

La collaborazione tra il Professionista Infermiere ed OSS nelle Sale Operatorie

Dott. Roberto Povoli
Coordinatore Blocco Operatorio
Struttura Ospedaliera S. Maria del Carmine
Rovereto

Componente Esecutivo AICO

Bergamo, 6 maggio 2017



L'emergere delle competenze individuali nella sala operatoria, necessarie a far fronte ai fabbisogni organizzativi è condizionato da fattori individuati in letteratura:

- **il ruolo del professionista e i fattori che influenzano l'attività**
- **i bisogni del gruppo (norme, valori, credenze)**
- **le concezioni personali (valori, credenze, opinioni, interessi, esperienze, aspettative)**

La generazione Infermiere



La professione infermieristica, negli ultimi anni, ha visto mutare il proprio quadro normativo oggi si è pienamente partecipe dei cambiamenti previsti, anche se le grandi potenzialità della professione sono sottovalutate dagli stessi appartenenti alla categoria.



L'articolo “Multigenerational Nurses in the Workplace” pubblicato sulla rivista Jona nel 2004 e Jamieson nel 2009 su Kai Tiaki Nursing New Zealand e Stokowsky 2013 suddivide la popolazione infermieristica in quattro generazioni:

- **Veterani (nati dal 1925-1945)**
- **Baby Boom (nati dal 1946 al 1964)**
- **Generazione x (nati dal 1965 al 1980)**
- **Millennials (Y) (nati dal 1980 al 2000)**

Caratteristiche generazione veterani



- **propensione al lavoro in gruppo**
- **rispetto gerarchia, dell'autorità**
- **precisa divisione dei lavori**
- **desiderio di ottenere posizioni manageriali**

Caratteristiche generazione Baby Boom

- **si ritengono un modello di comportamento per le competenze acquisite e desiderano essere viste come mentor, leader e professional- trainer**
- **ritengono il lavoro uno degli aspetti prioritari della vita**
- **devono essere incoraggiati e stimolati per l'utilizzo di nuove tecnologie**



Caratteristiche generazione X



- generazione maggiormente presente nel sistema sanitario
- riconoscimento autorità se accompagnata da leadership positiva
- indipendenti ed autonomi
- richiedono frequenti feedback equilibrio tra vita privata e vita lavorativa
- sufficiente confidenza con la tecnologia
- desiderio di riconoscimento personale ed economico
- comprensione che il loro futuro si gioca sulla professionalità

Caratteristiche generazione Millenials



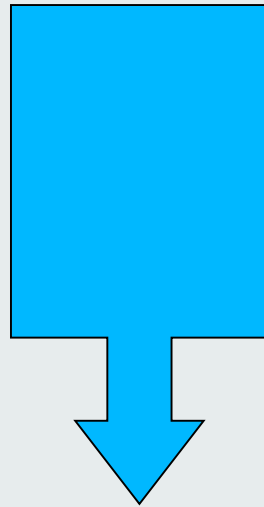
- **entra oggi nella professione**
- **pluralistica e multi-etnica**
- **propensione al lavoro in gruppo cooperativo**
- **desiderio lavoro ben remunerato**
- **equilibrio tra lavoro e vita privata**
- **le nuove tecnologie fanno parte della loro vita**
- **aspetto intellettuale del lavoro è una prerogativa**
- **aspettative di valutazione per il capitale intellettuale che producono**
- **aspettative di progettare lo sviluppo di carriera, con progetti personali di movimento e avanzamento.**

LA FORMAZIONE

Codice di comportamento dell'OSS

L'OSS deve continuamente migliorare la sua formazione e le sue capacità operative

D.p.r. 28 NOVEMBRE 1990, N. 384



OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA
OTA



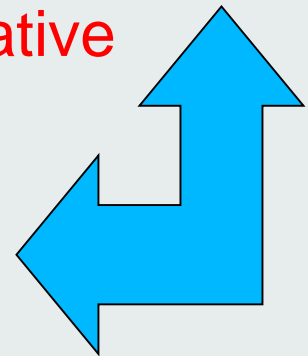
Operatore tecnico addetto all'assistenza

