

ORIENTAMENTO AL RUOLO

L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO: IL PROVVEDIMENTO

DELLA CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 22 FEBBRAIO 2001

A individuare il profilo dell'operatore socio-sanitario (OSS) e a disciplinarne la formazione e l'esercizio è il Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 " Accordo tra il Ministero della Sanità, il Ministero della Solidarietà sociale e le Regioni e le 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" (G.U. 19 aprile 2001, n. 91)

Chi è

Articolo 1 - Figura e profilo professionale

1. È individuata la figura dell'operatore socio-sanitario.
2. L'operatore socio-sanitario è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a:
 - a) soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;
 - b) favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

Articolo 2 – La formazione

1. La formazione dell'operatore socio-sanitario è di competenza delle Regioni e Province autonome, che provvedono alla organizzazione dei corsi e delle attività didattiche, nel rispetto delle disposizioni del presente decreto.
2. Le Regioni e le Province autonome, sulla base del loro fabbisogno annualmente determinato, accreditano le aziende UU.SS.LL. e ospedaliere e le istituzioni pubbliche e private, che rispondono ai requisiti minimi specificati dal Ministero della Sanità e dal Dipartimento degli Affari Sociali con apposite linee guida, all'effettuazione dei corsi di formazione.

In quale
ambito lavora
e con chi

Articolo 3 – Contesti operativi

L'operatore socio-sanitario svolge la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario, in servizi di tipo socio-assistenziale, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente.

Articolo 4 – Contesto relazionale

L'operatore socio-sanitario svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.

Che tipo di
attività può
effettuare e
con quali
competenze

Articolo 5 - Attività

1. Le attività dell'operatore socio-sanitario sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita:
 - a) assistenza diretta e aiuto domestico-alberghiero;
 - b) intervento igienico-sanitario e di carattere sociale;
 - c) supporto gestionale, organizzativo e formativo.
2. Le attività di cui al comma 1 sono riassunte nell'allegata Tabella 1.1 che forma parte integrante del presente decreto.

1. Assistenza diretta e 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
- Coadiuvava il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato e 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 e 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 e 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 e 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

Articolo 6 - Competenze

Le competenze dell'operatore di assistenza sono contenute nell'allegata Tabella 1.2 che forma parte integrante del presente decreto.

TABELLA 1.2 Competenze dell'operatore socio-sanitario

1. Competenze tecniche

In base alle proprie competenze e in collaborazione con le 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 della 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 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 dei 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 e il mantenimento di capacità cognitive e manuali
 - collaborare a 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

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

3. 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 e organizzare momenti di socializzazione, fornendo sostegno alla partecipazione a iniziative culturali e ricreative sia sul territorio che in ambito residenziale
- È in grado di partecipare all'accoglimento 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

Articolo 7 - Requisiti d'accesso

Per l'accesso ai corsi di formazione dell'operatore socio-sanitario è richiesto il diploma della scuola dell'obbligo e il compimento del diciassettesimo anno di età alla data di iscrizione al corso.

Formazione e materie di studio

Articolo 8 - Organizzazione didattica

1. La didattica è strutturata per moduli e per aree disciplinari. Ogni corso comprende i seguenti moduli didattici:

- a) un modulo di base;
- b) un modulo professionalizzante.

2. I corsi avranno durata annuale, per un numero di ore non inferiore a 1000, articolate secondo i seguenti moduli didattici:

- a) modulo di base: tipo di formazione teorica, numero minimo di 200 ore; motivazione, orientamento e conoscenze di base;
- b) modulo professionalizzante: tipo di formazione teorica, numero minimo di ore 250; esercitazione/stages, numero minimo di ore 100; tirocinio, numero minimo di ore 450.

3. Le regioni e le province autonome, attesa l'ampia possibilità di utilizzo dell'operatore socio-sanitario, possono prevedere, per un più congruo inserimento nei servizi, moduli didattici 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.).

4. Oltre al corso di qualificazione di base sono previsti moduli di formazione integrativa, per un massimo di 200 ore di cui 100 di tirocinio. I moduli sono mirati a specifiche utenze e specifici contesti operativi, quali utenti anziani, portatori di handicap, utenti psichiatrici, malati terminali, contesto residenziale, ospedaliero, casa alloggio, RSA, centro diurno, domicilio ecc.:

- a) modulo tematico: tipo di formazione teorica, numero minimo di ore 50;
- b) tematiche professionali: tipo di formazione esercitazioni/stages, numero minimo di ore 50;
- c) specifiche: tipo di formazione tirocinio, numero minimo di ore 100.

Articolo 9 - Moduli didattici integrativi post-base

Sono previste misure compensative in tutti i casi in cui la formazione pregressa risulti insufficiente, per la parte sanitaria o per quella sociale.

Articolo 10 - Materie di insegnamento

Le materie di insegnamento, relative ai moduli didattici di cui all'art. 8, sono articolate nelle seguenti aree disciplinari:

- a) area socio-culturale, istituzionale e legislativa;
- b) area psicologica e sociale;
- c) area igienico-sanitaria;
- d) area tecnico-operativa.

Le materie di insegnamento sono riassunte nell'allegata Tabella 1.3, che forma parte integrante del presente decreto.

Articolo 11 - Tirocinio

Tutti i corsi prevedono un tirocinio guidato, presso le strutture e i servizi nel cui ambito la figura professionale dell'operatore socio-sanitario è prevista.

Articolo 12 - Esame finale e rilascio dell'attestato

La frequenza ai corsi è obbligatoria e non possono essere ammessi alle prove di valutazione finale coloro che abbiano superato il tetto massimo di assenze indicato dalla regione o provincia autonoma nel provvedimento istitutivo dei corsi, e comunque non

TABELLA 1.3 Obiettivi di modulo e materie di insegnamento

Primo modulo (200 ore di teoria)

- Acquisire elementi di base utili per individuare i bisogni delle persone e le più comuni problematiche relazionali
- Distinguere i sistemi organizzativi socio-assistenziali e la rete dei servizi
- Conoscere i fondamenti dell'etica, i concetti generali che stanno alla base della sicurezza e della salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro, nonché i principi che regolano i rapporti di dipendenza del lavoratore (diritti, doveri, responsabilità ..)
- Conoscere i concetti di base dell'igiene e i criteri attraverso i quali mantenere la salubrità dell'ambiente

Secondo modulo (250 ore di teoria, 100 di esercitazioni, 450 di tirocinio)

