori coinvolti. Nel caso specifico gli infermieri avranno presumibilmente sia il dovere sia l'opportunità di concentrarsi sulle loro funzioni e attività più qualificanti e specifiche.

Per entrambi gli obiettivi un caposala consapevole e preparato può dare un contributo insostituibile.

1.2 Presupposti organizzativi

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* (o di *ospiti*) e non di compiti. Un sistema del genere risponde a due principi strettamente interconnessi:

- il principio dell'*assistenza personalizzata*, sancito anche dalla legge 251/00;
- quello di un'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 (vedere, per esempio, il medico o il fisioterapista), ma eroga prestazioni mirate alle esigenze della singola persona assistita.

In nome di questi principi in alcune situazioni (area critica, assistenza domiciliare...) è forse possibile un vero e proprio modello organizzativo di assistenza personalizzata (come il *nursing primario*), ma nella maggior parte dei casi, soprat-

tutto in ospedale, l'organizzazione più idonea e realistica è quella denominata *team nursing*, o quella *per settori*, che combina elementi delle due forme precedenti. In pratica, per esempio, si può ipotizzare che un infermiere e un OSS si occupino dei pazienti delle camere 1 e 2 e un altro infermiere e un altro OSS dei pazienti delle camere 3 e 4, ciascuna équipe in rapporto con medici che in genere hanno pure assegnato un certo numero di pazienti. In questo modo si conoscono meglio le singole persone da assistere e si presta loro l'assistenza globale già citata. Inoltre - cosa che ci interessa ancora di più in questo contesto - tale sistema permette quella costante vicinanza tra infermiere e OSS che serve al primo per guidare e supervisionare il secondo e per affidargli determinate attività.

È necessario che a questo sistema organizzativo sia abbinata una *documentazione* 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).

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

A questo proposito c'è tra gli infermieri e gli altri professionisti chi pensa a una cartella totalmente integrata e chi, invece, predilige un documento con parti comuni e parti distinte, per esempio una scheda dedicata alla fisioterapia, una all'assistenza infermieristica e una alle attività degli OSS. La scelta è da compiere in ciascuna sede con il consenso più esteso possibile.

Per inciso, la pluralità di operatori tenuti a effettuare annotazioni e registrazioni sulla cartella rende ancora più necessario che ciascuno apponga la propria *firma*, o *sigla*, in calce a ciò che scrive, una corretta abitudine che non è ancora universalmente diffusa.

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

Tabella I. Schema di job description relativa all'operatore socio-sanitario.

AZIENDA OSPEDALIERA..... JOB DESCRIPTION OSS DI MEDICINA GENERALE
<p><i>INTERFACCIA A MONTE:</i> Direttore assistenza infermieristica; caposala; infermiere...</p> <p><i>INTERFACCIA A VALLE:</i> Ausiliario specializzato...</p> <p><i>RAPPORTI FUNZIONALI:</i> Assistente Sociale; Fisioterapista...</p> <p><i>PROFILO:</i> Operatore socio-sanitario</p> <p><i>FINALITÀ DEL PROFILO:</i> realizzare attività volte a soddisfare i bisogni primari e a favorire il benessere e l'autonomia delle persone ricoverate in medicina generale</p> <p><i>COMPETENZE:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - svolge attività finalizzate all'igiene personale... - aiuta i pazienti nel corretto utilizzo dell'apparecchio per aerosol... - provvede al trasporto dei pazienti in carrozzella... - <p><i>STRUMENTI ADOTTATI:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - procedure operative... - piano di attività - <p><i>REQUISITI:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - attestato di qualifica come OSS - attestato di partecipazione a moduli di formazione integrativa...

loro volta fornire.

2. Procedura per l'inserimento degli OSS

La componente essenziale del progetto è costituita dalla procedura per l'inserimento. Ci sono varie forme di procedura, la più completa delle quali è senz'altro quella che si ispira ai concetti e alla metodologia ISO 9000. Qui si presenta lo schema di procedura più semplice.

La procedura è suddivisa in due parti: la prima riguarda la fase introduttiva, quella dell'accogliimento e orientamento del nuovo operatore nell'unità operativa, mentre la seconda ha per oggetto l'inserimento vero e proprio, che consiste praticamente in un tirocinio guidato. È possibile prevedere anche forme di autoapprendimento, agevolato dalla consegna di materiale apposito.