*svolge la propria attività sotto la
diretta responsabilità del caposala o
dell'infermiere responsabile del turno*

Operatore tecnico addetto all'assistenza

Art. 7 d.m. 295/1991

L'ota deve essere inserito prioritariamente nell'equipe assistenziali delle unità operative



Nasce e si sviluppa in ambiente ospedaliero



L'operatore Socio Sanitario è la risultante della fusione tra l'ambito sanitario e quello sociale

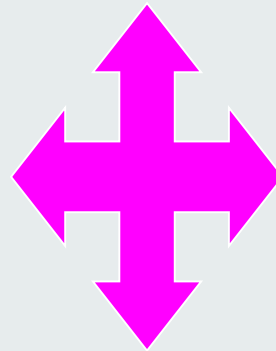


PERCHÉ L'OSS?



aumento della domanda sanitaria

**carenza
infermieristica**



**evoluzione delle
figure di supporto**

**sviluppo della professione
infermieristica**

D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229

Norme per la razionalizzazione del SSN

Sorge l'esigenza di una più marcata integrazione dell'area sociale con l'area sanitaria e la necessità di creare una figura di supporto all'assistenza, adeguatamente preparata, con profili di competenza più ampi dell'OTA



... ritenuto non più differibile l'istituzione di una specifica figura di operatore socio sanitario che svolga la propria attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario, ed a favorire il benessere e l'autonomia dell'utente (Accordo Stato regioni 22.02.01)

Contratto Collettivo integrativo 2001

Operatore socio sanitario: Svolge la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario in servizi di tipo socioassistenziale e sociosanitario residenziali e non residenziali, in ambiente ospedaliero ed al domicilio dell'utente svolge la sua attività **su indicazione**, ciascuna secondo le proprie competenze, degli operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria ed a quella sociale, e in collaborazione con gli altri operatori secondo il criterio del lavoro multiprofessionale

Infermiere



OSS

ATTRIBUZIONE DI COMPITI E NON DELEGA DI COMPITI



Storia
dell'Assistenza Infermieristica

- ◆ Non sempre nella storia dell'ASSISTENZA si parla esplicitamente di **DELEGABILI** e non è chiaro quando questo termine compare per la prima volta e **chi** viene definito con tale termine.

La delega si verifica quando un soggetto delegante conferisce a un soggetto l'incarico di eseguire una prestazione che rientra nella responsabilità del primo

L'infermiere demanda alcune attività assistenziali che rientrano nel curriculum formativo e negli ambiti di competenza dell'operatore di supporto

Occorre organizzare un integrato sistema di responsabilità e di interventi, tenendo in debito conto la formazione e la qualificazione degli operatori dell'assistenza



Storia dell'Assistenza Infermieristica

- * GRECIA.
- * **Mito di Asclepio (Esculapio per i Latini)**
- * Asclepio : figlio del dio Apollo (dio della salute) e di una mortale
- * Figli di Asclepio:
 - * Macaone : *abili mani per estrarre dardi e curare ferite.*
 - * Podalirio : *scopriva cose impossibili e curava i malati che non guarivano.*

Tra infermieri e operatori si realizza un rapporto di **collaborazione**, supporto e sostegno, integrazione con l'obiettivo finale dell'efficienza e qualità degli interventi

Storia
dell'Assistenza Infermieristica

- ◆ **Assistere** = ad sistere = stare accanto , stare vicino
- ◆ **Infermiere** da **Infermo**
- ◆ **Infermo** = in firmus = chi è affetto da malattia tale da costringerlo all'immobilità

quindi

*Assistenza Infermieristica = STARE ACCANTO A
CHI NON E' IN GRADO DI ESSERE
AUTONOMO*



*NON PUO' ESSERE TRASFERITO
IL CORE DELL'ATTIVITA'
INFERMIERISTICA*

LA RESPONSABILITA'



LA RESPONSABILITA'

Attitudine a rispondere del proprio operato, in caso di errore od omissione, davanti ad un giudice