- Riconoscere e classificare i bisogni e interpretare le problematiche assistenziali derivanti in relazione alle principali caratteristiche del bambino, della persona anziana, della persona con problemi psichiatrici, con handicap, ecc. o in situazioni di pericolo
- Identificare tutti gli elementi necessari alla pianificazione dell'assistenza, collaborando con le figure professionali preposte
- Riconoscere le principali alterazioni delle funzioni vitali al fine di attivare altre competenze e/o utilizzare tecniche comuni di primo intervento
- Applicare le conoscenze acquisite per: mantenimento di un ambiente terapeutico adeguato - cura della persona - mantenimento delle capacità residue - recupero funzionale
- Conoscere e applicare le diverse metodologie operative presenti nelle sedi di tirocinio
- Conoscere i principali aspetti psico-sociali dell'individuo e del gruppo al fine di sviluppare abilità comunicative adeguate alle diverse situazioni relazionali degli utenti e degli operatori nonché conoscere le caratteristiche, le finalità e le prestazioni di assistenza sociale allo scopo di concorrere, per quanto di competenza, al mantenimento dell'autonomia e dell'integrazione sociale dell'utente

Modulo facoltativo: tematica professionale specifica - 50 ore di teoria, 50 di esercitazioni, 100 di tirocinio)

Approfondire le competenze acquisite con speciale riferimento a una particolare tipologia di utenza o a uno specifico ambiente assistenziale

Principali materie di insegnamento

Area socio-culturale, istituzionale e legislativa

- Elementi di legislazione nazionale e regionale e contenuto socio-assistenziale e previdenziale
- Elementi di legislazione sanitaria e organizzazione dei servizi (normativa specifica OSS)
- Elementi di etica e deontologia
- Elementi di diritto del lavoro e il rapporto di dipendenza

Area psicologica e sociale

- Elementi di psicologia e sociologia
- Aspetti psico-relazionali e interventi assistenziali in rapporto alla specificità dell'utenza

Area igienico sanitaria e area tecnico-operativa

Elementi di igiene

- Disposizioni generali in materia di protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori
- Igiene dell'ambiente e comfort alberghiero
- Interventi assistenziali rivolti alla persona in rapporto a particolari situazioni di vita e tipologia di utenza
- Metodologia del lavoro sociale e sanitario
- Assistenza sociale

2. Al termine del corso gli allievi sono sottoposti a una prova teorica e a una prova pratica da parte di una apposita commissione d'esame, la cui composizione è individuata dal citato provvedimento regionale e della quale fa parte un esperto designato dall'assessorato regionale alla sanità e uno dall'assessorato regionale alle politiche sociali.

3. In caso di assenze superiori al 10% delle ore complessive, il corso si considera interrotto e la sua eventuale ripresa nel corso successivo avverrà secondo modalità stabilite dalla struttura didattica.

4. All'allievo che supera le prove, è rilasciato dalle regioni e dalle province autonome un attestato di qualifica valido su tutto il territorio nazionale, nelle strutture, attività e servizi sanitari, socio-sanitari e assistenziali.

Articolo 13 - Titoli pregressi

Spetta alle regioni e alle province autonome, nel contesto del proprio sistema della formazione, quantificare il credito formativo da attribuirsi a titoli e servizi pregressi, in relazione all'acquisizione dell'attestato di qualifica relativo alla figura professionale di operatore socio-sanitario, prevedendo misure compensative in tutti i casi in cui la formazione pregressa risulti insufficiente, per la parte sanitaria o per quella sociale, rispetto a quella prevista dal seguente decreto.

LA FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA: IL PROVVEDIMENTO DELLA CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 16 GENNAIO 2003

Il provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 22 gennaio 2003, «Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'operatore socio-sanitario di cui all'articolo 1, comma 8, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 gennaio 2001, n. 1" (G.U. 3 marzo 2003, n. 51), ha per oggetto la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria dell'operatore socio-sanitario. Ciò al fine di consentire allo stesso di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere 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 supervisione della stessa.

Punto 1 - Formazione complementare

1 Per far fronte alle crescenti esigenze di assistenza sanitaria nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono provvedere alla organizzazione di moduli di formazione complementare di assistenza sanitaria, per un numero di ore non inferiore a 300, di cui la metà di tirocinio, riservati agli operatori socio-sanitari in possesso dell'attestato di qualifica di cui all'articolo 12 dell'Accordo intervenuto il 22 febbraio 2001 (repertorio atti n 1161) in sede di Conferenza Stato-Regioni tra il Ministro della Salute, tra il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e le Regioni e le 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, o di un titolo riconosciuto equipollente ai sensi dell'articolo 13 dello stesso Accordo.

2 Gli operatori socio-sanitari che hanno seguito con profitto il modulo di formazione complementare di cui al comma 1 e hanno superato l'esame teorico-pratico finale, ricevono uno specifico attestato di Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria" che consente all'operatore di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere alcune attività assistenziali, indicate nell'allegato A), parte integrante del presente accordo, 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.

Punto 2 - Materie di insegnamento e tirocinio

I moduli di formazione, teorica e pratica, devono essere strutturati in modo da garantire il raggiungimento delle competenze professionali per l'esercizio delle attività e dei compiti indicati nell'allegato A) che è parte integrante del presente atto. Il modulo si svolge nelle strutture di ricovero e cura e nei servizi sanitari. La direzione del modulo è affidata a un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per le professioni sanitarie infermieristiche e per la professione sanitaria ostetrica.

ALLEGATO A

Elenco delle principali attività previste per l'Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria

L'Operatore socio-sanitario, che ha seguito con profitto il modulo di formazione complementare in assistenza sanitaria, oltre a svolgere le competenze professionali del proprio profilo, coadiuva l'infermiere o l'ostetrica/o e, 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, è in grado di eseguire:

- La somministrazione, per via naturale, della terapia prescritta, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione
- La terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione
- I bagni terapeutici, impacchi medicali e frizioni
- La rilevazione e l'annotazione di alcuni parametri vitali (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e temperatura) del paziente
- La raccolta di escrezioni e secrezioni a scopo diagnostico
- Le medicazioni semplici e bendaggi
- I clisteri
- La mobilizzazione dei pazienti non autosufficienti per la prevenzione di decubiti e alterazioni cutanee
- La respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno
- La cura e il lavaggio e 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 lo stoccaggio dei rifiuti differenziati
- Il trasporto del materiale biologico ai fini diagnostici
- La somministrazione dei pasti e delle diete
- La sorveglianza delle fleboclisi, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione

AMBITI LAVORATIVI DE LL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO

Come precedentemente anticipato (Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, articolo 3) nelle pagine precedenti, l'OSS può svolgere la sua attività in differenti e molteplici ambiti: sanitario, sociale, socio-assistenziale, socio-sanitario, ospedale, domicilio strutture residenziali, semiresidenziali ecc.