La stesura e la messa in atto della procedura sono precedute da alcune operazioni preliminari: le job description relative all'OSS e all'infermiere e la selezione e preparazione degli infermieri che saranno chiamati a svolgere funzioni di guida.

2.1 Operazioni preliminari

2.1.1 La job description dell'OSS e dell'infermiere

La *job description* è la definizione delle responsabilità e delle competenze di un professionista, in

questo caso dell'OSS da un lato e dell'infermiere dall'altro. Ovviamente non si definiscono le responsabilità e le competenze in senso generale, perché questo lo hanno già fatto i profili, ma quelle che si richiedono in una determinata azienda o in un particolare settore di essa in base alla tipologia di pazienti o di ospiti, agli obiettivi che ci si pongono nei loro confronti, alle attrezzature e al materiale di cui si dispone e così via.

In molti casi, specialmente di aziende complesse, la job description presuppone che qualcuno (in pratica, infermieri dirigenti e caposala) abbia prima deciso *dove* gli OSS devono operare (per esempio, anche in area critica o no) e *quando* devono operare (per esempio, anche nel turno di notte oppure no).

Come sopra indicato, la job description deve riguardare non solo l'OSS, ma anche l'infermiere, per esempio di medicina e di chirurgia generale, perché è probabile che l'ingresso degli OSS modifichi le attività che gli sono richieste. È importante che dalle competenze degli infermieri siano tolte una volta per tutte le eventuali attività improprie.

Una stesura condivisa delle job description va effettuata con appositi *gruppi di lavoro*.

Quello qui esposto (Ta b. I) è uno schema di job

Tabella II. Obiettivi di apprendimento per l'OSS in fase di inserimento.

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO PER L'OSS INSERITO NELL'U.O
<p>Nella X settimana di inserimento in Medicina Generale l'OSS acquisisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la conoscenza dei problemi essenziali delle persone con emiplegia; - la conoscenza degli obiettivi che l'U.O. si pone nei loro confronti; - la capacità di posizionare tali persone nel letto; - la capacità di aiutarle nella deambulazione quando questa è programmata; -

description relativa all'operatore socio-sanitario.

2.1.2 La selezione e la formazione degli infermieri con funzione di guida

Come si è accennato in precedenza, l'inserimento in un dato contesto lavorativo è principalmente un *training*, o tirocinio guidato, nel corso del quale l'OSS assume responsabilità sempre maggiori. A l tirocinio sarà senz'altro necessario abbinare la trasmissione di alcune conoscenze teoriche.

Il metodo migliore per realizzare il *training* è quello dell'*affiancamento* del discente OSS a un infermiere con funzione di *guida* (domani, presumibilmente, anche a un OSS esperto con funzioni analoghe) (*didattica tutoriale*). Per *guida* o *tutor* si intende in questo caso un operatore:

- sufficientemente esperto,
- padrone dei contenuti professionali teorici e pratici (riconoscimento dei bisogni/problemi degli assistiti, pianificazione dell'assistenza, scelta delle attività da svolgere personalmente e di quelle da assegnare all'OSS ecc.),
- capace di esercitare la leadership, di comunicare in modo positivo, di stimolare e contenere al tempo stesso l'operatore in addestramento.

È necessario che gli infermieri selezionati per lo svolgimento di questa importante funzione ricevano una sia pur breve preparazione specifica.

2.2 La procedura

È costituita da tre parti essenziali: gli obiettivi, l'accoglimento e orientamento, l'inserimento vero e proprio.

Obiettivi dell'inserimento

Sono quelli di:

- ottenere un rapido apprendimento delle conoscenze e abilità necessarie nella U.O. nel minor

tempo possibile;

- garantire il mantenimento o il miglioramento del livello di sicurezza e di qualità dell'assistenza ai pazienti;
- far sentire a proprio agio sia gli infermieri sia gli OSS. Questi ultimi, in particolare, devono sentirsi accettati come risorse importanti.

Accoglimento e orientamento

Si svolgono con le attività di seguito elencate.