Valutazione a posteriori da parte di un soggetto esterno

RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

OBBLIGO DI RISPONDERE DEL PROPRIO OPERATO

PENALE

CIVILE

DISCIPLINARE



DEONTOLOGIA

**COSCIENZA
INDIVIDUALE**

**COSCIENZA
PROFESSIONALE**



L'oss svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale
(Conferenza Stato-Regioni 22.02.2001)

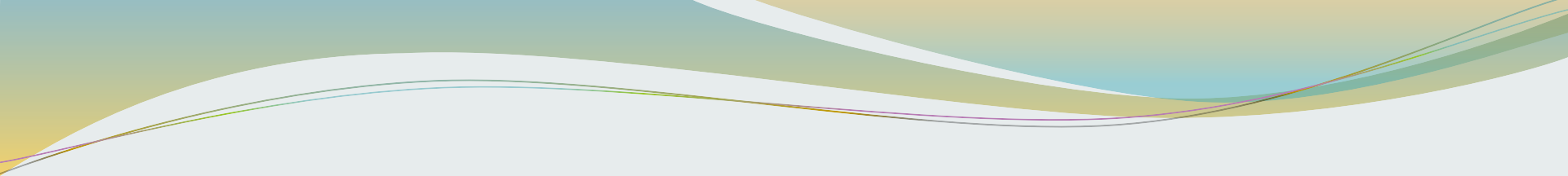
La nozione di **collaborazione** fa pensare a una partnership piuttosto che a una **rigida gerarchia** di competenze.



- E' dotato di autonomia complessiva nella attività di base
- Non agisce per delega di funzioni, ma ha compiti originari che gli vengono **attribuiti** direttamente dal profilo che lo ha istituito
- Risponde per la non corretta esecuzione delle prestazione affidategli

La **decisione** di effettuare direttamente un'attività o di assegnarla/attribuirla all'oss, non deve scaturire da procedure routinarie o consuetudini organizzative, ma da un ***processo decisionale*** che deve essere personalizzato per ogni assistito e situazione clinica.

(A. Pennini in G. Barbieri, A Pennini,
Le responsabilità infermieristiche, Carocci Faber, 2015)



il professionista è colui che, decidendo e valutando, **sa risolvere i problemi fornendo risposte** (*risposta*) ed è disposto ad accettare che la sua decisione possa essere sbagliata, assumendosene la responsabilità

Gianrico Carofiglio

LE RESPONSABILITA' CONDIVISE

- i medici hanno la responsabilità diagnostica, terapeutica e chirurgica;
- gli infermieri hanno la **responsabilità della gestione del paziente**, che è affidato quasi esclusivamente al personale infermieristico, il quale, ove lo reputi necessario, si avvale dell'opera del personale di supporto;
- il personale di supporto ha la **responsabilità della corretta esecuzione del compito affidatogli.**

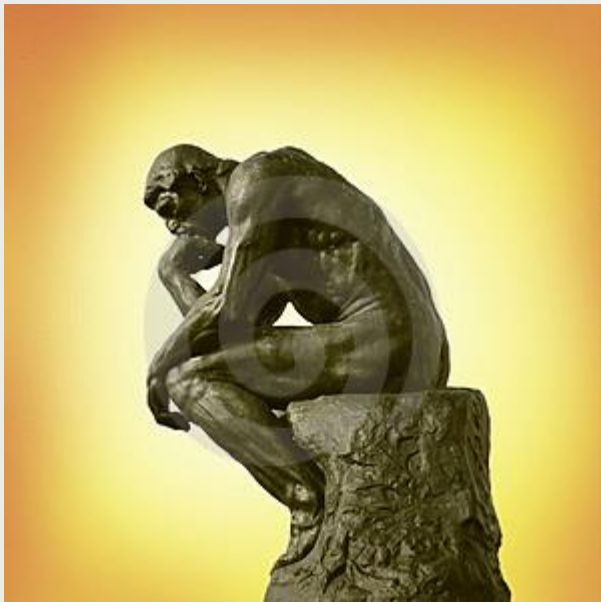
LA RESPONSABILITA' NEL LAVORO SANITARIO D'EQUIPE



Il Professionista Infermiere ha la responsabilità della progettazione e dell'organizzazione del processo assistenziale, all'interno del quale si muove e opera l'OSS.