Settore sanitario

In questo settore rientrano gli ospedali, le cliniche private, le case di cura e tutti i servizi a valenza sanitaria. All'interno di queste strutture trovano risposta i bisogni di diagnosi cura e assistenza delle persone che vi afferiscono per problemi sanitario-assistenziali che si manifestano con carattere di acuzie o che sono correlati a malattie croniche.

Settore sociale

A questo settore appartengono differenti strutture residenziali e non, e servizi che rispondono diversamente a bisogni specifici delle persone assistite in tutte le fasce di età. Tra questi vi sono:

- le comunità alloggio - si tratta di strutture residenziali di dimensioni in genere contenute, che danno ospitalità temporanea o permanente a persone anziane con una scarsa autonomia, ma anche non anziane. In esse trovano risposta i problemi di natura prevalentemente sociale;
- le case protette - rispondono ai bisogni di assistenza di base di persone anziane che non sono in grado di provvedervi in modo autonomo o i cui familiari non sono nelle condizioni di dare loro un supporto;
- le case famiglia - sono strutture residenziali a carattere familiare in cui vengono accolti in genere bambini e adolescenti, la cui situazione non permette loro di vivere all'interno del nucleo familiare di origine;
- i servizi domiciliari di base dedicati - sono servizi la cui erogazione avviene al domicilio della persona. La finalità di questi servizi è quella di favorire l'autonomia della persona cui sono rivolti, oltre che la permanenza nel proprio ambiente di vita;
- i centri educativi occupazionali diurni (CEOD) - sono strutture che trovano collocazione nella rete dei servizi territoriali la cui finalità è quella di accogliere persone con problemi di disabilità medio-grave;
- i servizi assistenziali speciali - tra questi, per esempio, il Servizio di Integrazione Scolastica (SIS), la cui finalità è quella di seguire gli alunni con disabilità fisiche, psichiche, relazionali e sensoriali medio-gravi, gravi e gravissime, allo scopo di favorirne l'inserimento e l'integrazione nel contesto scolastico e sociale di appartenenza.

Settore socio-sanitario e socio-assistenziale

Rientrano in questo settore:

- le residenze sanitarie assistenziali (RSA) di base, di cura e recupero - soddisfano la necessità di prestazioni di carattere sanitario, riabilitativo e sociale di persone non autosufficienti o solo parzialmente autosufficienti e, quindi, temporaneamente o permanentemente non in condizioni di rimanere al proprio domicilio. Accanto a quelle citate vanno anche ricordate le RSA con sezioni dedicate a pazienti in stato vegetativo persistente;
- gli hospice - strutture che accolgono persone affette, in particolare, da patologie tumorali. In tali strutture, la persona ospitata viene accompagnata nelle ultime fasi della sua vita supportata da un adeguato sostegno medico, assistenziale, psicologico e spirituale;
- gli ospedali di comunità strutture che si collocano a livello intermedio tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale. Sono dedicate a quelle persone che non necessitano di essere accolte in reparti specialistici, ma che hanno bisogno di assistenza sanitaria non erogabile a domicilio. In queste strutture vengono accolti pazienti con patologia cronica, provenienti da una struttura ospedaliera per acuti o riabilitativa, che possono essere dimessi da ospedali per acuti ma che non possono essere assistiti adeguatamente a domicilio, e pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio;
- l'ospedalizzazione a domicilio - servizio espresso dal distretto sanitario di base in collaborazione con i servizi territoriali;
- le case di riposo - ospitano persone anziane autosufficienti, parzialmente autosufficienti e persone totalmente dipendenti che, per motivazioni diverse, non possono essere assistite presso le loro abitazioni. Le prestazioni erogate in queste strutture sono di carattere sociale, sanitario e riabilitativo;
- i centri diurni delle case di riposo - soddisfano i bisogni di persone anziane con un grado di non autosufficienza che richiede un intervento socio-assistenziale. ma che non è ancora tale da rendere necessaria una collocazione permanente in una struttura specifica.

CON CHI COLLABORA L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO

Gli operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale (Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, articolo 4) accanto ai quali - attraverso l'attuazione di compiti e attività affidate secondo il criterio dell'attribuzione - l'operatore socio-sanitario esplica il suo mandato, sono sostanzialmente riconducibili a due categorie: gli operatori sanitari, medici e non, e gli operatori non sanitari.

Il legislatore ha classificato le professioni sanitarie nelle seguenti quattro categorie:

1. **infermieristiche e ostetriche** (infermiere, ostetrica/o, infermiere pediatrico);
2. **tecnico-sanitarie** (area tecnico-diagnostica: tecnico audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico di neurofisiopatologia; area tecnico-assistenziale: tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, igienista dentale, dietista);
3. **riabilitazione** (podologo, fisioterapista, logopedista, ortottista-assistente di oftalmologia, terapista della neuro- e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapista occupazionale, educatore professionale);
4. **prevenzione** (tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, assistente sanitario).

I professionisti con i quali sostanzialmente l'operatore socio-sanitario si trova a interagire quotidianamente sono l'infermiere, l'ostetrica e l'assistente sociale. Inoltre, nei diversi contesti operativi può trovarsi a collaborare anche con i fisioterapisti, i dietisti, i tecnici di radiologia medica e di laboratorio biomedico. Di seguito sono riportati i profili professionali di questi operatori.

Infermiere:

L'infermiere è l'operatore responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

L'infermiere:

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare in regime di dipendenza o libero-professionale.

L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente al relativo aggiornamento professionale e alla ricerca.

Appare molto chiaro, sulla base di quanto definito dal profilo citato e considerando le attività di assistenza e domestico-alberghiere funzionali all'assistenza infermieristica, che l'operatore socio-sanitario deve avere nell'infermiere il principale, se non l'esclusivo, interlocutore.

È l'infermiere l'unico responsabile dell'assistenza infermieristica che viene erogata ai cittadini; per poter rispondere di questa responsabilità chiara attribuita dalla legge, deve poter disporre degli operatori che lo aiutano o che si occupano di attività funzionali all'assistenza infermieristica.

