

Annalisa Pennini

Dirigente e Docente di scienze infermieristiche, Sociologa delle organizzazioni e del lavoro, Direttore scientifico FORMAT sas
annalisa@formatsas.com

Gli operatori di supporto

L'istituzione di figure di supporto nel panorama socio-sanitario è storia relativamente recente. La nascita dell'operatore socio-sanitario nel febbraio del 2001, aveva fra i suoi scopi quello di uniformare le competenze, fondendo in un'unica figura quelle previste fino a quel momento, per operatori presenti nell'ambito sanitario e sociale. Infatti la Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, istituisce questa nuova figura stabilendone gli ambiti di competenza. Fino a quel momento convivevano nel panorama sociale e sanitario italiano due tipologie di figure di supporto: l'operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA) e l'assistente di base. Il primo operava in ambito sanitario, in particolare ospedaliero, svolgendo la sua attività sotto la "diretta responsabilità" o "in collaborazione o su indicazione dell'infermiere professionale". La figura dell'OTA, istituita con il DPR 28 novembre 1990, n. 384, poteva essere identificata come l'evoluzione della figura dell'ausiliario. Infatti, all'interno della sua attività erano compresi i compiti che prima erano assegnati all'ausiliario, tanto da configurarlo, come afferma Benci ¹ "più come una sorta di "superausiliario" che come operatore addetto all'assistenza". Le mansioni che gli venivano attribuite erano quel-

le relative all'igiene personale, al posizionamento e al trasporto dei pazienti. Non era previsto che l'OTA potesse operare in altri ambiti, quali l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali. In questi ambiti, operava una figura, che nelle varie aree regionali assumeva nomi diversi, ma che sostanzialmente si identificava con l'*assistente di base*. In ultima analisi nel panorama socio-sanitario convivevano, in canali paralleli, una figura dedicata all'ambiente sanitario, in particolare ospedaliero (OTA) e una dedicata all'area sociale (ADB - OSA - ASA, etc). Si erano in tal modo delineate non solo due figure di supporto, ma due mondi che si riflettevano sul mercato del lavoro in modo differente, pur prevedendo funzioni tutto sommato molto simili.

Il punto di vista sociologico

Fra le motivazioni che riflettono questa tendenza negli ultimi decenni, vi è sicuramente quella socio-economica, nel senso più ampio del termine: i bisogni socio-sanitari della collettività sono mutati insieme alle variazioni demografiche e alla struttura della famiglia, e richiedono risposte tempestive e attente che possano "coprire" ampi spazi, dall'area intensiva delle cure a quella che dà risposta alle situazioni croniche nel loro complesso. Per soste-

Scenari e prospettive nell'attuale sistema socio sanitario

nere questo impegno è necessario mettere in campo risorse diversificate, che propongano differenti livelli di competenza, organizzati in modo consapevole, gestendo i patrimoni professionali in modo oculato ed attento. Fra le motivazioni, va evidenziato anche il trend negativo, dal punto di vista numerico, che sta caratterizzando la comunità professionale infermieristica negli ultimi anni.

Dal punto di vista sociologico, peraltro, si aprono scenari nuovi nel mondo professionale. Il lavoro intellettuale si sta professionalizzando ² e contemporaneamente sta uscendo di scena il mero lavoro manuale. Come afferma Prandstraller ³ "nei servizi la prestazione fisica è sostituita da performances di carattere composito, implicanti una preparazione culturale e uno stile adatto a servire gli utenti in modo non standardizzato. Le prestazioni frammentate, ripetitive e rigide del vecchio lavoro non corrispondono più ai bisogni d'un mondo economico basato sui servizi, il quale richiede invece prestazioni di tipo intellettuale, valutativo e responsabile, che non appartenevano allo standard

del vecchio lavoro". Questa analogia si può ritrovare nelle professioni oggetto di analisi in questo lavoro. Si sta infatti affermando una realtà in cui le occupazioni, e fra queste quelle sanitarie e sociali, percorrono la loro traiettoria verso questo tipo di evoluzione. Nel prossimo futuro, la manualità ed il modello di lavoro proveniente dal taylorismo, sarà sempre più soppiantato da servizi in cui le abilità richieste sono ben altre: comprensione e coinvolgimento della persona, personalizzazione dell'intervento, autonomia e discrezionalità, capacità di presa in carico, gestione e valutazione degli interventi.