Il Professionista infermiere ha il controllo del risultato, della gestione e della definizione degli obiettivi.

La decisione dell'assegnare diviene un atto complesso intellettuale e pratico



(A. Pennini in G. Barbieri, A Pennini,
Le responsabilità infermieristiche, Carocci Faber, 2015)

DOTAZIONE ORGANICA SALE OP

Attualmente le indicazioni normative attinenti l'organico delle sale operatorie prevedono genericamente la presenza di almeno due infermieri per sala operatoria, senza occuparsi di tutto ciò che ruota all'esterno della camera operatoria ma che inevitabilmente rientra nel percorso assistenziale del paziente nel blocco operatorio

Non viene presa in considerazione la complessità assistenziale dovuta alla tipologia dell'intervento.

Non viene preso in considerazione le nuove figure di supporto all'interno delle sale operatorie O.S.S.e/o O.S.S.S.

Tradizionalmente le figure riscontrabili all'interno delle sale operatorie italiane sono essenzialmente due:

- 1. l'infermiere "**DI SALA**"
- 2. l'infermiere strumentista o "**FERRISTA**"
- In alcune realtà è presente una figura cosiddetta di "**INFERMIERE DI ANESTESIA**", **che trova però da sempre molti** limiti all'esercizio professionale anche in relazione al fatto che l'anestesia è da considerarsi un atto medico specialistico.
- Negli Stati Uniti la figura del Nurse anesthetist ha acquisito una decisiva importanza, in uno studio del 1984 si calcolava che il 65% delle anestesie venivano praticate direttamente dai **certified nurse anesthetists**.

- L'inserimento di operatori di supporto, in particolare dell'operatore socio-sanitario (O.S.S.), in un Blocco Operatorio può avere il massimo successo se si svolge sulla base di un **progetto ad hoc**.

Esso deve mirare a:

- la realizzazione di determinati presupposti di natura culturale e organizzativa;
- la stesura e l'implementazione di un'apposita procedura di inserimento;
- la verifica a distanza dei risultati dell'inserimento in termini di qualità delle prestazioni e di soddisfazione degli utenti e degli operatori;
- stabilire in dettaglio, le diverse fasi: cosa compete all'infermiere dirigente, cosa al coordinatore, all'infermiere e ai diretti interessati.



Le discipline chirurgiche si sono trasformate da arte a scienza per merito di una moderna preparazione all'intervento chirurgico attuata in ogni paziente "

OSS nel percorso chirurgico



Consapevolezza del ruolo e funzione e delle relative responsabilità.

Forte equilibrio psico-emotivo

Consapevolezza della peculiarità dell'ambiente e delle situazioni

Capacità di lavorare in gruppo

Intuito, attenzione, osservazione, scrupolo, determinazione

Precisione nelle azioni e buona memoria

Team Lavorativi in Sala Operatoria

Secondo lo studio di Lerner et al. 2009 Mount Sinai Medical Center New York, Paige JT et. al **2015** Department of Surgery, LSU Health New Orleans School of Medicine, Bogdanovic et. al **2015** Industrial Psychology and Human Factors Group, Department of Psychology, University of Fribourg, Switzerland il **lavoro di squadra** è un obiettivo importante in sala operatoria .

Un sistema sanitario che supporta il lavoro di squadra è efficace per permettere un **miglioramento della qualità dell'assistenza** e **ridurre problemi di carico di lavoro**

- necessità di costituire un Team
- favorire approccio di squadra per migliorare la qualità del percorso perioperatorio
- favorire la comunicazione
- rispetto reciproco
- *necessario conoscere con precisione i ruoli* (Tucker 2015)



Aumentare la standardizzazione, la cultura e migliorare le procedure consente di promuovere il fattore umano dando risalto a perizia ed abilità, migliorando la consapevolezza e al recupero del danno, rinforzando il **lavoro di squadra e la**

leadership (Institute of Social and Cultural Studies, Sociology Department, University of the Punjab, Lahore, Pakistan e Department of Public Health Medicine, School of Public Health, Bielefeld University Germany **2016**)

