

## L'operatore socio-sanitario nelle RSA: una risorsa per l'assistenza agli anziani?

Ermellina Zanetti

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

**L**a figura dell'Operatore socio-sanitario (OSS) 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 (Conferenza Stato-Regioni, 2001) la concomitante carenza di infermieri da un lato e i mutati bisogni degli utenti di alcuni servizi, in particolare delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA), hanno innescato un corto circuito formativo che, in particolare in alcune Regioni (*in primis* Lombardia e Veneto) 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 (ASA) 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 terminato l'istruzione di base obbligatoria. La formazione è affidata alle agenzie formative regionali (centri di formazione professionale) che si convenzionano 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 ai contenuti e alla durata dei singoli tirocini. Il risultato è quello di un operatore che forse ha qualche nozione in più, spesso troppo clinica; tuttavia, ancora troppo disomogenea e parcellizzata è la sua formazione e spesso le strutture che lo inseriscono con le competenze e le mansioni previste dal profilo devono prevedere un ulteriore periodo di addestramento/inserimento.

Possiamo dunque affermare che l'OSS, sebbene abbia tutte le potenzialità per esserlo, è una risorsa per i servizi, in particolare per le RSA sempre più chiamate ad assistere anziani fragili, dementi, bisognosi di *care* e di *cure*? E possiamo illuderci che una più efficace risposta ai bisogni complessi degli anziani possa essere garantita dalla sola introduzione di una figura addetta alle cure di base e all'assistenza tutelare?

Certamente ciò non basta; le modificazioni a cui assistiamo per l'effetto congiunto di fattori diversi e interagenti fra loro richiede una risposta più articolata e complessa che non la semplice introduzione di una nuova figura. Schematicamente, si richiamano tre punti che rappresentano i punti di forza per migliorare le cure agli anziani ammalati:

**1)** La formazione rappresenta certamente una tappa importante per il cambiamento, ma deve essere indirizzata a tutti i professionisti e gli operatori delle *cure* e della *care* e deve riguardare la formazione di base e specialistica, la formazione permanente e continua. Gli infermieri, del cui operato gli OSS rappresentano il supporto, vivono ancora in troppe occasioni la professione come insieme di mansioni e non come assunzione di decisioni su cosa e come fare nelle comuni e meno comuni situazioni assistenziali, coniugando esperienza ed evidenza. È ascrivibile a questa visione della professione da parte degli infermieri l'iniziale (che in alcuni, pochi, casi perdura ancora) resistenza all'introduzione dell'OSS. Ed è altresì riconducibile a questa visione della professione di infermiere l'introduzione della figura dell'OSS specializzato sancito dalla conferenza Stato-Regioni del 16 gennaio 2003 (Conferenza Stato-Regioni, 2003). La specializzazione si sostanzia di fatto nella possibilità di praticare la terapia iniettiva e sorvegliare le fleboclisi. Due

mansioni aggiuntive che certamente non rendono possibile il realizzarsi di quella risposta articolata e complessa che i bisogni degli anziani ospiti delle RSA oggi richiedono e forse rispondono in parte al bisogno di compensare la carenza di infermieri e, a patto che le esigue risorse per quest'area lo consentano, di far progredire la "carriera" (e il trattamento economico) degli OSS (Di Pietra, 2003).

**2)** La ricerca di modelli per la cura e assistenza degli anziani nei luoghi delle cure continuative è l'altro elemento, frutto e sostanza al tempo stesso della formazione. Se possiamo affermare che il modello per la cura e assistenza del paziente acuto ha raggiunto una buona elaborazione e applicazione, lo stesso non si può dire per quanto riguarda l'elaborazione e la sperimentazione di modelli per l'area della cronicità. Non si tratta solamente di un problema che riguarda i professionisti, la stessa società e la politica fanno fatica a trovare un accordo per trovare un sistema di finanziamento di quest'area che renda possibile assicurare a questi, sempre più numerosi soggetti, il diritto alla salute e alle cure (Zanetti, 2001).

**3)** La programmazione del numero di OSS da formare (specialisti e no) e da inserire nelle équipes delle RSA rappresenta un ulteriore elemento necessario per la valutazione dei costi che dovranno essere sostenuti per la riqualificazione/formazione di questo operatore, che dovranno essere considerati nella valutazione costo/beneficio sulla qualità e sugli esiti delle cure.

