

A nno quarto, terzo trimestre 2001



Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie

Periodico trimestrale

Dal sommario di questo numero:

**I codici deontologici dei professionisti
della salute e la guerra**

**L'Operatore Socio Sanitario: autonomia, rapporti
con i professionisti e responsabilità giuridica**

Alcuni recenti sviluppi normativi in bioetica

**Decreto legge sull'emergenza infermieristica
e riconoscimento titoli**

**Il nuovo registro degli stupefacenti dei reparti
di degenza e dei servizi**

N . 3/01

LAURI Edizioni





L'Operatore Socio Sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica

Luca Benci*

L'ISTITUZIONE DELLA FIGURA E LO SCONTRO TRA STATO E REGIONI

La necessità di una figura di supporto - sanitario e sociale - all'interno delle organizzazioni assistenziali è un tema da tempo discusso in relazione a molteplici motivi legati sia a situazioni tendenti a un uso più ottimale delle risorse e tendenti a valorizzare professionisti che hanno accresciuto il loro bagaglio di conoscenze e il loro patrimonio cognitivo attraverso l'avvento della formazione universitaria, sia legato alla carenza di personale infermieristico, sia per motivi economici.

Dopo un lungo travaglio gestazionale è con una certa difficoltà approdato in Gazzetta Ufficiale l'individuazione della figura, della formazione e del profilo professionale dell'operatore socio-sanitario attraverso la forma del Provvedimento della Conferenza Stato regioni 22 febbraio 2001¹.

Sul provvedimento si è registrato uno scontro sulle competenze statali e regionali che ha determinato una frattura tra le proposte governative e le aspettative di alcune regioni. A dirime-

re il conflitto è stata chiamata la Corte costituzionale. Nelle more della decisione della Consulta direttamente chiamata in causa da un'ordinanza della Corte dei Conti che ha ritenuto "la manifesta non infondatezza" dei rilievi posti dalle regioni si è giunti a un accordo proprio tra stato e regioni vista l'indifferibilità dell'istituzione della figura, è stato adottato il provvedimento normativo della conferenza stato regioni come soluzione di compromesso per la regolazione "in via provvisoria" dell'istituzione della figura. Provvedimento definito "necessario e urgente".

Da ultimo registriamo il recente decreto legge "Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario" che all'art. 2, commi 9, 10 e 11 demanda al ministro della salute di regolamentare con decreto le figure "di operatori professionali dell'area sanitaria da formare attraverso corsi a cura delle regioni". Nello stesso decreto devono essere stabiliti "standard minimi di insegnamento

* Giurista, Cedipros, Firenze

¹ Provvedimento della Conferenza Stato regioni 22 febbraio 2001. 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. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 aprile 2001, n. 91.

teorico e di addestramento pratico, nonché le modalità di nomina della commissione esaminatrice e di espletamento dell'esame finale".

L'EVOLUZIONE DELLE FIGURE "SANITARIE" E SOCIALI DI SUPPORTO

L'Operatore Socio Sanitario nasce come evoluzione di altre figure di supporto, anche se raramente con compiti assistenziali, che si sono succedute generalmente nei contratti di lavoro.

Le figure che storicamente sono presenti all'interno degli ospedali e dei servizi e che tradizionalmente sono state inquadrare come personale esecutivo sono gli ausiliari.

A titolo di breve ricostruzione di questa figura ricordiamo che "l'Accordo nazionale unico di lavoro per il personale ospedaliero (A.N.U.L.) del 1974 prevedeva due tipi di ausiliari: l'ausiliario-portantino come situazione transitoria nei primi sei mesi di assunzione dopo il quale c'era il riconoscimento come vero e proprio "Ausiliario".

Il successivo contratto di lavoro (A.N.U.L. 1979) distinse invece l'Addetto esclusivamente a mansioni elementari di pulizia con inquadramento al primo livello retributivo dall'Ausiliario socio sanitario. Nel 1979 nasce - quanto meno a livello contrattuale - l'esigenza di definire un campo diverso di attività rispetto alle semplici ed elementari mansioni di pulizia ambientale. Non si attribuivano però compiti di carattere assistenziale, fatta salva l'attività di trasporto di ammalati.

La figura dell'ausiliario socio sanitario originaria disponeva di "autonomia

operativa nei limiti dell'esecuzione delle prestazioni proprie che sono soggette a controllo diretto" e aveva una "responsabilità limitata alla corretta esecuzione delle prestazioni nell'ambito delle istruzioni ricevute e dell'autonomia riconosciutagli".

Nel successivo accordo nazionale di lavoro del 24 giugno 1980 vennero distinte due figure di ausiliario: l'Ausiliario socio-sanitario e l'Ausiliario socio-sanitario specializzato.

I contratti che seguirono negli anni '80, furono recepiti con il successivo con decreto del presidente della Repubblica in virtù del diverso assetto determinatosi con l'approvazione della legge quadro del pubblico impiego.

Il primo contratto unico della sanità, formalizzato nel DPR 25 giugno 1983, n. 348 confermò i due diversi tipi di ausiliario.

L'ausiliario socio-sanitario specializzato seguì brevi corsi di addestramento e a lui furono ampliate le mansioni. Il D.M. 10 febbraio 1984² per quanto concerne le attribuzioni di questa figura specificava testualmente:

L'ausiliario socio-sanitario specializzato assicura le pulizie negli ambienti di degenza ospedaliera, diurna e domiciliare, ivi comprese quelle del comodino e delle apparecchiature della testata del letto. Provvede al trasporto degli infermi in barella ed in carrozzella ed al loro accompagnamento se deambulanti con difficoltà. Collabora con il personale infermieristico nelle pulizie del malato allettato e nelle manovre di posizionamento del letto. È responsabile della corretta esecuzione dei compiti che sono stati affidati dal caposala e prende parte alla programmazione degli interventi assistenziali per il degente.

Il nuovo profilo professionale degli ausiliari socio-sanitari, che conserva la collocazione

² D.M. 10 febbraio 1984 "Identificazione dei profili professionali attinenti a figure nuove atipiche o di dubbia ascrizione ai sensi dell'art. 1, quarto comma, del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, che regola lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali".

nel ruolo tecnico, comprende due posizioni funzionali:

- a) ausiliari socio-sanitari specializzati;
- b) ausiliari socio-sanitari.