Gli OSS, nati come evoluzione di altre figure, più meramente esecutive, vengono a collocarsi come figure di collaborazione tutt'altro che staccate dal lavoro intellettuale delle professioni sanitarie. Entrambe le comunità professionali, quella dei professionisti sanitari e sociali e quella degli operatori di supporto, pur con storie professionali diverse, si stanno accomunando in alcuni punti:

- la formazione di entrambi si sta strutturando su standard più elevati che in pas-

sato; le linee di indirizzo per la formazione degli OSS prevedono una formazione più ampia e strutturata, e quella per gli altri professionisti, avviene ormai da alcuni anni a livello universitario;

- *la presenza di fonti normative che strutturano le linee di competenza; non si parla più di mansionari, ma di "profili"; non più descrizioni rigide, tipiche appunto della vecchia concezione e suddivisione del lavoro, ma spazi più ampi, tutti da riempire nelle singole realtà organizzative e nell'integrazione fra figure professionali;*
- *il dovere di attenersi a comportamenti eticamente corretti; il riferimento è più esplicito per alcune professioni, per le quali esistono codici deontologici definiti già da alcuni decenni. Per le figure di supporto si delineano in ogni caso all'interno del profilo, riferimenti precisi all'essere in grado di "gestire la propria attività con la dovuta riservatezza ed eticità";*
- *la necessità di gestire insieme processi assistenziali complessi; in una realtà in cui le relazioni gerarchiche non bastano più per definire "chi fa - che cosa";*
- *il bisogno di dotarsi di strumenti di lavoro che supportino il lavoro di cura; si fa riferimento a documentazione integrate o comunque alla necessità di saper utilizzare metodi comuni orientati a garantire la continuità assistenziale.*

Ciò che emerge è che non è importante "quanto" profes-

sionisti siano, ma il fatto che tutti siano in transito verso livelli superiori di sviluppo e di strutturazione della loro attività.

Quello che vorrei affermare è che se è vero che la conseguenza della consapevolezza di possedere uno specifico professionale è spesso l'attribuzione ad altri dei compiti più "semplici" o quantomeno più ripetitivi, è altrettanto vero che colui che si vede attribuito il compito non è professionalmente "inerme", in attesa di compiere in modo meramente esecutivo il compito assegnato. A questo proposito Wilensky ⁴ ricorda che "le infermiere, cercando di professionalizzarsi, affidano molto del loro lavoro meno attraente a [...] aiutanti e assistenti [...]"

Alla crescita del gruppo professionale "principale", però fa seguito un'evoluzione anche del gruppo degli operatori di supporto; spingendo così entrambi verso un livello più avanzato di definizione dei propri campi di competenza e la necessità pressante di fare chiarezza sugli ambiti di integrazione. Sarebbe tutto molto più semplice se una comunità professionale, strutturata da tempo, evolvesse verso un livello di professionalizzazione più elevato e nel fare questo attribuisse parte del proprio lavoro manuale e ripetitivo ad altri. Invece il modello proposto nella realtà socio-sanitaria italiana, non prevede quasi più lavori manuali in senso puro, ma attività per le quali, anche se in collaborazione, è richiesta la capacità di scegliere e valutare.

Responsabilità e competenze dell'assistenza integrata

Gli operatori socio-sanitari, quindi, sono le figure che svolgono attività di supporto all'assistenza sanitaria e sociale, indirizzate a "soddisfare i bisogni della persona, in un contesto sia sociale che sanitario e a favorire il benessere e l'autonomia dell'utente". Vengono ampliati contesti di lavoro: si va dall'ambiente ospedaliero a quello territoriale, che comprende diverse tipologie di utenza (bambini, anziani, persone con handicap o problemi psichiatrici). Le principali attività previste sono raggruppate in tre aree ⁵:

- *assistenza diretta e aiuto domestico alberghiero;*
- *intervento igienico sanitario e di carattere sociale;*
- *supporto gestionale, organizzativo e formativo.*

È opportuna una breve analisi delle tre aree al fine di evidenziare i tratti salienti della figura che, come si vedrà, opera a diversi livelli comprendendo competenze tecniche e relazionali.