Ostetrica :

L'ostetrica/o è una delle figure sanitarie più antiche, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato.

L'ostetrica/o, per quanto di sua competenza partecipa:

- a interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia sia nella comunità;
- alla preparazione psico-profilattica al parto;
- alla preparazione e all'assistenza a interventi ginecologici, alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile;
- ai programmi di assistenza materna e neonatale.

L'ostetrica/o, nel rispetto dell'etica professionale, gestisce, come membro dell'équipe sanitaria, l'intervento assistenziale di propria competenza. Contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

L'ostetrica/o è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza. Svolge la sua attività in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale.

Assistenti sociali:

L'assistente sociale è un operatore dei servizi sociali il cui indiscutibile ruolo è stato normato, relativamente di recente, dalla norma citata nella nota.

L'assistente sociale opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio e può svolgere attività didattico-formative. Svolge compiti di gestione, concorre all'organizzazione e alla programmazione e può esercitare attività di coordinamento e di direzione dei servizi sociali.

La professione di assistente sociale può essere esercitata in forma autonoma o di lavoro subordinato. Nella collaborazione con l'autorità giudiziaria, l'attività dell'assistente sociale ha esclusivamente funzione tecnico-professionale.

Fisioterapisti

Il fisioterapista è l'operatore sanitario che svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita o acquisita.

In riferimento alla diagnosi e alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze, il fisioterapista:

- elabora, anche in équipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto all'individuazione e al superamento del bisogno di salute del disabile;
- pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive, utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali;
- propone l'adozione di protesi e ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia;
- verifica la rispondenza della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

Svolge inoltre attività di studio, didattica e consulenza professionale, nei servizi sanitari e in quelli dove si richiedono le sue competenze professionali.

Tecnici sanitari di radiologia medica

Il tecnico di radiologia medica è l'operatore sanitario che è responsabile degli atti di sua competenza ed è autorizzato a espletare indagini e prestazioni radiologiche. È abilitato a svolgere in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, su prescrizione medica, tutti gli interventi che richiedono l'uso di sorgenti di radiazioni ionizzanti, sia artificiali che naturali, di energie termiche, ultrasoniche, di risonanza magnetica nucleare nonché gli interventi per la protezione fisica o dosimetria.

Il tecnico sanitario di radiologia medica:

- partecipa alla programmazione e organizzazione del lavoro nell'ambito della struttura in cui opera nel rispetto delle proprie competenze;
- programma e gestisce l'erogazione di prestazioni polivalenti di sua competenza in collaborazione diretta con il medico radiodiagnosta, con il medico nucleare, con il medico radioterapista e con il fisico sanitario, secondo protocolli diagnostici e terapeutici preventivamente definiti dal responsabile di struttura;
- è responsabile degli atti di sua competenza, in particolare controllando il corretto funzionamento delle apparecchiature a lui affidate, provvedendo all'eliminazione di inconvenienti di modesta entità e attuando programmi di verifica e controllo a garanzia della qualità secondo indicatori standard predefiniti;
- svolge la sua attività nelle strutture sanitarie pubbliche o private, in rapporto di dipendenza o libero-professionale.

Tecnici di laboratorio biomedico

Il tecnico di laboratorio biomedico è l'operatore responsabile degli atti di sua competenza e svolge attività di laboratorio di analisi e di ricerca relative ad analisi biomediche e biotecnologiche, e in particolare di biochimica, di microbiologia e virologia, di farmaco-tossicologia, di immunologia, di patologia clinica, di ematologia, di citologia e di istopatologia.

Il tecnico sanitario di laboratorio biomedico:

- svolge con autonomia tecnico-professionale la propria prestazione lavorativa in diretta collaborazione con il personale laureato di laboratorio preposto alle diverse responsabilità operative di appartenenza;
- è responsabile, nelle strutture di laboratorio, del corretto adempimento delle procedure analitiche del proprio operato, nell'ambito delle proprie funzioni in applicazione dei protocolli di lavoro definiti dai dirigenti responsabili;
- verifica la corrispondenza delle prestazioni erogate agli indicatori e agli standard predefiniti dal responsabile della struttura;
- controlla e verifica il corretto funzionamento delle apparecchiature utilizzate, provvede alla manutenzione ordinaria e alla eventuale eliminazione di piccoli inconvenienti;
- partecipa alla programmazione e organizzazione del lavoro nell'ambito della struttura in cui opera;
- svolge la sua attività in strutture pubbliche e private, autorizzate secondo la normativa vigente, in rapporto di dipendenza o libero-professionale.

Dietisti

Il dietista è l'operatore competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione, ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari, nel rispetto della normativa vigente. Il dietista:

- organizza e coordina le attività specifiche relative all'alimentazione in generale e alla dietetica in particolare;
- collabora con gli organi preposti alla tutela dell'aspetto igienico sanitario del servizio di alimentazione;
- elabora, formula e attua le diete prescritte dal medico e ne controlla l'accettabilità da parte del paziente;
- collabora con altre figure al trattamento multidisciplinare dei disturbi del comportamento alimentare;
- studia ed elabora la composizione di razioni alimentari atte a soddisfare i bisogni nutrizionali di gruppi di popolazione e pianifica l'organizzazione dei servizi di alimentazione di comunità di soggetti sani e malati;
- svolge attività didattico-educativa e di informazione finalizzate alla diffusione di principi di alimentazione corretta tale da consentire il recupero e il mantenimento di un buono stato di salute del singolo, della collettività e di gruppi di popolazione.

Collaborare secondo il criterio del lavoro multiprofessionale

I bisogni ai quali i diversi operatori sono chiamati a rispondere si caratterizzano per una complessità sempre maggiore. Per questa ragione, la risposta agli stessi, per potersi considerare efficace ed erogata in modo efficiente, non può essere il risultato della prestazione del singolo professionista, ma deve irrinunciabilmente essere il prodotto delle prestazioni e delle attività dei diversi operatori.

Il sinergismo nell'azione da parte degli operatori coinvolti nella realizzazione del percorso di cura e assistenza:

- presuppone un forte orientamento alla persona assistita;
- permette il coordinamento degli interventi;
- favorisce la flessibilità necessaria ad assicurare risposte mirate e personalizzate.