In tale profilo viene collocato nelle corrispondenti posizioni funzionali il personale in possesso della corrispondente qualifica di ausiliario socio-sanitario specializzato, di ausiliario socio-sanitario, di ausiliario assistente.

Il personale, che non svolge attività di assistenza sanitaria nei confronti dell'utente, può passare da una posizione funzionale all'altra dopo un periodo di servizio di anni due nella posizione funzionale inferiore e di superamento di apposito corso, le cui modalità verranno fissate con successivo provvedimento.

L'ausiliario socio-sanitario specializzato abbandonava quindi l'esclusività delle mansioni di pulizia per occuparsi di elementari mansioni di carattere assistenziale sia pure in diretta collaborazione con "il personale infermieristico" più che con il personale professionale infermieristico. È utile ricordare che la classificazione del personale infermieristico come indistinto personale di "assistenza diretta" proveniva dalla riforma ospedaliera del 1969.

I corsi di formazione per l'ausiliario socio sanitario furono regolati dal D.M. 15 giugno 1987, n. 590³ per un totale di 310 ore di formazione di cui 110 dedicati alla parte teorica e 200 per la parte pratica.

Che l'ausiliario avesse compiti più ampi dello stretto mansionario riconosciuto dai vari contratti di lavoro e, soprattutto, che non vi fosse una definizione univoca di attività infermieristica ampia come quella ricomprensente anche attività che potevano essere svolte anche da altri operatori è stato oggetto anche di pronunce giuri-

sprudenziali. La corte di cassazione ha avuto modo di precisare che "il rispondere al suono dei campanelli azionati dai ricoverati costituiva adempimento che di per sé non implicava necessariamente prestazioni di natura infermieristica, ben potendo la richiesta del paziente avere per oggetto compiti di stretta competenza del personale ausiliario" e rientravano sempre nella competenza degli ausiliari le prestazioni manuali, come quella di "portare 'pappagalli' e 'padelle', salvo il caso in cui feci ed urine dovessero essere raccolte per uso diagnostico di laboratorio, e di provvedere al rifacimento dei letti, quale lavoro tipicamente alberghiero, salvo il caso che tale operazione comportasse rischi per il malato"⁴. La suprema corte cioè distingue tra le attività assistenziali infermieristiche da attività assistenziali di carattere più generale che non sono necessariamente di competenza infermieristica. La distinzione in se appare corretta, anche se poi nel concreto non è così semplice distinguere così nettamente e in modo schematico alla distinzione.

Nulla di nuovo accade per il contratto del 1987 recepito attraverso il D.P.R. 20 maggio 1987, n. 270.

Novità rilevanti invece sono contenute nel successivo contratto di lavoro, contenuto nel D.P.R. 28 novembre 1990, n. 384 che tra le altre cose viene ricordato come il primo contratto che pur nell'unicità dell'unica sottoscrizione contiene due aree separate di contrattazione: l'area del comparto sanità e l'area medica (la quale otterrà un contratto completamente separato a parti-

³ D.M. 15 giugno 1987, n. 590.

Approvazione del regolamento e del programma del corso di qualificazione degli ausiliari socio-sanitari specializzati.

⁴ Corte di cassazione, sezione lavoro, sentenza 2210, 1984.

re dal 1995). Il D.P.R. 384/1990 istituisce la figura dell'Operatore tecnico addetto all'assistenza e riunisce in un solo livello retributivo (il III) l'ausiliario socio sanitario e l'ausiliario socio sanitario specializzato, mentre la nuova figura dell'O.T.A viene posta al quarto livello retributivo.

Per quanto riguarda la figura dell'ausiliario questa è oggi regolata dalla declaratoria approvata con le c.d. "code contrattuali" inserite nel contratto integrativo 2001 laddove si precisa testualmente:

Ausiliario specializzato

Svolge le attività semplici di tipo manuale che richiedono una normale capacità nella qualificazione professionale posseduta, quali, ad esempio, l'utilizzazione di macchinari e attrezzature specifici, la pulizia e il riordino degli ambienti interni ed esterni e tutte le operazioni inerenti il trasporto di materiali in uso, nell'ambito dei settori o servizi di assegnazione, le operazioni elementari e di supporto richieste, necessarie al funzionamento dell'unità operativa.

L'ausiliario specializzato operante nei servizi tecnico-economici può essere adibito alla conduzione di autoveicoli strumentali alla propria attività e alla loro piccola manutenzione;

L'ausiliario specializzato operante nei servizi socio-assistenziali provvede all'accompagnamento o allo spostamento dei degenti, in relazione alle tipologie assistenziali e secondo i protocolli organizzativi delle unità operative interessate.

Il quadro normativo sull'OTA si completa con l'emanazione del D.M. 26 luglio 1991, n. 295⁵ che regola la formazione della figura.

La figura dell'OTA era caratterizzata da un evidente compromesso tra la necessità di formare una figura di supporto e l'evidente paura di formare una figu-

ra che potesse in seguito rivendicare provvedimenti aventi un carattere di sanatoria che hanno caratterizzato a lungo gli anni settanta e, in parte, gli anni ottanta. Il compromesso era evidente sin dal nome: un operatore tecnico, stranamente addetto all'assistenza. In genere la classificazione come operatore tecnico indicava attività non classificabili come sanitarie. Inoltre essendo l'operatore tecnico l'evoluzione dell'ausiliario socio-sanitario specializzato era ben curioso che nell'evoluzione sparisse il termine sanitario.

Tra i motivi che hanno indotto i contraenti - l'OTA è una figura contrattuale - vi era in primo luogo l'emergenza (ovvero carenza) di infermieri della fine degli anni ottanta.

La neonata figura dell'O.T.A. era ed è comunque fortemente subordinata all'infermiere professionale e al caposala in quanto agisce sotto la loro "diretta responsabilità". Le vere uniche mansioni di carattere assistenziale demandate all'O.T.A. sono solo tre e devono essere eseguite "sotto la collaborazione o su indicazione dell'infermiere professionale":

- il rifacimento del letto occupato;
- l'igiene personale del paziente;
- il posizionamento e il mantenimento delle posizioni terapeutiche.