- Colloquio con il caposala, o un infermiere appositamente delegato, per l'illustrazione di: a) finalità e caratteristiche dell'U.O. (tipologia dei pazienti o degli ospiti, decorso tipico della degenza, orari della giornata...); b) sua organizzazione (suddivisione del lavoro, modelli di servizio, piano di attività, documentazione in uso ecc.); c) rischi professionali in essa presenti; d) principali norme regolamentari e deontologiche da rispettare al suo interno; e) illustrazione dei fattori di valutazione al termine dell'inserimento, i quali devono essere scritti (l'ottica è quella della valutazione del personale, mentre l'ottica della valutazione della qualità di cui si parla più avanti vale per la verifica dell'impatto che l'inserimento degli OSS avrà sull'assistenza erogata dall'azienda).

Nel corso del colloquio è importante che il caposala o il suo delegato ascolti con piena disponibilità le domande dei nuovi operatori: ciò potrà prevenire malintesi, disagi e, forse, conflitti.

- Visita guidata ai locali e illustrazione delle attrezzature, con particolare riferimento a quelle relative alla sicurezza (estintori, presidi di protezione individuale...) e a quelle che l'OSS dovrà utilizzare nel suo lavoro quotidiano.
- Presentazione degli operatori delle diverse qualifiche, a cominciare dal direttore dell'U.O. o del presidio.

Inserimento

- A seguito di una analisi dei bisogni di apprendimento fatta con una lista di domande scritte o con un colloquio, formulazione degli obiettivi di apprendimento. Accanto ad alcuni obiettivi riguardanti l'area delle conoscenze, è soprattutto necessario fissare obiettivi relativi alle abilità. L' e s e m p i o della Tabella II si riferisce a entrambi i tipi.

- Istruzione degli OSS per il conseguimento degli obiettivi stabiliti. Di questa sottofase del processo è necessario fissare contenuti, tempi e metodi, come mostra l'esempio della Tabella III.

Sul piano organizzativo, è presumibile che l'affiancamento debba aver luogo in parte nell'orario di servizio dell'infermiere guida e in parte in orario

Tabella III. Contenuti, tempi e metodi per la formazione dell'OSS in inserimento.

ISTRUZIONE DELL'OSS INSERITO NELL'U.O.	
.....	
-	Per la formazione sulle problematiche tipiche della persona con emiplegia incontro con il giorno..... dalle ore..... alle ore.....
-	Per l'apprendimento pratico, affiancamento all'infermiere guida XY per il periodo..... con l'orario.....
-

Tabella IV. Valutazione dell'apprendimento dell'OSS inserito.

SCHEDA PER LA VERIFICA DELL'INSERIMENTO DELL'OSS NELL'U.O.	
Generalità.....
in servizio dal
Al termine della X settimana di inserimento in Medicina Generale l'OSS dimostra di avere acquisito:	
-	la conoscenza dei problemi essenziali delle persone con emiplegia;
-	la conoscenza degli obiettivi che l'U.O. si pone nei loro confronti;
-	la capacità di posizionare tali persone nel letto;
-	la capacità di aiutarle nella deambulazione quando questa è programmata;
-
Valutatore:

Tabella V. Valutazione della qualità dell'assistenza e dell'attività di supporto (dopo X mesi dall'inserimento degli OSS).

QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI:
Misurazione di indicatori, per esempio, delle cadute di pazienti, delle infezioni X, del numero di pazienti che hanno appreso ...
SODDISFAZIONE DI PAZIENTI E OPERATORI (INFERMIERI, OSS)
Pazienti: per es. sull'accoglienza, sulla tempestività della risposta alle chiamate ...
Infermieri: per es. su certi aspetti dell'assistenza di base, sulla collaborazione con l'OSS ...
OSS: per es. sull'accoglienza, sull'addestramento ricevuto circa ...

aggiuntivo.

- Valutazione dell'apprendimento con responsabilità, criteri e tempi prestabiliti, come mostra il

seguente esempio (Tab. IV).

3. Verifica della qualità delle prestazioni e della soddisfazione degli utenti e degli operatori

L'inserimento degli OSS è oggi una innovazione, tanto più rilevante nel caso in cui questi operatori vadano a prendere posti precedentemente occupati da infermieri. È dunque molto importante verificarne l'impatto sull'assistenza, procedendo nel modo schematicamente indicato nella Tabella V.