Per realizzarlo in modo concreto ed efficace deve essere promossa l'integrazione tra i diversi operatori attraverso la definizione delle responsabilità e la messa in comune di competenze e saperi. L'integrazione tra gli operatori, accanto a quella organizzativa e gestionale, consente di assicurare la continuità del percorso di cura e di assistenza e, non ultima, l'ottimizzazione nell'uso delle risorse.

RESPONSABILITÀ E AUTONOMIA DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO

Gli ambiti di attività dell'operatore socio-sanitario (OSS) sono, come ben dettagliato nel profilo, il settore sociale, il settore sanitario, i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, residenziali e semiresidenziali.

L'OSS svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale. È evidente che, per poter espletare al meglio le attività identificate, dovrebbe essere inserito in contesti organizzativi facilitanti l'integrazione professionale tra i diversi componenti dell'équipe.

Per meglio comprendere quali sono i contenuti della responsabilità dell'OSS e come questi possono, nei diversi contesti, essere messi in pratica, è opportuno soffermarsi su alcune considerazioni:

- a fronte dei contenuti del profilo - le attività definite devono poter essere effettuate in più contesti e fra loro diversificati - appare molto chiaro che l'OSS non ha e non può avere una competenza tale da poter assistere gli utenti di tutte le strutture. Ciò che, invece, deve sapere esprimere è la capacità di collaborare con gli operatori professionali (infermiere, ostetrica/o, assistente sociale ecc.) responsabili della presa in carico e dell'assistenza della persona con problemi la cui natura può essere sociale, sanitaria, socio-assistenziale o socio-sanitaria;
- le attività di assistenza indiretta previste dal profilo possono essere considerate completamente attribuibili all'operatore, mentre quelle riconducibili all'assistenza diretta devono essere, invece, ritenute "potenzialmente attribuibili", in quanto necessitano di una valutazione puntuale e sistematica da parte dell'operatore professionale responsabile dell'assistenza (Vallicella et al., 2005, p. 18).

È quindi evidente che, ferma restando la responsabilità diretta dell'OSS per i singoli atti posti in essere, la responsabilità professionale complessiva è dell'operatore professionale responsabile dell'intero processo assistenziale.

Il processo di attribuzione delle attività potenzialmente attribuibili all'OSS da parte dell'operatore professionale è guidato dalla contestualizzazione di variabili legate alla situazione organizzativa, all'operatore socio-sanitario, alla persona assistita, al compito da attribuire (Vallicella et al., 2005, pp. 23-24).

Variabili che influenzano il processo di attribuzione

Tra le **variabili relative al contesto organizzativo** assumono particolare significato:

- l'utilizzo o meno di una metodologia di pianificazione dell'assistenza e di un'efficace modalità di documentazione dei processi assistenziali;
- la possibilità reale di definire e realizzare un adeguato percorso di affiancamento dell'OSS oltre che di eventuali interventi di indirizzo sulle attività effettuate dallo stesso operatore;
- la presenza o meno di modalità di lavoro strutturate;
- la disponibilità o meno di procedure, protocolli e piani di lavoro.

Rispetto alle **variabili relative all'operatore socio-sanitario** l'attenzione va posta:

- al livello delle conoscenze e delle abilità acquisite nel percorso formativo e/o nelle esperienze di lavoro;
- al grado di sviluppo del senso di responsabilità;
- alla presenza di un'efficace comunicazione interpersonale tra operatori.

Per quanto riguarda le **variabili relative alla persona assistita** devono essere attentamente valutati:

- il livello di complessità connesso al soddisfacimento dei bisogni;
- le caratteristiche e la quantità dei fattori di rischio della persona assistita;
- Il livello di comprensione e integrità delle capacità cognitive. Infine, rispetto al **compito da attribuire**, le variabili che devono essere considerate

dall'operatore professionale responsabile dell'assistenza riguardano:

- il livello di semplicità del compito;
- il livello di standardizzabilità del compito;
- la presenza o l'assenza di rischi correlati al compito da effettuare.

L'attribuzione completa, o parziale, supportata dall'uso di strumenti operativi - procedure, protocolli, istruzioni operative ecc. o di volta in volta definita delle attività di assistenza diretta previste dal profilo dell'OSS e sostanziata in una prescrizione da parte del personale preposto, altro non è quindi che il risultato della valutazione e dell'analisi delle variabili espresse.

INQUADRAMENTO CONTRATTUALE DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO

La qualificazione dell'OSS è riconosciuta a livello contrattuale in modo diverso a seconda del contratto di riferimento (dalla categoria B degli enti locali alla categoria BS nella sanità pubblica). In particolare, nel contratto dei dipendenti del SSN, il profilo dell'OSS è stato inserito nella categoria BS. Il riconoscimento dello sviluppo della qualificazione degli operatori inquadrati come OSS è oggi possibile solo con i passaggi orizzontali previsti dal contratto (Fig. 1.1).

Dal punto di vista della formazione, il profilo dell'OSS riconosce la necessità di moduli formativi post-base che regolamenta in termini generali.

L'impostazione data dal profilo definisce la formazione post-base come integrazione della competenza riconducibile al profilo dell'OSS. In altre parole, ciò sta a significare che questa formazione non crea un altro profilo, ma è finalizzata a perfezionare la conoscenza, e quindi la competenza, riconoscendo l'esperienza dell'OSS inserito in un definito contesto lavorativo (Fig. 1.2). Per questa impostazione le regioni potrebbero, in modo del tutto autonomo, regolamentare e attivare questi corsi.

A oggi il corso post-base per OSS, regolamentato con un ulteriore e specifico accordo Stato-Regioni, 11 dopo apposita legge, 12 è quello relativo all'OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria. Tale corso, attivato solo in qualche regione, ha ampliato le potenziali possibilità di compiere delle attività di tipo sanitario a questi operatori, previa specifica attribuzione del personale infermieristico e ostetrico. La legge che ha preceduto l'accordo regolamentativo di questa formazione ha chiaramente definito che queste attività sanitarie possono essere esibite come: • ... collaborare (collaborazione) con l'infermiere o con l'ostetrico(a) e di svolgere 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."¹³ Le ragioni che hanno spinto a declinare questa possibilità del profilo dell'OSS, con l'assunzione di compiti sanitari, sono da ricercare essenzialmente nella carenza di personale infermieristico. Poche regioni hanno colto e regolamentato questa opportunità, anche perché l'uso di queste specifiche capacità degli OSS dipendono:

- dalla tipologia di problemi dei pazienti;
- dalla tipologia di terapia da assicurare;
- da condizioni organizzative che devono permettere la personalizzazione dell'assistenza e quindi lo svilupparsi del lavoro di équipe;
- da un riconoscimento contrattuale dell'attività assicurata dagli OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria.