Proprio in relazione al carattere di compromesso e al fine di creare una figura realmente flessibile all'interno dell'organizzazione del lavoro l'operatore tecnico addetto all'assistenza manteneva tra le proprie competenze tutte le mansioni e i compiti dell'ausiliario socio-sanitario tanto da configurarlo

⁵ D.M. 26 luglio 1991, n. 295.

Regolamento dei corsi di qualificazione per l'accesso al profilo professionale di operatore tecnico addetto all'assistenza in applicazione dell'art. 40, 3 comma, del decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384.

più come una sorta di "superausiliario" che come operatore addetto all'assistenza.

I corsi di formazione dovevano essere gestiti direttamente dalle scuole per infermieri professionali delle USL o "presso altre strutture dotate delle necessarie attrezzature didattiche individuate dalle regioni e dalle province autonome" e per un totale di ore di corso teorico-pratico di circa 700 ore.

L'art. 7 del D.M. 295/1991 specificava che la nuova figura doveva essere inserita "prioritariamente nelle équipes assistenziali delle unità operative ospedaliere". L'OTA nasce e si sviluppa in ambiente ospedaliero, pur essendo nato nel 1990 a oltre dieci anni dalla riforma sanitaria.

Per l'inserimento "prioritario" all'interno delle équipes assistenziali le varie direzioni sanitarie dovevano attuare una "revisione dei modelli di organizzazione del lavoro infermieristico" da attuarsi a cura degli "infermieri dirigenti". Non risulta che questa opportunità sia stata generalmente colta.

Il D.M. 291/1991 andava però oltre, mostrandosi decisamente innovativo rispetto all'epoca. Il terzo comma dell'art. 7 prevedeva la predisposizione di "protocolli operativi e piani di attività che fungano da guida e supporto alle attività pratiche dell'operatore tecnico addetto all'assistenza e da strumento di verifica e valutazione delle stesse". Si prevedeva infine una "valutazione del livello di efficacia dell'inserimento dell'operatore tecnico addetto all'assistenza e alla verifica del grado di specificità nell'utilizzazione del personale infermieristico da esso supportato".

Deve essere infine citata la declaratoria del CCNL del comparto sanità del 1999⁶ che in realtà - come del resto spesso accade a questo tipo di strumento normativo - si sovrappone in parte ai decreti istitutivi dell'OTA creando un qualche problema di carattere interpretativo e decisamente riduttivo. A fini di completezza la riportiamo dappresso.

Operatore tecnico addetto all'assistenza

Svolge le attività alberghiere relative alla degenza comprese l'assistenza ai degenti per la loro igiene personale, il trasporto del materiale, la pulizia e la manutenzione di utensili e apparecchiature.

L'OTA quindi nasce al dichiarato scopo di supportare l'infermiere per una serie di attività e di implementare una organizzazione del lavoro diversa all'interno degli ospedali.

La figura dell'OTA come figura di carattere strettamente ospedaliero e impiegabile solo in ospedale o in servizi gestiti direttamente dal Servizio sanitario nazionale lasciava scoperto il settore sociale, il settore dell'assistenza domiciliare e territoriale in genere. A questa carenza hanno supplito le varie regioni creando con propri provvedimenti legislativi e regolamentari una figura di operatore di supporto nel settore sociale (a volte impropriamente socio sanitario) che hanno assunto nomi diversi a seconda della regione di formazione sia pure con funzioni tutto sommato omogenee.

I nomi più comuni che si ritrovano nelle varie regioni sono: Addetto ai servizi territoriali (ADEST), Operatore

⁶ Acc. 7 aprile 1999.

Contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al quadriennio normativo 1998-2001 ed al biennio economico 1998-1999 del personale del comparto di «Sanità».

socio assistenziale (O.S.A.), Assistente di base (A.D.B.), Ausiliario socio assistenziale (A.S.A.), Operatore assistenza di base (O.A.A.), Assistente domiciliare anziani (A.D.A.), Addetto all'assistenza di base (A.A.B.).

La nuova figura dell'Operatore Socio Sanitario è dunque la risultante di una fusione tra l'ambito sanitario e quello sociale.

LA NASCITA DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO

Abbiamo visto l'evoluzione delle figure di supporto dell'assistenza infermieristica e la frammentazione delle stesse in ambito sociale. Vari motivi hanno spinto nella direzione della creazione di una figura più ampia di supporto all'assistenza (non solo infermieristica e non solo sanitaria).

Le esigenze del S.S.N. si sono in questi anni evolute, in relazione al piano sanitario nazionale e alla recente riforma ter recepita con il D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale".

Le esigenze si sostanziano in una più marcata integrazione dell'area sociale con l'area sanitaria e nella necessità di creare una vera figura di supporto all'assistenza infermieristica, adeguatamente preparata, con profili di competenza più ampi della figura Ota.

L'art. 3 octies del D. Lgs 502/1992 così come integrato dalla riforma ter prevede l'istituzione dell'area delle professioni socio sanitarie con tre livelli di

competenza: l'area laureata dirigenziale, l'area delle professioni diplomate e l'area degli operatori da "formare in corsi a cura delle regioni".

Non vi sono dubbi però che la perdurante carenza di infermieri negli ultimi anni sia stata la spinta maggiore alla creazione e alla implementazione della figura dell'Operatore Socio Sanitario.

Viene creata la figura dell'OSS come unica figura di supporto sanitario e sociale con il già citato provvedimento normativo della conferenza stato regione.

La formazione del nuovo operatore sale a 1000 ore, superiore di oltre trecento ore alla formazione dell'ex infermiere generico con la possibilità di frequenza di ulteriori moduli formativi per altre duecento ore.

Le attuali figure di supporto - OTA e sociali - potranno riconvertirsi facendo valere i loro crediti formativi determinati dalla frequenza dei corsi di formazione precedenti.

Per quanto riguarda l'allargamento del contesto operativo l'art. 3 del provvedimento della Conferenza Stato-Regioni specifica che l'OSS svolge la sua "attività sia nel settore sociale che in quello sanitario, residenziale o semiresidenziale, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente".

