

ISABELLA IACURTO

MANUALE
OSS

OPERATORE SOCIO SANITARIO

MANUALE COMPLETO
PER LA PREPARAZIONE
ai **CORSI**
e **CONCORSI** per
OPERATORE
SOCIO SANITARIO

NLD
CONCORSI

Capitolo V

L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO SOCIO SANITARIO

SOMMARIO

1. Tipi di assistenza. 2. Il processo di attribuzione del lavoro multiprofessionale. 3. Gli errori nelle terapie 4. Il Piano di Assistenza Individuale (PAI). 5. Protocolli, procedure e linee guida. 6. La cartella infermieristica. 7. La cartella clinica. 8. La cartella clinica integrata. 9. La cartella clinica elettronica. 10. La Carta dei Servizi Pubblici Sanitari. 11. L'assistenza e la documentazione. 11.1. La documentazione narrativa. 11.2. La documentazione orientata alla fonte e ai problemi. 11.3. La documentazione secondo il sistema PIE, la documentazione focalizzata e quella attraverso le eccezioni. 11.4. La documentazione informatizzata. 12. I moduli per documentare i dati. 12.1. Il kardex. 12.2. Le schede di flusso. 12.3. Le note progressive. 12.4. La scheda di dimissione. 13. I rapporti. 14. Il registro operatorio. 15. L'OSS e la documentazione infermieristica.

■ 1. Tipi di assistenza

I modelli che sono entrati a far parte della letteratura infermieristica, sviluppatasi per lo più negli Stati Uniti, nel Canada in Inghilterra sono: il modello funzionale o per compiti (Functional Nursing), il modello per piccole équipes (team nursing), l'infermiere primario o responsabile della presa in carico del paziente (Primary Nursing), il case management o gestione del caso.

■ MODELLO FUNZIONALE

“Il compito” è la parte più semplice di una determinata azione.

Nel modello funzionale il lavoro è strutturato “per compiti” come accade nell'industria meccanica classica, utilizzando la “catena di montaggio”; a ciascun operatore viene affidato l'obbligo di svolgere un determinato compito. In questo modo però, il lavoratore è responsabile solo del suo agire e non conoscendo o non dovendo conoscere i compiti degli altri viene spinto, con il tempo, ad una forma di deresponsabilizzazione nei confronti dell'intero processo assistenziale. Ciascun operatore, infatti, ha il dovere di rendicontare il proprio lavoro svolto alla figura superiore, la capo sala. Il contesto è di tipo piramidale e gerarchico.

La caposala è teoricamente responsabile di tutte le cure erogate ed è la figura che deve garantire la trasmissione delle informazioni, il coordinamento dell'assistenza e la valutazione dei risultati globali.

Sebbene efficiente, il modello funzionale non è motivante.

MODELLO TEAM NURSING

La tesi che sta alla base dell'organizzazione “per équipe” è la seguente: la creazione di “piccoli gruppi” di operatori (esempio: due OSS e un infermiere), ciascuno destinato ad assistere “un piccolo gruppo” di malati, pone le basi per un rapporto tra “persona assistita” e “persona che assiste”, più ricco nei contenuti e più continuo nel tempo.

Per garantire completezza e continuità del rapporto tra paziente ed équipe assistenziale, il modello presuppone che:

- il personale dell'unità di degenza sia suddiviso in gruppi, ciascuno dei quali integralmente responsabile dell'assistenza e una migliore relazione con le persone assistite;
- tutti gli atti assistenziali rivolti al gruppo di malati, cui l'équipe è assegnata, siano compiuti dagli operatori che compongono l'équipe stessa;
- risulti sostanzialmente stabile nel tempo l'assegnazione degli operatori alle équipe e l'abbinamento tra l'équipe ed il gruppo di malati assistiti.
- in ciascuna équipe viene individuato un infermiere responsabile della pianificazione dell'assistenza.

MODELLO “PRIMARY NURSING”

Gli elementi costitutivi del Primary Nursing sono:

1. l'attribuzione e l'accettazione da parte di ciascun individuo della responsabilità personale nel prendere delle decisioni; con questo approccio decisionale decentralizzato il flusso comunicativo viene semplificato e tutte le decisioni prese sono basate sulla conoscenza dei bisogni del paziente e sulla relazione con esso e con i suoi familiari.
2. l'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo dei casi (*case method*);
3. la comunicazione diretta da persona a persona;
4. una persona operativamente responsabile per la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti di un reparto 24 ore su 24 ore.
- 5.