Per quanto riguarda l'area dell'assistenza diretta e dell'aiuto domestico alberghiero, si osserva un prevalere di attività che possono essere svolte in autonomia. Si esplicita: "assistere la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale; aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita; cura la pulizia e l'igiene ambientale". Non mancano però anche attività in cui l'OSS "collabora e coadiuva" il personale sanitario e sociale. Fra le attività che rappresentano una novità e che hanno

anche aperto numerosi dibattiti nelle realtà organizzative, vi sono senz'altro quelli legati alla "realizzazione di attività di supporto diagnostico-terapeutico". Dette attività, da sempre di competenza infermieristica, presentano la possibilità di essere svolte da queste figure con necessità di rivedere spazi e modalità organizzative. Per quanto riguarda l'area di intervento igienico sanitario e di carattere sociale, si osserva un "ripercorrere" del processo assistenziale, dall'individuazione dei bisogni alla valutazione degli interventi infatti, l'operatore "osserva, collabora, valuta" e, come affermano Pagiusco e Padovan ⁶, "ha tutti i presupposti per essere una figura che aderisce al processo di assistenza abbracciandone diversi aspetti e momenti". Si amplia pertanto la visione puramente "esecutiva", per lasciare spazio ad ambiti di collaborazione e di integrazione nell'équipe.

Per quanto riguarda l'area del supporto gestionale, organizzativo e formativo, si può affermare che questa è un'area in cui l'operatore svolge attività prevalentemente in collaborazione con altre figure, anche se va evidenziata una certa "spinta" verso una gestione più autonoma della propria figura professionale. Lo si evince in particolar modo dalla possibilità di "concorrere alla realizzazione e valutazione dei tirocini degli operatori dello stesso profilo" e dalla "collaborazione per la definizione dei propri bisogni di formazione e la frequenza a corsi di aggiornamento". Dall'analisi delle tre aree si evidenzia come l'intenzione è

proprio quella di creare una figura che, con discreta autonomia, collabori alle attività sanitarie e sociali e non rappresenti più quindi solo un supporto infermieristico.

Per quanto riguarda le specifiche competenze attribuite all'OSS, il documento istitutivo fa riferimento a tre aree: tecnica, delle conoscenze e relazionale. Dall'analisi delle tre aree emerge una figura che si integra con il resto dell'équipe, portando un contributo proprio pur utilizzando metodologie di lavoro comuni.

Spazi di autonomia e di delega

Fin dal momento della nascita dell'OSS, ci si è interrogati, a vari livelli, su come prevedere un processo di inserimento e di integrazione della figura con le altre già esistenti nel mondo sanitario e sociale. Si è iniziato a dibattere sui rapporti che si generavano, in particolar modo rispetto ai concetti di delega, di attribuzione di attività e di rapporti gerarchici e funzionali.

Il concetto di delega non sembra essere il più adeguato per gestire questo tipo di rapporti

professionali. Lo afferma chiaramente Benci⁷: *"lo strumento giuspenalistico della delega di funzioni - come strumento operativo tendente a regolare i rapporti tra infermiere e operatore di supporto - risulta inadeguato per una molteplicità di motivi. In primo luogo la formalità dello strumento. La giurisprudenza ha avuto modo di stabilire che per aversi la effettiva trasferibilità di funzioni da un soggetto all'altro la delega deve essere scritta, effettiva, deve comportare il reale trasferimento di poteri decisionali al delegato con conseguente necessità del delegante di controllare, ma di non ingerirsi nell'attività del delegato"*. Pertanto, non essendo possibile pensare che ogni atto che viene svolto nell'operatività quotidiana debba essere preceduto da un formale scritto, vanno trovate altre soluzioni. Una possibilità è rappresentata dall'attribuzione di attività in base a diversi criteri. Spiccano, fra questi, le condizioni di criticità e di complessità del paziente; la tipologia della struttura organizzativa in cui si opera e le competenze acquisite dall'operatore.

Le modalità con cui attivare processi di attribuzione delle attività possono essere molteplici, ad esempio la costruzione di piani di lavoro integrati o procedure di lavoro che esplicitino la matrice delle responsabilità. Sicuramente le realtà organizzative che operano seguendo modelli organizzativi orientati agli obiettivi e non ai compiti, possono far riferimento a strumenti adeguati per integrare le attività. Nello specifico, l'utilizzo di piani assistenziali individualizzati, può consentire di definire in modo chiaro chi si occupa dell'erogazione degli interventi e con che modalità.

Conclusioni

In questo contributo si sostiene l'idea che la tendenza all'inserimento di operatori di supporto, già ampiamente diffusa in altri paesi, sia un'opportunità che vada colta nella sua interezza. È chiaro che questo apre strade nuove, lastricate di responsabilità nuove. Rifacendosi ad esempio agli infermieri, da sempre più vicini agli operatori di supporto, si tratterà di ripensarsi all'interno di un ruolo più ampio, non

più basato sulla suddivisione di compiti, ma di un percorso verso un "fare insieme".