Riportiamo - nei riquadri che seguono - gli allegati A e B del provvedimento di istituzione dell'OSS dove vengono elencate le principali attività e le competenze tecniche e relazionali richieste alla figura.

Allegato A
Elenco delle principali attività previste per l'operatore socio-sanitario

- 1) Assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero:
 - assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale;
 - realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico;
 - collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale;
 - realizza attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi;
 - coadiuva il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente;
 - aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita;
 - cura la pulizia e l'igiene ambientale.
- 2) Intervento igienico sanitario e di carattere sociale:
 - osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente;
 - collabora alla attuazione degli interventi assistenziali;
 - valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre;
 - collabora alla attuazione di sistemi di verifica degli interventi;
 - riconosce ed utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione relazione appropriati in relazione alle condizioni operative;
 - mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale ed il mantenimento e recupero della identità personale.
- 3) Supporto gestionale, organizzativo e formativo:
 - utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio;
 - collabora alla verifica della qualità del servizio;
 - concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione;
 - collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento;
 - collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione di attività semplici.

Gli ambiti di maggiore autonomia, pure all'interno di un sistema organizzativo definito, sono decisamente maggiori rispetto alle precedenti figure di supporto.

Si prevedono infatti attività dirette all'assistenza di base, alla realizzazione di attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico, alla osservazione e alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente, alla valutazione e alla collaborazione dei sistemi di verifica degli interventi.

Vi sono ambiti anche non più di stretto supporto all'assistenza infermieristica. Si pensi a voci del tipo: "realizza attività di animazione e socializzazione di gruppi o singoli"; "collabora ed educa al movimento e favorisce movimenti di mobilitazione su gruppi o singoli": voci che lo inseriscono in situazioni che possono essere di supporto a professionisti diversi dagli

infermieri come gli Educatori professionali o i fisioterapisti.

Le code contrattuali contenute nel contratto integrativo 2001 del comparto sanità hanno inserito la seguente declaratoria.

Operatore Socio-Sanitario

Svolge la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario in servizi di tipo socioassistenziali e sociosanitario residenziali e non residenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente. 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 con gli altri operatori, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale. Le attività dell'operatore sociosanitario sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita, al fine di fornire:

- a) assistenza diretta e di supporto alla gestione dell'ambiente di vita;
 - b) intervento igienico sanitario e di carattere sociale;
- supporto gestionale, organizzativo e formativo.

Allegato B **Competenze tecniche**

In base alle proprie competenze ed in collaborazione con altre figure professionali, sa attuare i piani di lavoro. È in grado di utilizzare metodologie di lavoro comuni (schede, protocolli ecc.).

È in grado di collaborare con l'utente e la sua famiglia:

- nel governo della casa e dell'ambiente di vita, nell'igiene e cambio biancheria;
- nella preparazione e/o aiuto all'assunzione dei pasti;
- quando necessario, e a domicilio, per l'effettuazione degli acquisti;
- nella sanificazione e sanitizzazione ambientale.

È in grado di curare la pulizia e la manutenzione di arredi e attrezzature, nonché la conservazione degli stessi e il riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti.

Sa curare il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare.

Sa garantire la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario, e dei campioni per gli esami diagnostici, secondo protocolli stabiliti.

Sa svolgere attività finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto nella deambulazione, all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette.

In sostituzione e appoggio dei famigliari e su indicazione del personale preposto è in grado di:

- aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso;
- aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie;
- osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.);
- attuare interventi di primo soccorso;
- effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesse;
- controllare e assistere la somministrazione delle diete;
- aiutare nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, il recupero ed il mantenimento di capacità cognitive e manuali;
- collaborare ad educare al movimento e favorire movimenti di mobilitazione semplici su singoli e gruppi;
- provvedere al trasporto di utenti, anche allettati, in barella carrozzella;
- collaborare alla composizione della salma e provvedere al suo trasferimento;
- utilizzare specifici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente, riducendo al massimo il rischio;
- svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche;
- accompagnare l'utente per l'accesso ai servizi.

Competenze relative alle conoscenze richieste

Conosce le principali tipologie di utenti e le problematiche connesse.

Conosce le diverse fasi di elaborazione dei progetti di intervento personalizzati.

Riconosce per i vari ambiti, le dinamiche relazionali appropriate per rapportarsi all'utente sofferente, disorientato, agitato, demente o handicappato mentale ecc.

È in grado di riconoscere le situazioni ambientali e le condizioni dell'utente per le quali è necessario mettere in atto le differenti competenze tecniche.

Conosce le modalità di rilevazione, segnalazione e comunicazione dei problemi generali e specifici relativi all'utente.

Conosce le condizioni di rischio e le più comuni sindromi da prolungato allettamento e immobilizzazione.

Conosce i principali interventi semplici di educazione alla salute, rivolti agli utenti e ai loro famigliari.

Conosce l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e quella delle reti informali.

Competenze relazionali

Sa lavorare in *équipe*.

Si avvicina e si rapporta con l'utente e con la famiglia, comunicando in modo partecipativo in tutte le attività quotidiane di assistenza; sa rispondere esaurientemente, coinvolgendo e stimolando al dialogo.

È in grado di interagire, in collaborazione con il personale sanitario, con il malato morente.

Sa coinvolgere le reti informali, sa rapportarsi con le strutture sociali, ricreative, culturali dei territori.

Sa sollecitare ed organizzare momenti di socializzazione, fornendo sostegno alla partecipazione ad iniziative culturali e ricreative sia sul territorio che in ambito residenziale.

È in grado di partecipare all'accogliimento dell'utente per assicurare una puntuale informazione sul servizio e sulle risorse.

È in grado di gestire la propria attività con la dovuta riservatezza ed eticità.

Affiancandosi ai tirocinanti, sa trasmettere i propri contenuti operativi.

Di particolare interesse - vista una qualche indeterminatezza legata alla mancata chiarezza sulla subalternità gerarchica dell'OSS nel provvedimento della Conferenza stato regioni - il fatto che venga esplicitato che l'operatore di supporto svolge la propria attività "su indicazione degli operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale".