Aspetti etici e deontologici

Riflettere sugli aspetti dell'agire quotidiano per chi opera all'interno dei servizi sanitari e sociali è di fondamentale importanza.

Spesso i comportamenti adottati, soprattutto quando non pensati o attuati automaticamente, possono assumere le dimensioni e le caratteristiche di «questioni» di non facile soluzione e generare domande che richiedono risposte complesse, articolate e che necessitano di un confronto all'interno dei team assistenziali che abbia come filo conduttore la centralità della persona assistita: «Cosa è meglio? Era meglio se ...? È giusto, sbagliato? Io avrei fatto o detto ... ?»

Ecco allora l'etica, una branca della filosofia, che approfondisce gli elementi che consentono di discernere i comportamenti umani giusti, buoni e leciti da quelli non buoni, non giusti e non leciti, quindi non appropriati. Il termine deriva dal greco *ethos*, che significa condotta, carattere, consuetudine.

Da sempre l'uomo ha sentito il bisogno di interrogarsi sulla bontà, sulla liceità e sull'equità dei propri comportamenti, ma mai come oggi questa necessità è attuale. In questi ultimi anni il contesto socio-sanitario, così come quello politico-economico, è profondamente cambiato; a caratterizzarlo è un importante paradigma rappresentato dallo sviluppo scientifico e tecnologico, dalla centralità della persona assistita e dalla finitezza delle risorse.

I progressi dello sviluppo tecnico-scientifico hanno permesso la cura di patologie che, in passato, avrebbero portato a morte certa chi ne era affetto. Questo, da un lato, ha aumentato le prospettive di vita media, come dimostrano gli studi demografici ed epidemiologici effettuati sulla popolazione, e, dall'altro, ha aperto molte questioni sul piano etico e assistenziale.

È storia non lontana quella di alcuni casi, Englaro, Welby o, ancora il più recente caso di Dj Fabo, che hanno richiamato l'attenzione di mass media, politici e studiosi riguardo a tematiche etiche piuttosto complesse come, per esempio, le direttive anticipate, le problematiche del fine vita e altre ancora.

La centralità della persona assistita e quindi la sua autodeterminazione, intesa come partecipazione informata e attiva ai percorsi clinico-assistenziali che la riguardano e alle scelte che a diversi livelli sono a essi correlati, è irrinunciabile. In altri termini, è l'elemento cardine intorno al quale i professionisti sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti ecc.) e gli altri operatori (operatori socio-sanitari ecc.) sono chiamati a declinare il loro mandato nei differenti contesti operativi e nel rispetto delle specifiche responsabilità e competenze.

La risposta tempestiva e personalizzata ai bisogni sanitario-assistenziali e/o sociali delle persone assistite non può prescindere dalla presenza di una rete integrata di servizi socio-sanitari che sia capace di garantire il diritto di tutte le persone alla salute e alla sua tutela, l'equità del sistema, la sicurezza, l'appropriatezza degli interventi, la trasparenza, la presa in carico della persona.

L'aumento esponenziale della domanda di prestazioni socio-sanitarie in relazione al cambiamento demografico e dello scenario epidemiologico e, nello stesso tempo, la limitatezza delle risorse disponibili pongono però tutti coloro che, a diversi livelli e con diverse responsabilità, sono coinvolti nell'erogazione delle risposte e nell'uso delle risorse, nella condizione di operare quotidianamente delle scelte.

Per avere una visione completa del significato di etica è opportuno considerare anche altri termini, come morale, bioetica, deontologia, spesso ricorrenti quando si affrontano e si discutono temi che riguardano principi, scelte, valori e comportamenti.

Morale - deriva dal latino *moralis* e il suo significato è equivalente a quello indicato per il termine etica (costume). Anch'esso indica il modo di agire e di comportarsi dell'uomo in uno specifico tempo e in uno specifico luogo. I due termini vengono impiegati indifferentemente, pur esistendo tra loro una modesta differenza di accezione. Secondo alcuni autori l'etica sottolinea gli aspetti oggettivi del comportamento, mentre la morale gli aspetti più strettamente soggettivi; per altri autori, invece, etica e morale hanno lo stesso significato e vengono quindi utilizzati come sinonimi (Peroni, 2002, p. 6).

- **Bioetica** - deriva dal greco bios (vita) ed ethos (etica). La bioetica è una disciplina relativamente recente che studia e approfondisce la liceità degli interventi umani sull'uomo in relazione alla rapida evoluzione della ricerca medica e biologica. In senso più generale gli ambiti ritenuti oggetto di questa disciplina riguardano le questioni etiche in relazione alle ricerche sull'uomo, i problemi di natura etica dei professionisti sanitari, i problemi di carattere sociale riconducibili alle scelte di politica sanitaria, le questioni inerenti gli interventi sulla vita degli esseri viventi (Peroni, 2002, p. 11). Nello specifico, alcune tra le tematiche su cui si esprime la bioetica sono la sperimentazione farmacologica, la sperimentazione sugli embrioni umani, la fecondazione artificiale, la manipolazione genetica, l'accanimento terapeutico ecc.
- **Deontologia** - Deriva dal greco deon (dovere) e logos (scienza, discorso). Quindi scienza che studia i doveri (Peroni, 2002, p. 11). In ambito professionale si riferisce all'insieme di doveri, diritti e regole comportamentali a cui una specifica categoria professionale si deve attenere in ogni momento e in ogni ambito dell'esercizio della professione. In sostanza, le norme che regolamentano e orientano il comportamento del professionista vengono esplicitate in un codice deontologico che diventa e rappresenta per il singolo e per l'intero gruppo professionale un fondamentale documento di riferimento.

PRINCIPI ETICI FONDAMENTALI

Capire quando un comportamento è buono o non lo è, quando è giusto o meno, non è facile. Non sono definite e codificate regole precise che prescrivano come una persona si deve comportare e in quali circostanze deve assumere un comportamento piuttosto che un altro. Sta a ognuno, infatti, la capacità e la libertà di adottare il comportamento ritenuto più corretto, migliore, più giusto. Questa libertà, letta in senso ampio, sottende la facoltà dell'uomo, in quanto tale, di agire e di pensare in piena autonomia e quindi in funzione delle proprie scelte.