- A distanza di X e Y mesi si verifica la *qualità delle prestazioni assistenziali, rispetto al periodo precedente l'inserimento*, mediante:

- Misurazioni, per esempio, del numero di cadute di pazienti
- Intervista agli infermieri e ad altri eventuali
- A distanza di X e Y mesi si verifica il *grado di soddisfazione* di utenti e operatori (infermieri, OSS) mediante appositi questionari.

Entrambe le valutazioni richiedono la preliminare stesura di un elenco di *indicatori*, per esempio:

- Numero di infezioni...
- Numero di pazienti che hanno appreso a...
- ...
- Grado di soddisfazione dei pazienti in rapporto all'accoglienza nell'unità
- Grado di soddisfazione dei pazienti in rapporto alla tempestività della risposta alle chiamate
- ...
- Grado di soddisfazione degli infermieri in rapporto alle seguenti attività degli OSS:
 - Assistenza di base
 - Semplici interventi di educazione alla salute
 - ...
- Grado di soddisfazione degli OSS in rapporto a:
 - Orientamento nell'U.O.
 - Guida da parte dell'infermiere a ciò destinato
 - ...

È importante che nel questionario rivolto agli infermieri siano inserite anche domande che hanno lo scopo di rilevare la loro percezione delle differenze nella sicurezza e nella qualità dell'assistenza tra prima e dopo l'inserimento degli OSS. Ad ogni operatore vanno inoltre chiesti suggerimenti finalizzati a migliorare la qualità dell'assistenza e il clima interno al gruppo di lavoro.

Agli indicatori occorre abbinare gli *eventi sentinella*, cioè quegli incidenti di particolare rilievo il cui verificarsi anche una sola volta obbliga a rivedere la qualità dell'assistenza che si sta erogando. Gli eventi sentinella variano a seconda del contesto. Due esempi validi in molti casi sono rappresentati dalle lesioni da compressione e dalle già menzionate cadute accidentali dei pazienti.

È bene sottolineare che questa valutazione può

essere particolarmente efficace laddove veniva effettuata regolarmente già prima dell'inserimento degli OSS nell'ambito di un Sistema Qualità. Nelle situazioni in cui ciò non avvenga, sarebbe opportuno che tale sistema fosse avviato tempestivamente. L'esito della valutazione permetterà l'eventuale programmazione di cambiamenti.

4. Funzioni del caposala

Il caposala è profondamente coinvolto in un processo importante come l'inserimento degli operatori socio-sanitari. Le sue funzioni e attività si differenziano a seconda del contesto, ma in generale si può ritenere che le principali siano le seguenti.

- Creazione di, e/o partecipazione a, gruppi di lavoro per la stesura del progetto, delle job description, della procedura di inserimento ecc.
- Una volta avvenuta l'approvazione del progetto, sua illustrazione a tutti i collaboratori per ottenerne il coinvolgimento e la collaborazione.
- Eventuale impegno diretto in qualche fase dell'inserimento, in primo luogo nel colloquio di orientamento, nella valutazione dell'inserimento di ciascun operatore (valutazione del personale) e nella verifica a distanza dell'impatto del loro ingresso sulla qualità dell'assistenza complessiva (valutazione della qualità).
- Scelta degli infermieri guida sulla base della competenza, della motivazione e della disponibilità, e impegno per la loro formazione.
- Motivazione di tutti i soggetti coinvolti e gestione degli eventuali conflitti.
- Cura della preparazione degli *strumenti* e della loro tenuta, distribuzione, eventuale revisione. È probabile che gli strumenti da procurarsi o da predisporre siano di norma:
 - Profilo professionale dell'infermiere e dell'operatore socio-sanitario
 - Job description relative agli OSS e agli infermieri nell'azienda o in determinati settori di essa (medicina, sale operatorie...)
 - Eventuali linee guida aziendali sull'inserimento del personale di nuova acquisizione
 - Procedura per l'inserimento degli OSS con fasi e operazioni ben specificate
 - Lista di obiettivi per le conoscenze e le capacità che gli OSS devono acquisire nell'azienda o in particolari settori della stessa
 - Eventuale materiale per l'autoapprendimento
 - Lista dei fattori per la valutazione degli OSS al termine dell'inserimento
 - Lista degli indicatori per la verifica della qualità e della soddisfazione di utenti e operatori
 - Questionari e strumenti per le misurazioni e