Svolge quindi l'attività "su indicazione". Per "operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria" sono da intendersi tutti i professionisti sanitari inquadrati in categoria D (infermieri, ostetriche, fisioterapisti, ecc). Più che una figura di supporto all'assistenza infermieristica in particolare, l'operatore socio-sanitario è da considerarsi una figura di supporto all'assistenza sanitaria in generale (oltre che sociale). Può essere utilizzato anche con il personale della riabilitazione, con il personale ostetrico ecc.

Questa impostazione così tassativa qui sostenuta - il supporto - può essere criticata non senza qualche ragione. Nella lettura del documento statale infatti troviamo espressioni e diciture che indicano una certa autonomia della figura dell'OSS, per altro ben maggiori che in altre figure del passato. Ne sottolineiamo alcune. L'OSS infatti "collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero

funzionale": "valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre"; "collabora alla attuazione dei sistemi di verifica degli interventi"; "mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale ed il mantenimento e recupero dell'identità personale". L'autonomia attribuita è più concentrata sulle attività di "programmazione" o di decisione che non in quelle tecniche. Vedremo oltre che comunque l'attività dell'OSS è da inquadrarsi come supporto.

I RECEPIMENTI REGIONALI

L'estrema indeterminatezza dovuta alla titolarità nella formazione delle regioni e delle province autonome ha portato all'implementazione delle figure di supporto all'assistenza socio-sanitaria che possono essere così riassunte:

- a) le regioni che hanno recepito fedelmente il documento della conferenza stato-regioni agendo solo ed esclusivamente con norme di implementazione, ragguaglio e dettaglio. Tra queste annoveriamo la regione Emilia-Romagna⁷ e la regione Toscana⁸;
- b) le regioni che hanno apportato delle variazioni significative, soprattutto con ampliamento di competenze nel settore sanitario. Tra queste, in particolare sono da annoverare, la regione Lombardia⁹ e la regione Veneto¹⁰. In entrambi queste regioni

⁷ Delibera della Giunta regionale della regione Emilia-Romagna n. 1404/2000 "Modello regionale di formazione iniziale per il conseguimento della qualifica di operatore socio-sanitario".

⁸ Delibera della Giunta regionale toscana n. 1052 del 24 settembre 2001 "Attuazione provvedimento 22 febbraio 2001 concernente 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".

⁹ Delibera Giunta Regionale Lombarda n. VII/5428 del 6 luglio 2001 "Individuazione della figura e del profilo professionale dell'operatore socio sanitario (OSS).

¹⁰ Legge regionale 16 agosto 2001, n. 20 "La figura professionale dell'operatore socio-sanitario" (BUR Veneto n. 75/2001).

vi sono compiti relativi alla somministrazione di farmaci: in modo più strutturato per la regione Lombardia e riguardante i farmaci non iniettabili in modo più estrapolato dal contesto per quanto riguarda la regione Veneto per l'effettuazione di terapia iniettiva intramuscolare. La regione Lombardia - al di là dell'allargamento di competenze rispetto al documento statale - si è fortemente preoccupata di vincolare in modo più chiaro l'agire professionale dell'operatore socio sanitario rispetto a quanto faccia il documento statale. Si legge infatti che l'OSS nell'assolvimento delle sue mansioni "agisce come figura di supporto in base alle proprie competenze e in applicazione dei piani di lavoro e di protocolli operativi predisposti dal personale sanitario e sociale preposto". È utile sottolineare come in genere i recepimenti avvengano con norme di carattere regolamentare (per lo più delibere della giunta regionale). Fa eccezione il Veneto che ha varato sull'OSS una vera e propria legge regionale;

- c) le regioni e le province autonome che hanno figure approvate in epoca pre-accordo conferenza stato regioni sull'OSS e che hanno un ambito di autonomia e di responsabilità ben maggiore dell'OSS. È il caso di ricordare in particolare dell'operatore socio-assistenziale (OSA) della provincia autonoma di Bolzano¹¹. La provincia di Bolzano, in antepresa

rispetto al documento statale, ha varato una figura che travalica alcuni aspetti oggi riconosciuti alla professione infermieristica, alle professioni della riabilitazione e della professione di podologo. Di dubbia legittimità l'art. 2 che definisce l'OSA "responsabile per il benessere generale sul piano fisico, psichico e sociale della persona da assistere". Il D.M. 14 settembre 1994, n. 739 recante il profilo professionale dell'infermiere, infatti, definisce l'infermiere come l'operatore responsabile dell'assistenza generale infermieristica che sicuramente ricomprende il benessere fisico e psichico dell'Osa della provincia di Bolzano. Inoltre sono previsti, all'art. 4, compiti di somministrazione di farmaci, medicazione di ferite, alimentazione tramite sonda che interferiscono con le attribuzioni attuali degli infermieri. Del tutto illegittimi sono i compiti che interferiscono con le professioni della riabilitazione. Si prevede infatti che all'OSA Bolzanino competa "l'attuazione di programmi terapeutici a livello motorio, di ergoterapia e di logopedia".

L'INQUADRAMENTO CONTRATTUALE

L'inquadramento dell'Operatore socio sanitario a livello contrattuale, è stato recentemente inserito¹² ed è stato previsto in categoria Bs (la stessa degli infermieri generici; l'ex V livello). Conseguenza di questo è la messa "ad esaurimento" della figura dell'operatore

¹¹ Decreto del Presidente della Giunta provinciale relativo alle mansioni e campi dell'attività dell'Operatore socio-assistenziale 28 dicembre 1999, n. 72, in G.U. serie speciale, n. 43 del 28 ottobre 2000 e nel supplemento ordinario del B.U.R. del Trentino Alto Adige n. 6 del 8 febbraio 2000. Riportato integralmente su questa *Rivista* n. 4/2000.

¹² CCNL del comparto sanità - il biennio economico e CCNL integrativo del CCNL del personale del comparto sanità stipulato il 7 aprile 1999, in Gazzetta Ufficiale del 24 ottobre 2001, supplemento ordinario n. 240.

tecnico addetto all'assistenza. La categoria delle figure ad esaurimento sono, nel contratto del comparto sanità, decisamente numerose. Si pensi alle principali: infermiere generico, infermiere psichiatrico, puericultrici, massofisioterapisti (alcuni tipi).

