DISPENSA DI STUDIO: L'EVOLUZIONE DELLE FIGURE DI ASSISTENZA NELLO SCENARIO SANITARIO

Dall'OSS all'Assistente Infermiere: Competenze, Responsabilità e Nuovi Modelli Organizzativi

1. L'Evoluzione Normativa e il Contesto Socio-Sanitario

Dall'Accordo Stato-Regioni del 2001 ai nuovi decreti

La figura dell'Operatore Socio-Sanitario (OSS) nasce ufficialmente con l'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, con l'obiettivo di unificare i vecchi profili frammentati dell'area sanitaria (come l'OTA - Operatore Tecnico Addetto all'assistenza) e di quella sociale (ASA e OSA). Nel 2003, un secondo Accordo introduce l'OSSS (Operatore Socio-Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria), la cosiddetta 'terza formazione'. Questa figura era stata pensata per supportare l'infermiere in alcune specifiche attività sanitarie di bassa complessità (es. piccoli clisteri, medicazioni semplici, somministrazione delle terapie per via orale o topica su precisa prescrizione).

Tuttavia, l'esigenza di superare questo vecchio assetto e di ridefinire integralmente i profili è nata da limiti strutturali non più sostenibili:

- **Frammentazione regionale:** L'applicazione dell'OSSS è risultata estremamente disomogenea sul territorio nazionale. Alcune Regioni hanno attivato massicciamente i corsi, mentre altre non hanno mai recepito la figura, creando disparità occupazionali e operative.
- **Anacronismo delle competenze:** Il mansionario rigido del 2001 e l'estensione del 2003 sono diventati obsoleti rispetto all'inarrestabile evoluzione tecnologica, clinica e organizzativa delle strutture sanitarie moderne.
- **Incertezza e contenzioso giuridico:** La linea di demarcazione tra la somministrazione attiva di una terapia (competenza infermieristica) e la mera attività di aiuto o vigilanza dell'operatore ha generato frequenti zone grigie, esponendo il personale a rischi di contestazione per esercizio abusivo della professione o, viceversa, per abbandono del paziente.

Il contesto sanitario attuale

La spinta verso il superamento dei vecchi profili e l'istituzione di figure assistenziali più evolute è dettata da tre fattori critici dello scenario contemporaneo:

- **Carenza cronica di personale infermieristico:** Il sistema sanitario italiano sconta una drammatica carenza di infermieri. È diventato indispensabile ottimizzare le risorse umane, liberando i professionisti intellettuali (gli infermieri) da attività assistenziali a bassa complessità clinica, consentendo loro di concentrarsi sulla pianificazione, sulla gestione clinica avanzata e sul coordinamento.
- **Invecchiamento demografico e cronicità:** L'aumento esponenziale della popolazione anziana, delle patologie croniche e della non-autosufficienza ha spostato l'asse delle necessità assistenziali. Il baricentro delle cure si sta trasferendo rapidamente dall'ospedale per acuti alle strutture residenziali (RSA) e direttamente al domicilio del paziente.
- **Riorganizzazione territoriale (PNRR e DM 77):** Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Decreto Ministeriale 77/2022 ridisegnano la sanità territoriale. La capillarizzazione delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e il potenziamento strutturale dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) richiedono operatori dotati di competenze tecniche formalizzate e standardizzate a livello nazionale, capaci di muoversi agilmente in contesti di équipe multiprofessionali fuori dalle mura ospedaliere.

2. Il Nuovo Profilo dell'Operatore Socio-Sanitario (OSS)

Le nuove competenze dell'OSS

La revisione nazionale del profilo punta a formalizzare e integrare in modo chiaro attività che spesso, nella prassi quotidiana, gli operatori già si trovavano a supportare, fornendo finalmente una reale e uniforme copertura normativa. Le attività integrate e aggiornate includono:

- **Supporto alla diagnostica e parametri vitali:** Rilevazione ordinaria dei parametri (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione di ossigeno e temperatura) mediante l'utilizzo di apparecchiature automatiche e validazione della corretta trascrizione dei dati.
- **Utilizzo di tecnologie e ausili avanzati:** Applicazione rigorosa e corretta di presidi per la prevenzione delle lesioni da pressione (LDPI) e l'uso di ausili meccanici o digitali per la mobilizzazione sicura e il comfort della persona allettata.
- **Prevenzione, igiene e digitalizzazione:** Coinvolgimento strutturato nelle procedure di sanificazione e sterilizzazione dei dispositivi medici e inserimento guidato dei dati elementari di competenza all'interno delle cartelle cliniche elettroniche della struttura.