Si sostiene che una professione abbia senso di esistere all'interno di una data società, nella misura in cui svolga funzioni peculiari che nessun altro può sostituire.

La paura di essere sostituiti da figure di supporto è da escludere se sono ben saldi i ruoli agiti nella società. All'infermiere vengono attribuite dalle norme vigenti funzioni di "governo assistenziale", all'interno della quale decidere cosa fare direttamente e cosa attribuire ad altri.

Come affermano Giorgino e Tousijn⁸ *"la professione infermieristica è un cantiere aperto ... ma gli esiti del cambiamento in atto sono ancora incerti, e la professione infermieristica è chiamata a darsi una strategia in grado di influenzarli"*.

Probabilmente il nodo cruciale è proprio questo. Riprendere coscienza delle possibilità offerte, senza rimpiangere il rassicurante elenco di compiti reciproco, che non soddisfaceva né i cittadini né i professionisti.

Note

¹ Benci L. *Le professioni sanitarie (non mediche) - aspetti giuridici, deontologici e medico-legali*. Milano: McGraw-Hill 2002, pagg. 304-319.

² Il termine professionalizzazione è utilizzato da diversi autori per intendere un processo attraverso il quale alcune categorie di lavoratori cercano di assumere le caratteristiche tipiche di chi è professionista: insieme di conoscenze scientifiche proprie, comportamenti dettati da un codice etico, autorità professionale.

³ Prandstraller GP. *Il lavoro professionale e la civilizzazione del capitalismo*. Milano: Franco Angeli 2003, pag. 7-31.

⁴ Wilensky HL. *La professionalizzazione di tutti?* In: Tousijn W (a cura di), ed. *Sociologia delle professioni*. Bologna: Il Mulino 1979, pag. 113-135.

⁵ Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001. Allegato A.

⁶ Pagiusco G, Padovan M. *L'integrazione con le figure di supporto - Una sfida per l'infermiere*. Padova: Libreria Internazionale Cortina 2002, pag. 1-18.

⁷ Benci L. op. cit. pag. 304-319.

⁸ Giorgino E, Tousijn W. *Attraversando terre incognite: una sfida per la professione infermieristica, Salute e Società*. Franco Angeli 2003, n. 1, pagg. 11-13.

(segue da pag. 8): **Gli operatori di supporto**

Bibliografia

Benci L. *Le professioni sanitarie (non mediche) – aspetti giuridici, deontologici e medico-legali*. Milano: McGraw-Hill 2002, pagg. 304-19.

Pagiusco G, Padovan M. *L'integrazione con le figure di supporto – Una sfida per l'infermiere*. Padova: Libreria Internazionale Cortina 2002, pagg. 1-18.

Prandstraller GP. *Il lavoro professionale e la civilizzazione del capitalismo*. FrancoAngeli 2003, pagg. 7-31.

Giorgino E, Tousijn W. *Attraversando terre incognite: una sfida per la professione infermieristica*. Salute e Società, FrancoAngeli 2003;1:11-3

Palese A, Iacuzzi S, Gennari M. *Il processo di attribuzione delle attività agli operatori di supporto: indagine descrittiva in un dipartimento di medicina*. Riv Diritto Professioni Sanitarie 2003;6:155-66.

Prandstraller GP, (a cura di). *Sociologia delle professioni*. Roma: Città Nuova Editrice 1980, Pag. 25-37

Wilensky HL. *La professionalizzazione di tutti?* In: Tousijn W, (a cura di). *Sociologia delle professioni*. Bologna: Il Mulino 1979, pag. 113-35

Baldini V, Zironi M. *Delega ed empowerment in ambito infermieristico*. Management infermieristico 2002;1:22-9.

Ceccato F, Carraro C, Perale S. *Carichi di lavoro in area critica: identificazione-quantificazione-delegabilità*. Management infermieristico 2002;1:30-4.

D'Addio L, Cianfanelli S. *Guida per l'operatore tecnico addetto all'assistenza*. Nuova Italia Scientifica 1993, pagg. 10-24.

Pattaro L, (a cura di). *L'operatore tecnico addetto all'assistenza – teoria e pratica*. Verona: Edizioni Nettuno 1995, pagg. 10-34

Vanzetta M, Vallicella F. *L'operatore socio-sanitario – manuale per la formazione dell'OTAA/OSA*. Milano: McGraw-Hill 2000, pag. IX.