Van Beuzekom et. al. 2012 Patient safety in the operating room: an intervention study on latent risk factors. OR Centre, Leiden University Medical Centre Netherlands

Meissner Risk management in the operating room. Promoting a constructive error culture 2013

Jafree et al [BMC Health Serv Res.](#) 2016 Jan 5;16(1):3. Nurse perceptions of organizational culture and its association with the culture of error reporting: a case of public sector hospitals in Pakistan. 2016

La sala operatoria





Sala Operatoria

La sala operatoria è una struttura ad interdipendenza sequenziale nella quale lavorano molteplici professionisti che concretizzano il concetto di interdisciplinarietà e multidisciplinarietà con una specifica competenza che va ad integrarsi per il raggiungimento di un obiettivo

Rosey AORN 2012

Ulrich 2007



La sala operatoria, se confrontata con le altre unità operative presenti in una struttura sanitaria, rappresenta un contesto organizzativo particolarmente complesso: agli operatori sono richieste frequenti interrelazioni con le altre figure professionali, l'utilizzo di procedure altamente standardizzate, un elevato addestramento per l'utilizzo di apparecchiature complesse, abilità non comuni per affrontare situazioni critiche, comportamenti adeguati a garantire elevate condizioni di sicurezza per il paziente

**Di Denia P., Caminati A., Martini C., Marzola L.,
I rischi in sala operatoria, in *Risk Management*, Carocci Faber, 2007**

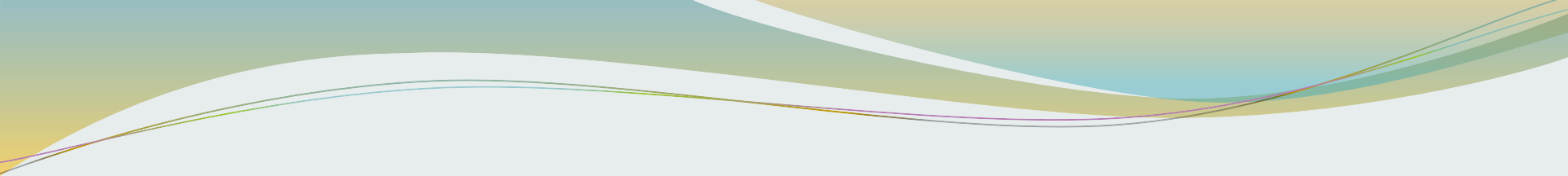
Il nuovo volto delle strutture ospedaliere

Il rapido evolversi delle tecniche chirurgiche ormai strettamente connesse all'uso di apparecchiature ad elevato contenuto tecnologico, ha mutato il volto delle strutture chirurgiche che ormai sono profondamente caratterizzate da un profilo altamente specializzato e da approcci clinici interdisciplinari.



L'inserimento e la valorizzazione delle figure di supporto sono da considerarsi una risorsa se significano:

affidare all'operatore di s. attività che non sono specifiche/proprie dell'infermiere e per cui il personale di s. possiede le conoscenze e le abilità per eseguirle (spesso sono impropriamente eseguite dagli infermieri)



L'inserimento e la valorizzazione delle figure di supporto sono da considerarsi una risorsa se significano:

definire in modo chiaro le responsabilità del processo assistenziale nella figura dell'infermiere, che diventa il professionista di riferimento, che da indicazioni operative alla figura di supporto e la legittima in quanto tale

L'inserimento e la valorizzazione delle figure di supporto sono da considerarsi una risorsa se significano:

utilizzare il processo di “assegnazione di compiti” attribuendo responsabilità per il risultato di azioni/attività affidate dall'infermiere con un mandato chiaro, specifico e ben definito alla figura di s. e da questi eseguite sotto la supervisione dell'infermiere;

Conclusioni

Il Ruolo dei Professionisti e del Personale di supporto è in continua evoluzione nell'ambito chirurgico come affermato da significativi Studi Internazionali:

STUDIO

- **Bruce Turner Oncology Nurse Practitioner, Homerton University Hospital and Whipps Cross University Hospital, London 2011**
- **Philippa Aslet Senior Clinical Nurse Specialist, Basingstoke Hospital 2011**
- **Quallich SA Source Division of Sexual and Reproductive Health, Department of Urology, University of Michigan, USA nel 2011.**
- **Abrams et.al. Bristol Urological Institute, Southmead Hospital, United Kingdom 2011**
- **Albaug Jeffrey A Advanced Practice Urology Clinical Nurse Specialist, North Shore University Urology, and an Assistant Research Professor, the University of Illinois at Chicago 2012**
- **Fry M et.al Faculty of Nursing, Midwifery and Health University of Technology, Sydney, Australia 2012**
- **Bereciartu Martinez, Health School of the Polytechnic Institute of Portalegre (Portugal), 2015**
- **Patel NG Hong Kong 2015**

Il lavoro di squadra efficace è uno degli elementi essenziali nel condurre procedure chirurgiche di successo e sicuri in sala operatoria

Un lavoro condotto in Germania nel 2014 evidenzia cinque criteri per un lavoro efficace in sala operatoria:

coordinamento, comunicazione, cooperazione, leadership e il monitoraggio di squadra.



Conclusioni

Costruire Team efficaci con leadership, definire obiettivi chiari, attraverso una comprensione del ruolo di ogni Professionista, valutare la complessità dell'intervento e dell'assistenza chirurgica e il feedback continuo con un **visione proiettata al futuro**



Aralkelian E. Department of Surgical Sciences, Uppsala University, Uppsala 2011

Iadaluca A, Destrobecq A .Ospedale Riuniti Bergamo 2011

Sax HC .Department of Surgery, Cedars-Sinai Los Angeles 2012

Canadian Journal Of Surgery 2013

Shari Held. Working the OR 2013

Ray JD, Overman AS American Organization of Nurse Executives (AONE) 2014

Yngman- Uhlin et al Obstacles and opportunities for achieving good care on the surgical ward: nurse and surgeon perspective.
Journal Nurse Mang. 2015 Dec

Secondo Bender 2013 si enuncia un concetto di **ruolo del leader infermiere clinico** (the role of the clinical nurse leader).

Il ruolo del **clinical nurse leader** rappresenta un'opportunità innovativa per la **leadership clinica** di collaborare insieme per ridisegnare un sistema di assistenza sanitaria e migliorare la qualità dell'assistenza del paziente

Il clinical nurse leader sec. lo studio di Bender **2016** è un nuovo ruolo innovativo per soddisfare gli standard di qualità più elevati di assistenza sanitaria.

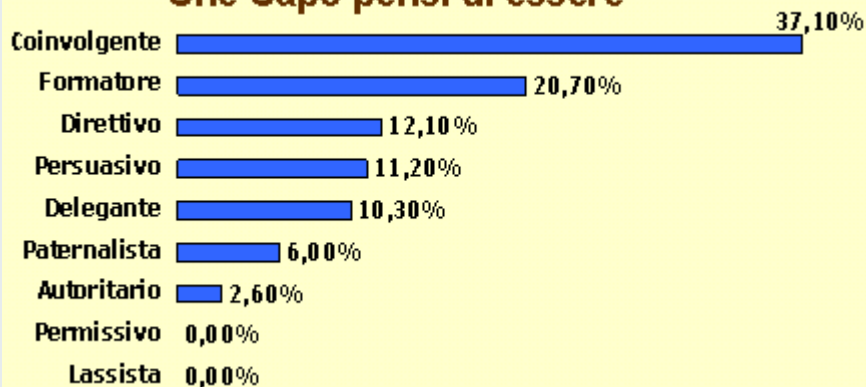
Bender M. Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader. [J Nurs Manag.](#) 2013 Jan;21(1):165-74
Bender M. Clinical Nurse Leader Integration Into Practice: Developing Theory To Guide Best Practice. [J Prof Nurs.](#) 2016 Jan-Feb;32(1):32-40

La leadership infermieristica è la capacità di esprimere una vision, **stabilire relazioni basate su fiducia**, sensibilizzare e coinvolgere il personale, individuare e fare propri valori e standard, trasmettere **il cambiamento**, **avere una riflessione critica (2016)** e raggiungere gli obiettivi