A orientare la persona e nello specifico, nel contesto assistenziale, gli operatori professionali e di supporto nella comprensione della giustezza del loro comportamento sono i principi etici. Essi rappresentano tutti quegli elementi con i quali, in ogni momento del loro agire, gli operatori si possono confrontare per assumere comportamenti che possano essere considerati eticamente corretti.

I principi etici individuati dagli esperti di etica sono numerosi, ma quelli citati e descritti da molti autori, e per questo ritenuti fondamentali, sono tre: autonomia, beneficenza, giustizia:

1. il principio di autonomia afferma l'obbligo per l'operatore di rispettare la libertà di ogni persona di decidere per sé;
2. il principio di beneficenza esprime l'obbligo per l'operatore di fare ciò che è finalizzato al bene della persona. Ancora, ciò che ognuno ritiene sia un bene per sé e quindi, in altri termini l'obbligo di non fare male (principio di non maleficenza);
3. il principio di giustizia sancisce l'obbligo per l'operatore di trattare le persone nel modo giusto e di non discriminarle.

Rispettare i principi etici nel quotidiano significa mettere la persona assistita al centro dell'agire di ciascun operatore e farlo con un atteggiamento etico.

LA PERSONA ASSISTITA AL "CENTRO"

La centralità della persona assistita è un imperativo etico prima ancora di essere un'indicazione contenuta in numerose normative che riguardano la realizzazione, l'articolazione e la gestione di servizi alla persona, nel piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e altri documenti ancora. Mettere al centro del sistema di erogazione dei servizi la persona assistita significa innanzitutto considerare come prioritario il suo "benessere", inteso come equilibrio di tutte le dimensioni (fisica, psichica, emotiva, relazionale, spirituale, sociale) che concorrono a caratterizzarlo.

- fisica: è la parte più tangibile della salute;
- psichica: è la capacità di costruire elaborare e articolare il pensiero;
- emotiva: è la capacità di gestire con equilibrio le emozioni;
- relazionale: è la capacità di interagire con gli altri e con l'ambiente;
- spirituale: è strettamente connessa al sistema di valori;
- sociale.

Per gli operatori coinvolti nell'erogazione dell'assistenza, seppur con diverse competenze e responsabilità, fare questo equivale a pensare e modulare gli interventi e le attività assistenziali rispettando gli aspetti di ciascuna dimensione importanti e fondamentali per "quella persona", e non per le persone in generale, accanto ovviamente alle sue preferenze e alla sua libertà di scelta.

Per comprendere meglio il concetto di centralità e riuscire a dargli concretezza nell'agire quotidiano e continuità nel tempo, è utile fare riferimento a una visione della persona come diversa da tutte le altre persone, in quanto unico, per ognuno, il modo di esprimersi, di interagire, di gestire le relazioni, in sintesi, "di essere", ma anche come simile alle altre persone e uguale ad alcune in particolare. Simile perché molti processi, non solo fisiologici e psicologici, ma anche sociali e culturali, sono gli stessi, uguale in quanto appartenenti a uno stesso nucleo, gruppo e quindi con tratti simili (Peroni, 2002, pp. 67-68).

I DIRITTI DELLA PERSONA ASSISTITA

Considerare la centralità della persona assistita e sottolinearne l'importanza significa sostanzialmente dare continuità a quelli che sono i diritti della persona in senso lato.

Questa affermazione apparentemente semplicistica è quanto mai veritiera. Per comprenderla e condividerla basta scorrere - facendo qualche passo a ritroso nella storia - la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (1948)² e via via, arrivando a tempi più recenti, tutti i documenti e le Carte di diritti in cui è stata ripresa.

Ne è un esempio la Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione europea³ sottoscritta e proclamata il 7 dicembre del 2000 a Nizza dai Presidenti del Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione a nome delle rispettive istituzioni. Questo importante documento ricomprende in un unico testo tutti i diritti (civili, politici, sociali, economici) delle persone e li declina in sei grandi capitoli (dignità, libertà, uguaglianza, solidarietà, cittadinanza e giustizia) e 54 articoli.

Quanto affermato diventa evidente se si comparano i contenuti di questa Carta con quelli della Carta europea dei diritti del malato presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002 recepita anche nel nostro paese e adottata oltre che dalle strutture sanitarie anche da diverse organizzazioni dei cittadini (Tribunale dei diritti del malato, Cittadinanza attiva e altre ancora).

UN NUOVO DIRITTO: LE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

La Legge 22 dicembre 2017 n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 16 gennaio 2018 e in vigore dal 31 gennaio 2018, ha come oggetto il consenso informato, le disposizioni anticipate di trattamento. Temi questi che sono stati molto dibattuti e che molto hanno fatto discutere in tutti gli ambiti e a tutti i livelli: istituzionale, sociale, politico, ed è proprio per la portata del cambiamento, quasi epocale, introdotto dalla legge.

Le disposizioni anticipate di trattamento (DAT): come compilarle?

Con le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) ogni persona può dare indicazioni precise sui trattamenti sanitari che intende rifiutare o ricevere in situazioni in cui si dovesse trovare in condizioni di incoscienza e impossibilitata quindi a esprimere il proprio volere e prendere decisioni in modo autonomo in quel momento.

Ma come vanno compilate le DAT? Il Corriere della Sera (www.corriere.it) ha pubblicato il 30 gennaio 2018 un utile vademecum realizzato con la collaborazione dell'Associazione Luca Coscioni, a cui si rimanda per ulteriori chiarimenti.

UN NUOVO DIRITTO: LE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

- la definizione dei diritti implica che sia i cittadini che gli altri attori della sanità assumano le proprie responsabilità. I diritti sono infatti correlati sia con i doveri che con le responsabilità;
- la Carta si applica a tutti gli individui, riconoscendo il fatto che le differenze, come l'età, il genere, la religione, lo status socio-economico, il livello di alfabetizzazione ecc., possono influenzare i bisogni individuali di assistenza sanitaria;
- la Carta non intende prendere posizione su questioni di tipo etico;
- la Carta definisce diritti che sono validi negli attuali sistemi sanitari europei. Essa potrà essere quindi rivista e modificata per tenere conto della loro evoluzione, nonché dello sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica;
- i 14 diritti sono una concretizzazione di diritti fondamentali e, come tali, devono essere riconosciuti e rispettati indipendentemente da limitazioni finanziarie, economiche o politiche, tenendo conto dei criteri di appropriatezza;
- il rispetto di questi diritti implica il soddisfacimento sia di requisiti tecnici e organizzativi, sia di modelli comportamentali e professionali. Questi diritti, perciò, richiedono una riforma globale dei modi in cui operano i sistemi sanitari nazionali;
- ogni articolo della Carta si riferisce a un diritto e lo definisce e illustra, senza la pretesa di prevedere tutte le possibili situazioni a cui esso si riferisce.