MODELLO “CASE MANAGEMENT”

Il case management (gestione del caso) è l'insieme coordinato delle operazioni e dei processi volti a garantire che un assistito riceva i servizi di cui abbisogna nel modo migliore possibile, sia dal punto di vista dell'efficacia sanitaria che da quello dell'ottimizzazione economica. I compiti di base del case management includono: l'effettiva valutazione del bisogno dell'assistito, la cura e la pianificazione, l'implementazione del servizio e la revisione periodica dello stato di avanzamento della cura. **Tutto questo si svolge attraverso l'assegnazione al paziente (il “caso”) di un professionista (il “case manager”) che sappia assolvere a questi compiti.**

Il primo obiettivo del case management è quello di preservare l'indipendenza degli assistiti, se necessario ricorrendo all'assistenza informale (*care givers*:

familiari, badanti, volontari), mentre i servizi professionali vengono presi in considerazione per fornire qualche prestazione specifica.

Il piano è una proposta organica di azione da mettere in pratica sulla base delle informazioni sull'assistito e sulle risorse attivabili.

■ 2. Il processo di attribuzione del lavoro multiprofessionale

Il processo di attribuzione si suddivide in:

- **Giusto Compito:** l'infermiere si dovrà quindi chiedere se il compito attribuito rientri nelle attività previste dal profilo professionale dell'OSS, se risponde ai requisiti di bassa discrezionalità decisoria, alta riproducibilità tecnica e a basso rischio per l'assistito.
- **Giuste Circostanze:** se la circostanza di attribuzione è di routine o di urgenza. Se ci permetterà di supervisionare al meglio.
- **Giusta Persona:** se la persona possiede le capacità e la sufficiente esperienza per eseguire il compito di attribuzione, se è stato formato per l'attività specifica, vista la disparità formativa dei corsi regionali.
- **Giuste Istruzioni e Buona Comunicazione:** l'infermiere dovrà ancora porsi nella posizione di spiegare correttamente il compito attribuito e verificare la piena comprensione da parte dell'OSS e chiedersi se sarà in grado di supervisionare ed intervenire in caso di necessità.
- **Giusta Supervisione e Valutazione:** nel senso che la responsabilità del risultato è sempre del delegante che deve adeguatamente valutare il lavoro affidato ante e post.

■ 3. Gli errori nelle terapie

La somministrazione della terapia è un processo complesso che comprende più fasi e che coinvolge più persone. Durante la somministrazione è facile andare incontro a errore.

L'errore può verificarsi in una qualsiasi fase del processo della terapia e può determinare un evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco.

La corretta procedura per la somministrazione dei farmaci è sintetizzata a livello internazionale già da molti anni, nella formula delle "7G".

Una delle strategie per la prevenzione degli errori di prescrizione e di trascrizione consiste nell'adozione della scheda unica di terapia e più recentemente nell'implementazione di cartelle cliniche informatizzate, che possono essere collegate ai sistemi informativi della farmacia e ai sistemi di codifica dei farmaci e di identificazione dei pazienti e dei somministratori, attraverso i codici a barre.

■ 4. Il piano assistenziale Individuale (PAI)

Parlare di Piano Assistenziale Individualizzato significa parlare di un'assistenza professionale basata sulla capacità di progettare e programmare.

Prevenzione delle cadute

- Istituire speciali precauzioni per i pazienti a rischio di caduta.
- Ridurre la distanza tra il letto o la sedia usati dal paziente ed il bagno;
- Assicurare l’accesso al campanello al paziente, che esso funzioni, e che vi sia pronta risposta alla chiamata;
- In situazione di emergenza e solo per periodi di tempo limitati, considerare la possibilità di collocare il materasso per *terra se il* paziente è particolarmente confuso.