Ambiti di autonomia e responsabilità

Il principio cardine che regola l'attività dell'OSS è che la pianificazione assistenziale resta di esclusiva competenza dell'infermiere o del professionista sanitario/sociale di riferimento. L'operatore agisce secondo gradi di autonomia ben definiti:

Livello di Operatività	Descrizione e Limiti dell'Attività

Autonomia Completa	Attività di tipo alberghiero, cura del comfort e dell'ambiente di vita dell'utente, igiene personale quotidiana ordinaria, aiuto nella mobilizzazione del paziente non complesso e supporto nell'alimentazione di utenti autosufficienti.
In Collaborazione o Supervisione	Rilevazione e annotazione dei parametri vitali su indicazione, aiuto nella somministrazione dei pasti a pazienti a rischio di disfagia lieve, cooperazione attiva con l'infermiere in manovre terapeutiche e nel posizionamento di posture terapeutiche.
Limiti Invalicabili (Divieto Assoluto)	Esecuzione di manovre invasive, medicazioni complesse o profonde, somministrazione di farmaci per via parenterale (intramuscolare ed endovenosa), posizionamento di cateteri vescicali, e qualsiasi forma di valutazione clinica o diagnosi autonoma.

3. Focus sull'Assistente Infermiere

Chi è l'Assistente Infermiere

L'Assistente Infermiere rappresenta l'evoluzione diretta e il superamento definitivo del vecchio concetto di OSSS. Si configura come una figura di interesse sanitario inserita stabilmente nell'équipe assistenziale, fungendo da cerniera tra l'operatore di base e l'infermiere professionista.

- **Requisiti di accesso ordinari:** Possesso del titolo ufficiale di Operatore Socio-Sanitario (OSS) e un'esperienza professionale pregressa legalmente certificata nel ruolo all'interno di strutture sanitarie o socio-sanitarie (indicativamente fissata in almeno 24 mesi di servizio effettivo).
- **Percorso formativo specialistico:** Frequenza obbligatoria di un corso di formazione complementare teorico-pratico regolamentato a livello nazionale. Il percorso ha una durata complessiva di circa 500 ore, suddivise tra lezioni teoriche in aula, attività di simulazione in laboratorio e un tirocinio clinico guidato e valutato.
- **Differenza sostanziale con l'OSS tradizionale:** Mentre l'OSS mantiene una forte matrice d'azione socio-assistenziale rivolta al supporto globale alla persona, l'Assistente Infermiere acquisisce specifiche competenze di natura prettamente sanitaria. È abilitato a svolgere attività assistenziali sanitarie specifiche, su precisa pianificazione e attribuzione da parte dell'infermiere.

Il Profilo: Attività assistenziali e sanitarie specifiche

L'Assistente Infermiere esegue compiti sanitari precisi su indicazione ed entro i limiti della pianificazione infermieristica, focalizzandosi su ambiti precedentemente preclusi all'operatore di base:

- **Somministrazione della terapia farmacologica:** È abilitato alla somministrazione dei farmaci prescritti esclusivamente per vie naturali e non invasive. Questo include la via orale, sublinguale, topica, transdermica (applicazione di cerotti medicati), oculare (colliri), auricolare, nasale e rettale, oltre all'assistenza e somministrazione tramite aerosolterapia. Rimane tassativamente ed eccezionalmente esclusa la somministrazione per via parenterale (iniezioni intramuscolari, sottocutanee ed endovenose).
- **Medicazioni semplici e cura della cute:** Esecuzione e rinnovo di medicazioni semplici su ferite pulite o lesioni cutanee che non coinvolgono strutture profonde. È ammesso il trattamento delle lesioni da pressione di 1° e 2° stadio e delle ferite chirurgiche stabili in via di guarigione primaria.
- **Parametri vitali complessi e monitoraggio biologico:** Monitoraggio e rilevazione sistematica dei parametri vitali anche in pazienti in condizioni di stabilità clinica parziale o con dispositivi automatici. Esecuzione del controllo della glicemia capillare (stick glicemico) e raccolta standardizzata di campioni biologici (urine, feci, espettorato) per esami di laboratorio.
- **Gestione e sorveglianza dei presidi sanitari:** Controllo e svuotamento delle sacche di diuresi, sorveglianza della pervietà e del corretto funzionamento delle nutrizioni enterali già avviate (inclusa la verifica del ristagno gastrico o del corretto posizionamento del sondino), e cura igienico-assistenziale delle stomache stabilizzate e cicatrizzate.

4. Integrazione nel Team, Responsabilità e Question Time

L'integrazione nell'équipe assistenziale

L'introduzione dell'Assistente Infermiere non si limita a sovrapporsi alle figure esistenti, ma ne rimodula le dinamiche e i flussi di lavoro, sia nei reparti di degenza ospedaliera sia nei servizi territoriali (RSA, lungodegenze, cure assistenziali a domicilio):

- **Rapporto Gerarchico-Funzionale:** L'Infermiere rimane il titolare del processo assistenziale: valuta il paziente, definisce gli obiettivi e assegna i compiti. L'Assistente Infermiere riceve le attribuzioni sanitarie ed esegue l'attività, potendo al contempo fungere da coordinatore operativo di prima linea o punto di riferimento per l'OSS tradizionale per le attività puramente assistenziali di base.
- **Valorizzazione territoriale nelle cure domiciliari:** Nelle cure domiciliari (ADI), questa figura permette di decongestionare l'attività degli infermieri territoriali. L'Assistente Infermiere può garantire accessi regolari per la somministrazione della terapia quotidiana per via orale o per il rinnovo di medicazioni semplici su pazienti cronici stabili, permettendo all'infermiere

di concentrarsi sulle prime valutazioni, sulle emergenze e sui casi ad altissima complessità clinica.

Profili di responsabilità giuridica

Il nodo giuridico centrale risiede nella netta distinzione dottrinale e giurisprudenziale tra il concetto di 'delega' (tipica delle professioni intellettuali regolamentate) e quello di 'attribuzione di compiti':

- **Responsabilità dell'Infermiere (Culpa in eligendo e in vigilando):** L'infermiere non delega la propria professione, bensì attribuisce un compito esecutivo specifico. Egli risponde della scelta dell'operatore (culpa in eligendo), dovendo accertarsi che l'Assistente Infermiere possieda le reali competenze teorico-pratiche per svolgere quell'attività, e risponde della supervisione dell'operato (culpa in vigilando), valutando preventivamente che le condizioni cliniche del paziente siano stabili e compatibili con l'affidamento del compito.
- **Responsabilità propria dell'Assistente Infermiere e dell'OSS:** L'operatore risponde in prima persona (sotto il profilo penale, civile e disciplinare) della corretta, diligente e tempestiva esecuzione dell'attività che gli è stata legittimamente attribuita. Se l'operatore accetta un compito pur sapendo di non essere in grado di eseguirlo, o se agisce con imperizia, imprudenza o negligenza (causando ad esempio un errore di dosaggio o di scambio terapeutico nella somministrazione orale), ne risponde direttamente.
- **Diritto e dovere di rifiuto:** L'operatore ha il preciso dovere giuridico e deontologico di rifiutare lo svolgimento di un'attività qualora essa esuli manifestamente dai confini del proprio profilo professionale (es. richiesta di un'iniezione intramuscolare), oppure qualora ravvisi che non sussistano le condizioni minime di sicurezza o i presidi idonei per tutelare l'incolumità del paziente.

UILFP VENEZIA