Nell'ambito delle attività condotte dal nostro gruppo abbiamo sperimentato l'introduzione della figura dell'OSS in un nucleo di una RSA coinvolgendo tutti gli operatori e introducendo sostanziali modificazioni organizzative volte ad ottimizzare il lavoro dei professionisti e degli operatori e a migliorare alcuni indicatori di *outcome* assistenziali. La sperimentazione ha coinvolto un nucleo di 32 posti-letto di una RSA della Lombardia, è durata un anno ed è stata prece-duta ed accompagnata da un'intensa attività di formazione (120 ore) volta sia a migliorare le conoscenze sia ad elaborare il modello assistenziale da utilizzare e gli strumenti organizzativi successivamente implementati. La sperimentazione ha previsto, infatti,

l'implementazione di un nuovo piano di attività che rendesse evidenti le attribuzioni e le collaborazioni tra le diverse figure che operavano nel nucleo e l'implementazione di linee guida e protocolli per specifici problemi clinici e assistenziali. L'obiettivo specifico della ricerca era quello di verificare se, attraverso una diversa organizzazione dei compiti che prevedeva una netta distinzione tra ciò che era attribuito agli ASA e agli OSS, consentendo agli operatori di realizzare interventi specifici e qualificati in risposta ai bisogni delle ospiti, migliorava significativamente la qualità complessiva del servizio reso misurata attraverso alcuni specifici indicatori: miglioramento di alcune performance funzionali, riduzione della contenzione fisica e del numero di ospiti giudicate affette da incontinenza urinaria (Conn, 2002). Si è inoltre valutato l'impatto della nuova organizzazione del lavoro all'interno del nucleo sulla soddisfazione espressa dagli operatori.

Il nucleo assistenziale oggetto della sperimentazione ha una capacità ricettiva di 32 ospiti ed è stato scelto in base ai seguenti criteri:

- gravità funzionale delle ospiti che determinava un elevato carico assistenziale per gli operatori;
- complessa articolazione strutturale del nucleo;
- disponibilità degli operatori a condurre la sperimentazione

Nel nucleo operava stabilmente un organico di 8 ausiliari socio-assistenziali (ASA), 4 operatori socio-assistenziali, 2 infermieri (di cui uno con funzioni di capo-sala) e 1 medico. Inoltre, seguono stabilmente le ospiti del nucleo un terapeuta della riabilitazione e un'animatrice. Mediamente sono presenti nel nucleo al mattino 3 ASA, 1 OSS e un infermiere, al pomeriggio 2 ASA, 1 OSS e un infermiere e la notte un OSS.

La sperimentazione condotta nel nucleo si è realizzata attraverso:

- la valutazione delle condizioni clinico-funzionali delle ospiti all'inizio e alla fine della sperimentazione;
- la valutazione della soddisfazione degli operatori all'inizio e alla fine della sperimentazione;
- l'implementazione di linee guida e protocolli per specifici problemi clinici e assistenziali;
- l'implementazione di un nuovo piano di attività;
- l'affidamento ad un operatore di una ditta esterna

di parte delle attività di sanificazione ambientale e l'introduzione di nuove procedure e strumenti per la sanificazione.

Nel periodo della sperimentazione si è provveduto ad identificare le aree critiche rappresentate da:

- comportamenti difforni tra gli operatori nel realizzare interventi altamente standardizzabili e proceduralizzabili (igiene dell'ospite, sanificazione ambientale);
- problemi ricorrenti e mai sistematicamente affrontati (necessità di contenere fisicamente l'ospite, lesioni da decubito, incontinenza urinaria).

Individuate le criticità, secondo un criterio di priorità definito in base alla frequenza del loro manifestarsi, si è provveduto attraverso un processo sistematico a definire i seguenti protocolli:

- protocolli per le cure igieniche delle residenti;
- protocollo per la valutazione dell'incontinenza urinaria.

Per affrontare i problemi più complessi si è decisa l'adozione di linee guida, prodotte da gruppi di lavoro accreditati o da agenzie specializzate:

- Linee guida per la contenzione fisica;
- Linee guida per la prevenzione delle lesioni da decubito;
- Linee guida per il trattamento delle lesioni da decubito.

Durante la sperimentazione si è provveduto ad implementare nella pratica assistenziale gli strumenti descritti.

Per la raccolta delle informazioni relative alle condizioni clinico-funzionali delle ospiti è stato elaborato un *Minimum Data Set* che comprende: caratteristiche socio-demografiche; stato mentale (*Mini-Mental State Examination*), stato funzionale (Indice di Barthel); stato di salute somatica (*Cumulative Illness Rating Scale-CIRS*); gravità e sede delle lesioni da decubito eventualmente presenti; assenza/presenza, tipologia di incontinenza urinaria e utilizzo dei presidi per l'incontinenza; utilizzo della contenzione fisica; cadute occorse alle ospiti; analisi di alcuni output (durata della degenza, exitus e dimissioni). La valutazione delle condizioni clinico-funzionali delle ospiti è stata condotta all'inizio e alla fine della sperimentazione.