Le aziende dovranno provvedere "con oneri a proprio carico alla istituzione nella dotazione organica del nuovo profilo" in numero che sarà ritenuto necessario alla proprie esigenze organizzative. Il passaggio dei dipendenti dalla categoria B tipica dell'OTA alla categoria Bs della nuova figura avverrà attraverso "selezioni" interne in cui sono ammessi gli OTA in possesso dell'attestato di OSS "fino al loro completo esaurimento".

Conseguentemente verrà integrata la normativa concorsuale.

I RAPPORTI TRA IL PROFESSIONISTA E L'OPERATORE DI SUPPORTO: PROFILI DI RESPONSABILITÀ

Il titolo di questo paragrafo vuole rimarcare il fatto che l'OSS nasce come operatore di supporto all'assistenza sanitaria più che come operatore dell'assistenza infermieristica, oltre ad avere una competenza non solo sanitaria ma anche sociale.

Non vi sono però dubbi che il suo impiego sarà prevalentemente rivolto al supporto infermieristico e su suo corretto uso il mondo professionale da tempo si sta interrogando¹³.

Da un punto di vista generale la responsabilità per la corretta gestione dell'assistenza è saldamente in mano al personale infermieristico professionale come ben testimoniato dal combinato disposto dell'art. 1 del DM 14 settembre 1994, n. 739 comma 1 laddove si specifica che l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica, dal comma 2 b) laddove si precisa che l'infermiere "identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi"; dal comma 2c) laddove viene esplicitato che l'infermiere "pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico" e infine, dal comma 2f) laddove si puntualizza che "per l'espletamento delle funzioni l'infermiere si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto". Una interessante suddivisione degli ambiti di autonomia è stata fatta dalla regione Lombardia che ha prefigurato tre ambiti di attività dell'agire professionale dell'OSS diversamente classificabili.

Si specifica infatti che l'OSS:

- opera in quanto può agire in autonomia;
- coopera in quanto svolge solo parte dell'attività alle quali concorre con altri professionisti;
- collabora in quanto svolge attività su precisa indicazione dei professionisti.

Questa classificazione ci fa capire che quanto più l'OSS esce fuori dall'ambito

¹³ Si vedano tra gli altri i seguenti contributi: Matarese M, Destrebecq A, Casiraghi L, *Infermieri e operatori di supporto: dibattito*, Nursing Oggi, 4, 2000; Orlandi C, *Una nuova figura a supporto degli infermieri: l'operatore socio-assistenziale. Risorsa o problema organizzativo?*, Management infermieristico, 2, 2000; Saiani L, Franceschini M, *Il dibattito negli USA sulla "delega" delle attività assistenziali*, Assistenza infermieristica e ricerca, 2000, 19, 2; Saiani L, Cuel M, *OTAA: un progetto sperimentale di formazione*, in Foglio notizie Federazione Ipasvi, n. 6, novembre-dicembre 1999; Di Giulio P, *Cosa sta cambiando nella professione infermieristica?*, Assistenza infermieristica e ricerca, 2000, 19, 2; Silvestro A et al, *Principi e metodo seguiti dal Servizio infermieristico dell'azienda per i servizi sanitari 4 Medio Friuli per affrontare nella pratica assistenziale quotidiana, il problema di assicurare un'adeguata presenza di infermieri per rispondere al meglio ai bisogni sanitari dell'utenza*, L'Infermiere, 4, 2000.

autonomo quanto meno risponde del suo agire professionale. Il riferimento è in particolare sul terzo punto della classificazione dove l'operatore di supporto viene chiamato a essere una sorta di *longa manus* del professionista.

Un esempio di questo potrebbe venire dall'attribuzione dell'OSS che citiamo testualmente: "aiuta per la corretta assunzione dei farmaci prescritti". È utile sottolineare che si parla di "assunzione" e non di somministrazione: i due verbi non sono sinonimi. Il primo indica un'attività rivolta verso il paziente; il secondo un fare attivo da parte dell'operatore. In questa ottica, in caso di errore (di dosaggio, di orario, di indicazione ecc.) la responsabilità ricade interamente sul professionista e resta all'operatore la pura e semplice responsabilità dell'esecutore che, come specificavano i contratti degli anni settanta, era "limitata alla corretta esecuzione delle prestazioni nell'ambito delle istruzioni ricevute e dell'autonomia riconosciutagli", autonomia che in questo caso è pressoché annullata. In questo caso quindi - fatte salve le particolarità e le varietà dei casi - è riconducibile all'infermiere.

D'altra parte la somministrazione di farmaci è tradizionalmente riservata al personale infermieristico ed è preclusa alle figure dell'Operatore tecnico addetto all'assistenza, agli ausiliari, agli operatori di provenienza sociale.

Sul punto ha avuto modo di esprimersi anche la giurisprudenza amministrativa. Il T.A.R. della Toscana ha sentenziato:

"È illegittimo l'ordine di servizio con cui vengono incaricati di somministrare agli assistiti di un centro diurno di riabilitazione di un'azienda U.S.L., i farmaci prescritti dal medico curante, figure professionali come educatori, fisioterapisti e O.T.A. (Operatori tecnici addetti all'assistenza).

Non compete a tali figure la somministrazione di farmaci a soggetti disabili dato che tale attività presuppone la valutazione del momento della loro somministrazione, in relazione al concreto stato psicofisico dei destinatari stessi, richiede sicuramente una qualificazione, oltre che esperienza professionale.

La somministrazione di farmaci è del tutto estranea ai compiti di personale con qualifiche diverse da quelle infermieristiche in quanto l'opera dell'educatore professionale si limita alla cura del recupero e del reinserimento di soggetti portatori di menomazioni psicofisiche; l'opera del terapeuta occupazionale e del fisioterapeuta sono finalizzate al recupero e l'uso ottimale di funzioni finalizzate al reinserimento, all'adattamento e alla integrazione dell'individuo nel proprio ambiente personale, domestico e sociale, mentre i compiti dell'O.T.A. sono del tutto manuali.

La somministrazione di farmaci non può ritenersi mansione complementare e strumentale rispetto agli obiettivi di lavoro di tali figure professionali e sono da considerarsi del tutto estranee alle mansioni affidate dalle normative vigenti"¹⁴.