per le interviste da realizzare a tale scopo

Vi sono inoltre strumenti non specifici ma di carattere generale che faciliterebbero questo processo e che, in previsione di esso, potrebbe essere utile rivedere o aggiornare: si tratta - come si è già detto - della cartella (infermieristica? integrata?), nonché di protocolli/procedure, standard di prestazione, piano di attività giornaliero, settimanale e/o mensile.

5. Conclusioni

Per concludere, l'inserimento di nuovi operatori è sempre un processo di una certa complessità. Lo è ancora di più in questo caso poiché riguarda operatori il cui ingresso nel sistema è suscettibile di modificare l'operatività di altri professionisti come gli infermieri. Si tratta di un processo che può anche presentare motivazioni e aspetti discutibili, ma che probabilmente comporta comunque dei vantaggi: uno dovrebbe essere quello di *indurre gli infermieri ad acquisire maggiori capacità di diagnosi, relazione interpersonale, programmazione, gestione, valutazione e leadership*. Molte operazioni tecniche possono essere trasferite ad altri - cambiamenti del genere sono avvenuti più volte nella storia - ma quelle accennate sono le attività più "professionali" e capaci di rendere un servizio unico, che solo l'infermiere può erogare, agli utenti dei servizi sanitari.

Il ruolo di coordinamento del caposala viene reso più complesso dall'introduzione di una nuova figura e dalla necessità che le relazioni tra essa e le figure già esistenti siano corrette e positive in vista degli obiettivi comuni. Può darsi dunque che il caposala per primo abbia bisogno di rivedere la propria posizione e le proprie modalità di esercizio del ruolo che è chiamato a svolgere. È possibile che a tale scopo egli debba chiedere sostegno, sotto forma di aggiornamento, di incontri con i colleghi e con l'infermiere dirigente e così via.

Comunque, debitamente preparato e motivato, il caposala può fare molto per ottimizzare l'intero processo e per creare o mantenere un clima che consenta la piena valorizzazione di tutti gli operatori coinvolti, ciascuno al proprio livello e secondo le proprie competenze.

NOTE

1. Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 22 febbraio 2001. Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e provincie autonome di Trento e Bolzano 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. G.U. 19-4-2001, *Serie generale* - n. 91.

2. D. M. 14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bottari L., Corbella A., "Operatore Socio-sanitario: un progetto formativo sperimentale", *Nursing Oggi*, n. 2/2001, pp. 50-4.
- Calamandrei C., Orlandi C., *La dirigenza infermieristica*, Milano, McGraw-Hill, 1998 (in particolare, cap. 23 sull'ingresso in azienda).
- Coen L., Mannocci A., Mencucci M., "I profili degli operatori utilizzati in ambito socio-sanitario. Meglio conoscerli che combatterli", *Obiettivo professione infermieristica*, n. 2/2001, pp. 8-13.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 22 febbraio 2001, Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e provincie autonome di Trento e Bolzano, 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, G.U. 19-4-2001, *Serie generale* - n. 91.
- Douglass L. M., *The Effective Nurse Leader and Manager*, St. Louis, Mosby, 1992, 4ª ed.
- Orlandi C., "Una nuova figura a supporto degli infermieri: l'OSS. Risorsa o problema organizzativo?", *Management Infermieristico*, n. 2/2000, pp. 31-39.
- Matarese M., De Marinis M.G., Tartaglini D., Binetti P., Modelli organizzativi assistenziali ed influenze sulla formazione clinica degli studenti del corso di diploma universitario per infermiere", *Nursing Oggi*, n. 2/2000, pp. 24-33.
- Saiani L., Franceschini M., "Il dibattito negli USA sulla 'delega' delle attività assistenziali", *Assistenza infermieristica e ricerca*, 19, 2/2000, pp. 91-96.
- Silvestro A., "Le attività delegabili ad altre figure: la percezione degli infermieri", *Assistenza infermieristica e ricerca*, 19, 2/2000, pp. 100-107.