La leadership è una forza potenziale che **crea entusiasmo e gioia**, che migliora le relazioni umane, la collaborazione sul lavoro e crea un ambiente lavorativo soddisfacente

Riguarda tutti gli ambiti **della professione Infermieristica**: l'ambito clinico assistenziale, della formazione, della ricerca e della dirigenza

Che Capo pensi di essere



Phillips JM et al. Fostering Future Leadership in Quality and Safety in Health Care through Systems Thinking J. [Prof Nurs.](#) 2016 Jan-Feb;32(1):15-24

IN CONCLUSIONE.....

*é necessario cambiare il sistema solo se le
organizzazioni e i loro leaders
intendono farlo*

D. Berwick

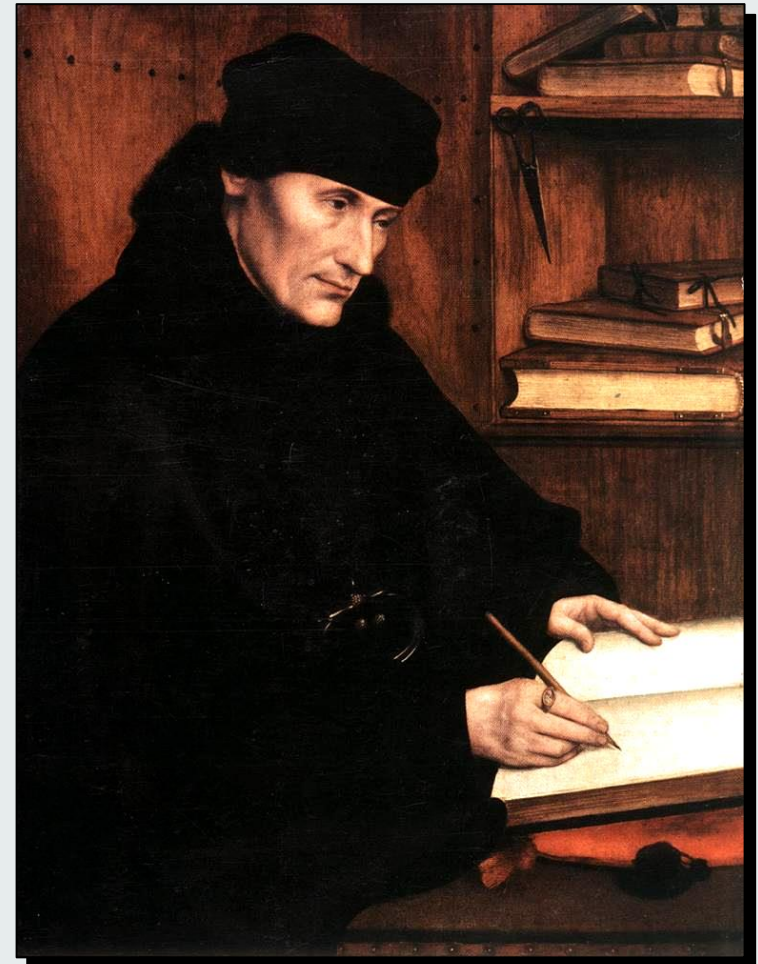


*Valutare la situazione attuale, per capire
come anticipare il domani*



Gary Burnison

Oggi in un grande crogiuolo di
idee, informazioni,
tecnologie, impensabili fino a
poco tempo fa, la ricerca
scientifica deve andare
avanti sostenuta da ciò che è
alla base di ogni vero
progresso:
l'onestà intellettuale



Quentin Massys: ERASMUS DA ROTTERDAM

Quello che troppo spesso chiamiamo *un caso clinico*, in realtà è un *essere umano* come noi, un padre che ha giocato con i propri figli, una sposa con cui si è condivisa gran parte della vita, una figlia che si è tenuta per mano, un amico col quale si sono condivisi momenti di gioia e sofferenza. Per noi è un “*caso*”, per altri quel *paziente rappresenta tutto il mondo*



GRAZIE !!!