Nella stessa sede sono state respinte le tesi tendenti a ricomprendere l'attività di somministrazione di farmaci come "pienamente rientrante tra i compiti del personale operante nelle strutture senza distinzione di qualifica" e inoltre l'altra più suggestiva secondo la quale "la somministrazione di farmaci per via orale rientra tra gli atti quotidiani di vita.....che è tenuto a compiere colui al quale sia affidata permanentemente (tutore, esercente la patria potestà ecc.) del minore/interdetto/inabile. L'onere di tali attività si trasferisce a colui al quale venga affidata, anche temporaneamente, la custodia dei soggetti predetti. Nell'esercizio di tali attività l'affidatario risponde nei limiti della responsabilità del buon padre di famiglia".

Spazi di manovra più ampi nella somministrazione di farmaci vi sono rispetto alle figure di supporto precedente

¹⁴ T.A.R. Toscana, II sez., sentenza 11 giugno 1998, n. 552.

anche se la cautela con cui questa formulazione viene circondata dagli stessi estensori è evidente.

Alcune regioni e province autonome sono andate oltre prevedendo direttamente la somministrazione di farmaci, sia pure con diverse impostazioni e l'argomento è l'oggetto principale del decreto legge proposto dal governo sull'operatore socio sanitario specializzato (vedi oltre).

Altre voci sono di difficile catalogazione e di dubbia interpretazione. Poniamo l'esempio sulla effettuazione di "piccole medicazioni". Per piccole medicazioni si possono intendere medicazioni non estese, medicazioni non invasive, medicazioni che richiedono semplici azioni a contenuto non particolarmente professionale ecc. Questi dubbi devono in realtà essere risolti all'interno dei piani di lavoro predisposti in relazione alla complessità assistenziale richiesta. L'altra strada potrebbe essere - ma non è certo preferibile è - quella dell'integrazione regionale. La regione Emilia-Romagna ha, per esempio, specificato nel piano formativo che si tratta di "medicazioni piatte" da eseguirsi "secondo protocollo assegnato"¹⁵.

ATTRIBUZIONI E NON DELEGA

L'attività della delega è una necessità fortemente sentita nelle organizzazioni aziendali. In campo giuridico e, specificamente, nell'ambito del diritto penale, il termine delega di funzioni assume una valenza tutta propria rispetto a quella generalmente usata in ambito gestionale. In ambito

gestionale per delega si intende "il processo di gestione operativa del lavoro che si attua attraverso l'attribuzione di autorità per la realizzazione di un compito o di un obiettivo"¹⁶. In questo ambito oltre ai caratteri tipici della delega il controllo può essere assicurato tramite l'individuazione delle azioni correttive.

In ambito penalistico, che più si addice all'esercizio professionale, la delega assume un valore diverso e viene prevalentemente usata per obblighi di imprese (vedi normativa antinfortunistica) che non per l'esercizio professionale. Il problema che si pone è quello a ppunto di stabilire l'eventuale rilevanza penale della delega, "sia sotto il profilo di una eventuale esenzione di responsabilità del titolare originario, sia sotto quello di una assunzione di responsabilità da parte del nuovo soggetto di fatto preposto all'adempimento"¹⁷. 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 delegato¹⁸. È

¹⁵ Delibera della Giunta regionale della regione Emilia-Romagna n. 1404/2000 "Modello regionale di formazione iniziale per il conseguimento della qualifica di operatore socio-sanitario".

¹⁶ Zanetti M et al, *Il medico e il management*, Accademia nazionale di medicina, 1996.

¹⁷ Fiandaca G, Musco E, *Diritto penale - parte generale*, Zanichelli, 1995.

¹⁸ Cassazione penale, III sezione, sentenza 1156 del 22 marzo 2000.

del tutto impensabile che l'infermiere non possa ingerirsi nell'attività dell'operatore di supporto e che ogni attività sia formalizzata con uno scritto.

La soluzione deve essere trovata, anche in questo caso, nei piani di lavoro, che come ha correttamente scritto la regione Lombardia devono individuare "le attività attribuibili all'OSS sulla base dei criteri della bassa discrezionalità e dell'alta riproducibilità della tecnica utilizzata". Attività attribuibili, dunque e non delegabili. L'attribuzione proviene generalmente dal documento della conferenza stato-regioni o dalle varie *job descriptions* regionali.

La formulazione adottata in Lombardia in verità adombra anche la possibilità di individuare ulteriori funzioni oltre a quelle già esplicitate dalla normativa statale e regionale.

Parlare di attribuzione di compiti serve a fare maggiore chiarezza anche in tema di responsabilità a seconda del grado di autonomia riconosciuto in quel contesto e per quella attività.

Il termine delega di funzioni assume quindi un diverso valore tra l'ambito giuridico e quello gestionale-organizzativo-professionale. Il discorso potrebbe tranquillamente essere ampliato anche nella regolazione dei rapporti tra professionisti.

VERSO L'OSS SPECIALIZZATO?

Il termine OSS specializzato allo stato¹⁹ può avere una duplice accezione:

a) un operatore che frequenta uno dei moduli di "formazione integrativo previsti dal documento istitutivo dell'OSS della Conferenza stato-regioni al dichiarato fine di prevedere

un più adeguato inserimento nei servizi di questa figura. Sono allora direttamente previsti moduli didattici - di duecento ore di corso - riferiti a tematiche specifiche sia mirate all'utenza (ospedalizzata, anziana, portatrice di handicap, psichiatrica, con dipendenze patologiche ecc.) sia alla struttura di riferimento (residenza assistita, domicilio, casa di riposo, comunità, ecc.). Quindi una "specializzazione" di branca o di contesto. Questa situazione è già prevista e implementabile²⁰;

b) un operatore specializzato in quanto qualificato come tale e che vede ampliate le attività indipendentemente dalla branca specialistica o dal contesto in cui si trova ad agire. Il recente decreto legge 12 novembre 2001 n. 402 "Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario" (in Gazzetta ufficiale del 12 novembre 2001, n. 263) ha previsto "la formazione complementare in assistenza sanitaria che consente a detto operatore di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere autonomamente alcune attività assistenziali in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione". Il Ministero della salute ha già predisposto la bozza di decreto, che ha già avuto il parere positivo del Consiglio superiore di sanità nella seduta del 19 luglio 2001. L'OSS specializzato è la figura in possesso dell'attestato di qualifica di OSS e che ha seguito un apposito corso di

¹⁹ Ottobre 2001.