Mobilizzazione e deambulazione

1. Prima della deambulazione controllare che il paziente indossi abiti e scarpe della giusta misura;
2. Le ciabatte devono essere evitate; le scarpe non devono avere la suola scivolosa;
3. Se il paziente è portatore di pannolone, controllare che sia ben posizionato (in modo tale che non scenda durante la marcia);
4. Utilizzare i presidi individuali raccomandati, ben progettati e sicuri (come gli ausili per la mobilizzazione) per ridurre i potenziali rischi ambientali. Ad esempio, le sedie a rotelle, i deambulatori, i bastoni devono essere in buono stato ed adatti ai bisogni della persona;
5. In collaborazione con il fisioterapista, fornire l’addestramento per gli ausili necessari e monitorarne il reale uso;
6. Non utilizzare carrozzine con predella fissa e/o senza freni;
7. Se il paziente è in carrozzina utilizzare apposite cinture di sicurezza e/o cuscini antidecubito che impediscano lo scivolamento;
8. Mantenere in modo appropriato le sedie a rotelle, i deambulatori ed i bastoni (ad esempio assicurare che i freni della sedia a rotelle funzionino bene; posizionare punta di gomma o punteruolo nei bastoni a seconda di cosa è richiesto) sviluppare un piano posturale per il paziente, che comprenda anche la posizione seduta;
9. Qualora il paziente effettui terapia infusione e dove non vi sia la necessità di infondere i liquidi in modo continuativo nelle 24 ore, programmare la somministrazione lasciando libero il periodo di riposo notturno.

STRATEGIE AMBIENTALI

1. Realizzare interventi ambientali e modifiche delle attrezzature, che siano economici, ma di alta resa, come l’aggiustamento dell’illuminazione, la disponibilità di ausili per la mobilizzazione appropriati, accesso ai campanelli di allarme sia al letto che alla sedia, letti ad altezza variabile e sedie di buona qualità. Rimuovere il mobilio basso (poggiapiedi, tavolini) che possono costituire inciampo alle persone accanto al paziente ad alto rischio;
2. Evitare disordine o cumuli di cose sul pavimento, soprattutto accanto al letto del paziente;
3. Garantire una adeguata illuminazione per aumentare la visibilità soprattutto durante la notte, vicino al letto ed al bagno;

4. Assicurare l’ordine, evitando di lasciare oggetti sul pavimento, laddove potrebbero costituire inciampo per i pazienti;
5. Rendere stabili i letti e il mobilio o allontanare il mobilio non fermo dal paziente a rischio.

■ 8. La contenzione

“La contenzione, come già affrontato, è da utilizzare solo in particolari condizioni, solo dopo consenso informato e correttamente motivato e documentato. L’abuso di mezzi della contenzione è punibile con l’art. 571 del codice penale”.

La contenzione può essere definita come un particolare atto sanitario-assistenziale effettuato attraverso mezzi chimici-fisici-ambientali utilizzati direttamente sull’individuo o applicati al suo spazio circostante per limitarne i movimenti.

■ SI POSSONO DISTINGUERE QUATTRO TIPI DI CONTENZIONE:

1. **contenzione fisica:** applicazione di presidi sulla persona o uso degli stessi come barriera nell’ambiente che riducono o controllano i movimenti;
2. **contenzione chimica:** somministrazione farmaci che modificano il comportamento come tranquillanti e sedativi;
3. **contenzione ambientale:** attuazione di cambiamenti apportati all’ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllare i suoi movimenti;
4. **contenzione psicologica o relazionale o emotiva:** ascolto e osservazione empatica del soggetto che si sente rassicurato e potrebbe ridurre l’aggressività.

■ I mezzi di contenzione fisica si classificano in:

1. mezzi di contenzione per il letto (per esempio spondine);
2. mezzi di contenzione per la sedia (per esempio corpetto);
3. mezzi di contenzione per segmenti corporei (per esempio polsiere, cavigliere);
4. mezzi di contenzione per postura obbligata (per esempio cuscini anatomici).

■ Le conseguenze dell’uso della contenzione sono classificabili in due gruppi:

1. danni diretti causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione su alcune parti del corpo;
2. danni indiretti che comprendono tutte le possibili conseguenze dell’immobilità forzata quali, lesioni da pressione, aumento della mortalità, prolungamento dell’ospedalizzazione, danni psicologici ed emotivi.