

## L'operatore socio-sanitario nelle RSA

Gianbattista Guerrini, Monica Capra, Silvia Cucchi, Anna Rosa Peroni, Francesca Pasotti

RSA "Leonardo Arvedi" e "Villa Elisa", Comune di Brescia

**L'**istituzione da parte del Ministero della Sanità, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni, della nuova figura dell'Operatore socio-sanitario (OSS) (Gazz. Uff., 2001), e la possibilità di riconvertire a questa nuova figura gli operatori di base delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA), gli ausiliari socio-assistenziali (ASA), ha rappresentato e rappresenta per le nostre strutture un'opportunità – senz'altro parziale, non priva di limiti e di ambiguità, ma concreta – per affrontare una situazione particolarmente complessa. Siamo convinti però che il reale impatto di tale opportunità dipenderà in buona parte dal ruolo che saremo capaci di delineare per questa nuova figura professionale, dalla sua collocazione nell'équipe e dalle modalità del suo rapporto con gli altri operatori sanitari e socio-assistenziali.

**1.** I servizi socio-sanitari per la popolazione anziana, ed in particolare le 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 e Pucci, 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 et al., 1999; Savini et al., 1999).

Una simile evoluzione della domanda era in buona parte prevista dalla normativa nazionale istitutiva della

Residenza sanitaria assistenziale 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'obbligatorietà di un'autonoma organizzazione sanitaria. Ma questo riconoscimento normativo e "culturale" 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.

**2.** 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 operino 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-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 l'attore principale) con la gestione delle fluttuazioni cliniche e delle riacutizzazioni delle malattie croniche (la *cure*) (Senin, 1999).

Un modello di assistenza che si è andato faticosamente costruendo nelle nostre strutture, che chiede agli infermieri – accanto ed oltre alle 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.

Una crescita culturale ed operativa resa tanto più necessaria dallo spostamento a livello universitario della formazione dell'infermiere professionale, che

## SPUNTI DI DIBATTITO

rischia di allargare il divario tra due figure la cui operatività non può che essere fortemente integrata.

**3.** Il ruolo dell'OSS e la sua collocazione all'interno dell'équipe delle nostre RSA hanno tenuto conto delle considerazioni svolte, e hanno potuto avvalersi della sperimentazione di un diverso ruolo (di supporto agli infermieri ma anche "di coordinamento" delle attività del nucleo) affidato ad alcuni ASA in una fase di grave emergenza infermieristica e di marcata difficoltà a garantire la continuità della presenza infermieristica (problema particolarmente avvertito nella nostra realtà urbana a forte concorrenza ospedaliera).

Forti di questa esperienza abbiamo guardato a questa nuova figura professionale come al naturale sviluppo della figura dell'ASA, ad un'importante opportunità di qualificazione, di crescita professionale e di carriera, di gratificazione e di motivazione di questa figura professionale: quasi la valorizzazione, il riconoscimento di competenze acquisite sul campo ed integrate da un arricchimento del bagaglio culturale sul versante sanitario (arricchimento peraltro molto richiesto e – nelle esperienze di riconversione già attuate – molto ben accolto proprio da chi ha maturato in anni di esperienza una professionalità "di eccellenza").

L'OSS, figura polivalente dotata di competenze aggiuntive in ambito sanitario (anche se non ancora in grado – per i limiti insiti nel suo percorso formativo e nel suo profilo professionale – di operare in tale ambito in piena autonomia) si è così affiancata, nelle nostre RSA, all'infermiere professionale, collaborando con lui nelle attività di area infermieristica previste dal suo profilo professionale (rilevazione e controllo dei parametri biologici, somministrazione delle terapie, effettuazione delle medicazioni, e così via), ma anche in funzioni di raccordo e di coordinamento del gruppo di lavoro.

A questa figura sono stati infatti affidati:

- compiti di supporto – a livello di nucleo – alla caposala (nell'organizzare il lavoro degli ASA, nell'integrarne l'operatività con quella delle altre figure professionali, nel presidiare le necessità di approvvigionamento e manutenzione, ecc.);
- un ruolo di figure di riferimento per gli ospiti ed i parenti;
- una maggiore responsabilità – all'interno del gruppo degli ASA – sul corretto svolgimento e sulla puntuale raccolta e circolazione delle informazioni relative alle principali attività assistenziali (dall'alimentazione e idratazione al controllo delle funzioni fisiologiche,

dalla mobilitazione al supporto alle attività di riabilitazione e di animazione).