²⁰ Si veda a tal proposito la Delibera della Giunta regionale toscana n. 1052 del 24 settembre 2001.

formazione post base di 300 ore. Il richiamo alla collaborazione con l'infermiere e l'ostetrica, alla supervisione di questi ultimi su 11' O S S , non deve leggersi come pleonastico, ma piuttosto come la volontà del legislatore di ricondurre in modo chiaro e inequivoco la figura dell'OSS nell'alveo del supporto, anziché della figura autonoma, come alcune espressioni del documento della conferenza stato-regioni potrebbero indurre. Tra i compiti attribuiti a questa figura troviamo "la somministrazione, per via naturale, della terapia prescritta" e "l'esecuzione della terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica" e altre attività che sino ad oggi erano da considerarsi monopolio della professione infermieristica e ostetrica²¹: il tutto da attuarsi "conformemente alle

direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica o ostetrica e sotto la loro supervisione". Se questa figura venisse approvata la novità sarebbe rilevante. L'attività di somministrazione di farmaci diventa "attribuibile" anche agli operatori di supporto sia pure dietro le direttive e la supervisione infermieristica o ostetrica. Siamo al di là dell'aiuto per l'assunzione dei farmaci prescritti di cui parla il documento della Conferenza stato-regioni. I corsi di formazione dovranno - specifica la bozza del decreto - essere "strutturati in modo da garantire il raggiungimento delle competenze professionali per l'esercizio delle attività e dei compiti indicati". Nell'incertezza della progressione normativa si rimanda ad altro contributo l'approfondimento delle tematiche dell'OSS specializzato limitandosi

²¹ Bozza del Ministro della salute di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, Formazione complementare di assistenza sanitaria dell'Operatore socio-sanitario. Allegato A: L'operatore socio sanitario, che ha seguito con profitto il corso di formazione complementare in assistenza sanitaria, oltre a svolgere i compiti del proprio profilo, coadiuva l'infermiere o l'ostetrica/ o nelle attività assistenziali ed, in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica o ostetrica e sotto la loro supervisione è in grado di eseguire:

- la somministrazione, per via naturale, della terapia prescritta;
- l'esecuzione della terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica;
- i bagni terapeutici, gli impacchi medicati e le frizioni;
- il rilevamento e l'annotazione di alcuni parametri vitali (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e temperatura) del paziente;
- la raccolta di escrezioni e secrezioni a scopo diagnostico;
- medicazioni semplici e bendaggi;
- esecuzione clisteri;
- mobilitazione dei pazienti non autosufficienti per la prevenzione di decubiti ed alterazione cutanea;
- la respirazione artificiale, il massaggio cardiaco esterno;
- la cura, il lavaggio e la preparazione del materiale per la sterilizzazione;
- l'attuazione e il mantenimento dell'igiene della persona;
- la pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature, delle attrezzature sanitarie e dei dispositivi medici;
- la raccolta e stoccaggio dei rifiuti differenziati;
- il trasporto del materiale biologico ai fini diagnostici;
- la somministrazione dei pasti e delle diete.

a registrare in questa sede la contrarietà espressa dalle rappresentanze professionali infermieristiche²² e di altre professioni sanitarie del comparto per la preoccupazione dell'abbassamento qualitativo dell'assistenza che un simile provvedimento può apportare.

CONCLUSIONI

In sintesi la figura dell'operatore socio sanitario non può certo definirsi come la riedizione, ancorché corretta e aggiornata dell'infermiere generico, per una pluralità di motivi.

In primo luogo l'infermiere generico era, nell'ordinamento italiano degli anni settanta, una vera e propria figura infermieristica. Le figure infermieristiche allora erano due: professionale e generica. Attualmente la figura infermieristica è una sola; l'OSS nasce come figura di supporto all'assistenza e non come figura infermieristica vera e propria. Inoltre la dipendenza gerarchica dell'OSS è rivolta verso il personale sanitario e sociale, mentre l'infermiere generico coadiuvava l'infermiere professionale, ma aveva anche una dipendenza professionale-gerarchica dal medico. Infatti l'art. 6 del DPR 14 marzo 1974, n. 225 stabiliva e stabilisce (vista la sua vigenza relativa all'art. 6) che l'infermiere generico "coadiuva l'infermiere professionale in tutte le sue attività e su prescrizione del medico provvede direttamente alle seguenti ope-

razioni". Questa dipendenza-relazione con il medico non compare nelle norme istitutive l'OSS.

Il punto di forza maggiore della figura dell'OSS è senza dubbio la sua flessibilità, il suo essere socio-sanitario, il suo essere cioè in linea con l'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione e con le esigenze del servizio sanitario nazionale.

Il punto di debolezza invece può essere ravvisato in una formazione non coerente con i compiti che si vanno a ricoprire, con particolare riferimento alle figure da riqualificare, ex OTA ed ex Ausiliari specializzati.

In questi casi infatti compete alle regioni l'individuazione del debito formativo a cui deve sottoporsi la figura da riqualificarsi, con risultati che appaiono paradossali. Per l'OTA vengono previsti corsi tendenti a integrare la sua mancata preparazione sociale, ma alla fine del percorso vengono a lui attribuiti anche compiti di maggior spessore sanitario, senza alcuna altra formazione sanitaria. Sempre a livello di formazione, le regioni stanno implementando sistemi formativi piuttosto dissimili, a volte affidando la formazione ad agenzie private, a volte a istituzioni pubbliche altre ancora direttamente gestite dalle aziende sanitarie locali. Non sempre viene stabilita una uniformità nella gestione, nella direzione e nella docenza di detti corsi.

²² Comunicato stampa della Federazione nazionale IPASVI del 4 agosto 2001, *Emergenza infermieri: superiamola senza pasticci! Le proposte della Federazione nazionale dei colleghi Ipasvi*, in sito web www.ipasvi.it