Il nucleo ospitava una popolazione esclusivamente femminile con un'età media di  $84,9 \pm 8,1$  anni (range

47-95) e una permanenza media in struttura di  $25,2 \pm 26,1$  mesi (range 1-103).

Nel nucleo nel periodo considerato, su una disponibilità di 32 posti letto, sono state ospitate 43 anziane. Delle 43 ospiti, 24 sono rimaste nel nucleo durante tutto il periodo della sperimentazione e hanno costituito il campione dello studio, 7 (17,5%) sono decedute, 1 anziana è stata dimessa, 1 trasferita in un altro nucleo della RSA.

Le 24 ospiti che costituiscono il campione hanno un'età media di  $83,8 \pm 8,4$  e una permanenza media di  $24,1 \pm 28,2$  mesi, sono gravemente compromesse nelle abilità funzionali e cognitive (punteggio medio totalizzato al Barthel:  $20,1 \pm 24,6$ , MMSE:  $11,5 \pm 12,0$ ) e 20 (83,3%) ospiti utilizzano superfici assorbenti perché incontinenti.

I cambiamenti organizzativi e gli strumenti introdotti hanno contribuito ad una significativa riduzione della percentuale di ospiti affette da incontinenza (dall'83% al 58%,  $p < 0,0001$ ) con una conseguente significativa diminuzione dei costi giornalieri per le superfici assorbenti (da € 43,00 a € 35,00,  $p < 0,0001$ ). Inoltre, l'attenzione all'ospite, la frequente mobilitazione, la deambulazione assistita, la riduzione della contenzione fisica si è concretizzata in un significativo miglioramento dello stato funzionale: da un punteggio medio al Barthel di  $20,1 \pm 24,6$ , ad un punteggio di  $24,6 \pm 29,1$  ( $p < 0,001$ ). La maggior attenzione dedicata dal personale alle ospiti ha inoltre permesso di ridurre il comune atteggiamento di sostituirsi all'ospite nell'espletare alcune funzioni "per fare più in fretta", consentendo l'espressione di abilità funzionali ancora conservate.

Anche l'indicatore relativo all'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica, che riflette un atteggiamento custodialistico, una scarsa personalizzazione dell'assistenza e un'ulteriore riduzione di abilità funzionali, si è positivamente modificato: i dati mostrano che, durante il periodo della sperimentazione, non si è reso necessario continuare a ricorrere alla contenzione fisica e la durata della contenzione espressa in ore si è modificata: durante il giorno, si è assistito ad una diminuzione di tre ore (da  $9,2 \pm 5,2$  a  $6,4 \pm 4,1$ ,  $p < 0,001$ ) mentre, durante la notte, di due ore (da  $14,3 \pm 5,1$  a  $12,9 \pm 3,0$ ,  $p < 0,003$ ).

Gli operatori sono molto soddisfatti del gruppo di lavoro cui appartengono e ritengono che il lavoro di

équipe, il coordinamento e il rapporto professionale instaurato influenzano positivamente i risultati. Il personale ritiene che la sperimentazione abbia migliorato l'organizzazione del proprio nucleo; in particolare il personale ritiene che:

- gli strumenti attualmente a disposizione facilitino il lavoro;
- l'attuale organizzazione dei compiti consenta di svolgere meglio le attività previste;
- i cambiamenti organizzativi abbiano migliorato il rapporto con le ospiti.

L'introduzione dell'OSS nelle RSA può certamente rappresentare una risorsa per l'assistenza all'anziano a condizione che l'obiettivo non sia la mera attribuzione di attività non più svolte dall'infermiere, ma la qualità delle cure misurata attraverso indicatori di risultato che rendano ragione del lavoro dei singoli e dell'équipe, lavoro che si realizza con gli interventi sull'ospite, ma anche attraverso l'organizzazione delle

cure, la formazione di tutti gli operatori in un percorso che si rinnova e si modifica con il rinnovarsi e il mutare del bisogno.

## BIBLIOGRAFIA

- 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.
- 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. 2003.
- Conn V.S. et al. *Evidence - Based Practice for Gerontological Nursing Journal of Gerontological Nursing*, 28(2), 45-52, 2002.
- Di Pietra L. *Presente e futuro delle RSA in Lombardia*. Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia, 2003.
- Zanetti E.: *Un nuovo operatore per le RSA*. *Geriatric Nursing*. 1: 1; 2001.