Ci è sembrato cioè – e la sperimentazione in atto ci conferma in questo orientamento – che l'OSS dovesse in particolar modo presidiare quegli ambiti di operatività "propri" della figura di base delle nostre strutture, che contribuiscono in modo fondamentale al benessere dei nostri ricoverati: evitando di sollevare i colleghi ASA da responsabilità che restano comunque a loro carico, ma operando come raccordo del gruppo di lavoro e come stimolo ad una globale crescita di competenze professionali e della capacità di rispondere in modo adeguato ad un'utenza sempre più attenta alla qualità del servizio.

**4.** Qualche considerazione aggiuntiva meritano le prospettive di questa figura professionale all'interno delle RSA. Ci sembra di individuarne due.

Nella prima l'OSS rappresenta un'opportunità di sviluppo professionale e di carriera – in un percorso professionale in precedenza bloccato – di sicuro interesse, non limitato a pochi operatori (proprio la complessità dei bisogni sanitari sopra indicati ci fa ipotizzare, ad esempio, la presenza di un OSS in ogni turno lavorativo per ciascun nucleo), sostanzialmente sostenibile sul piano economico (Di Pietra, 2003).

La seconda prospettiva vede la sostituzione progressiva degli OSS agli ASA nei servizi, con un significativo incremento complessivo della professionalità e delle competenze in ambito sanitario, ma anche con un deciso incremento dei costi per il sistema.

In quest'ultima prospettiva si inquadra la nascita di un'ulteriore figura professionale (l'Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria, già rinominato *operatore socio-sanitario specializzato* o OSSS), il cui profilo professionale è già stato approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni (2003).

Un modulo formativo complementare "in assistenza sanitaria" affiderebbe a tale figura:

- la somministrazione, per via naturale, della terapia prescritta;
- la terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica o sotto la sua supervisione;
- la sorveglianza delle fleboclisi, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica ripristinando, nei fatti, la vecchia figura dell'infermiere generico.

La convinzione che la complessità dei bisogni dei pazienti richieda una crescita progressiva delle competenze sanitarie all'interno dei nostri servizi ci fa guardare con interesse a questa seconda prospettiva, di una crescita globale della professionalità degli operatori e della possibilità per loro, grazie ad un'ulteriore specifica formazione, di conseguire una maggiore autonomia professionale anche in ambito sanitario.

Non vorremmo però che all'istituzione di una nuova figura, ed all'attivazione dei relativi percorsi formativi, in un settore – la formazione professionale – sempre più liberalizzato e non altrettanto selettivo – non corrispondano l'effettiva volontà e la disponibilità delle relative risorse per affrontare fino in fondo un cambiamento organizzativo così rilevante.

Non vorremmo cioè che si riproponesse la situazione attuale, che vede una sproporzione tra la formazione degli OSS ed il loro effettivo utilizzo, con il rischio di una ricaduta negativa sulle giuste aspettative professionali ed economiche degli operatori di base dei nostri servizi.

## BIBLIOGRAFIA

- Capasso S. et al: *Durata della degenza ospedaliera in pazienti anziani con patologie clinicamente instabili negli anni 1991-1995* (studio GIFA). *Giorn. Geront.* 47, 235, 1999.
- Conferenza Stato-Regioni: Schema di accordo tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per la formazione complementare della figura professionale dell'operatore socio-sanitario in assistenza sanitaria. 16 gennaio 2003.
- Di Pietra L. *Presente e futuro delle RSA in Lombardia*. Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia, 2003.
- Gazzetta Ufficiale n° 91, 19 aprile 2001.
- Guaita A., Pucci D. *Le motivazioni alla richiesta di ricovero presso una struttura residenziale sanitaria: dimensione quantitativa e qualitativa*. *Tendenze nuove*; 2-3 : 243 - 250, 2001
- Savini L. et al: *Reingressi ospedalieri e durata della degenza nella AUSL di S. Benedetto del Tronto* (variazioni nel corso di 6 anni). *Giorn. Geront.* 47, 223, 1999.
- Senin U. *Paziente anziano e paziente geriatrico*. EdISES, Napoli, 1999.