Tutti i dati e le informazioni relative allo stato di salute di un individuo, nonché ai trattamenti medici o chirurgici ai quali esso è sottoposto, devono essere considerati privati e, come tali, adeguatamente protetti. La privacy delle persone deve essere rispettata, anche nel corso dei trattamenti medici e chirurgici (esami diagnostici, visite specialistiche, medicazioni ecc), i quali devono svolgersi in un ambiente adeguato e in presenza di coloro la cui presenza è assolutamente necessaria (a meno che il paziente non lo abbia esplicitamente consentito o richiesto)

I fornitori e i professionisti dei servizi sanitari devono dare al paziente tutte le informazioni relative a un trattamento o a una operazione a cui deve sottoporsi. Tale informazione deve comprendere i rischi e i disagi associati, gli effetti collaterali e le alternative. Questa informazione deve essere data con sufficiente anticipo (con un preavviso di almeno 24 ore) per mettere il paziente in condizione di partecipare attivamente alle scelte terapeutiche riguardanti il suo stato di salute. I fornitori e i professionisti dei servizi sanitari devono usare un linguaggio noto al paziente e comunicare con esso in un modo che sia comprensibile anche per le persone sprovviste di una conoscenza tecnica. In tutte le circostanze in cui è previsto che sia un legale rappresentante a dare il consenso informato, il paziente, che sia un minore o un adulto incapace di intendere e di volere, deve essere coinvolto quanto più possibile nelle decisioni che lo riguardano. Il consenso informato di un paziente deve essere ottenuto su queste basi. Un paziente ha il diritto di rifiutare un trattamento o un intervento medico. e di cambiare idea durante il trattamento, rifiutando il suo proseguimento. Il paziente ha il diritto di rifiutare di ricevere informazioni circa il suo stato di salute.

I servizi sanitari devono impegnarsi ad assumere tutte le misure utili a questo fine, come per esempio fornendo cure palliative e semplificando l'accesso del paziente a esse.

I servizi sanitari devono garantire, a questo fine, programmi flessibili, orientati quanto più possibile agli individui, assicurando che i criteri di sostenibilità economica non prevalgano sul diritto alle cure. Il paziente ha il diritto di decidere a quali esami diagnostici e terapie sottoporsi, nonché quali medici di famiglia, specialisti od ospedalieri utilizzare. I servizi hanno il dovere di garantire questo diritto, fornendo ai pazienti informazioni sui diversi centri e professionisti in grado di garantire un certo trattamento e sui risultati della loro attività. Essi devono rimuovere ogni tipo di ostacolo che limiti l'esercizio di questo diritto.

Al fine di garantire questo diritto, gli ospedali e i servizi sanitari devono monitorare continuamente i fattori di rischio e assicurare che i dispositivi sanitari elettronici siano mantenuti in buono stato e che gli operatori siano formati in modo appropriato. Tutti i professionisti sanitari devono essere pienamente responsabili della sicurezza di ogni fase ed elemento di un trattamento medico. I medici devono essere in grado di prevenire i rischi di errori attraverso il monitoraggio dei precedenti e la formazione continua. I membri di staff sanitari che riferiscono l'esistenza di rischi ai loro superiori e/o colleghi devono essere protetti da possibili conseguenze avverse.

I servizi sanitari, così come i fornitori e i professionisti devono assicurare una informazione ritagliata sul paziente, tenendo in particolare conto le sue specificità religiose, etniche

linguistiche. I servizi sanitari hanno il dovere di rendere tutte le informazioni facilmente accessibili, rimuovendo gli ostacoli burocratici, educando i fornitori di assistenza sanitaria, preparando e distribuendo materiale informativo. Un paziente ha il diritto di accedere direttamente alla sua cartella clinica e alla sua documentazione sanitaria, di fotocopiarle, di fare domande circa il loro contenuto e di ottenere la correzione di ogni errore esse potessero contenere. Un paziente ospedaliero ha il diritto a una informazione che sia continua e accurata. Ciò può essere garantito da un "tutor". Ogni individuo ha il diritto all'accesso diretto alle informazioni sulla ricerca scientifica, sull'assistenza farmaceutica e sull'innovazione tecnologica. Un individuo che richieda un trattamento, ma non possa sostenerne i costi, ha il diritto di ricevere comunque il servizio. Ogni individuo ha diritto a servizi adeguati, indipendentemente dal fatto che sia stato ammesso in un piccolo o grande ospedale o clinica. Ogni individuo, anche senza regolare permesso di soggiorno, ha il diritto alle cure urgenti ed essenziali tanto in regime di ricovero che di assistenza esterna. I servizi sanitari hanno il dovere di perseguire questo fine incrementando la consapevolezza delle persone, garantendo procedure sanitarie a intervalli regolari e libere da costi per i diversi gruppi di popolazione a rischio, e rendendo disponibili per tutti i risultati della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica. Gli articoli relativi a ciascun diritto non vengono riportati integralmente. Per una consultazione completa si rimanda alla lettura della versione originale online della Carta. Fonte: www.ministerosalute.it.

I servizi sanitari hanno il dovere di fissare i tempi di attesa entro i quali determinati servizi devono essere erogati, sulla base di specifici standard e in relazione al grado di urgenza del caso. I servizi sanitari devono garantire a ogni individuo l'accesso ai servizi, assicurando la loro immediata iscrizione nel caso di liste di attesa. Ogni individuo che lo richiede ha il diritto di consultare le liste di attesa, nei limiti del rispetto della privacy. Nel caso in cui i servizi sanitari non siano in grado di fornire servizi nel tempo massimo predeterminato, deve essere garantita la possibilità di usufruire di servizi alternativi di qualità comparabile e ogni costo da ciò derivante per il paziente deve essere rimborsato in un tempo ragionevole. I medici devono dedicare un tempo adeguato ai loro pazienti, compreso il tempo dedicato a fornire informazioni.

Il diritto ai servizi sanitari di qualità richiede che le strutture sanitarie e i professionisti praticino livelli soddisfacenti di prestazioni tecniche, di comfort e di relazioni umane. Questo implica la specificazione e il rispetto di precisi standard di qualità, fissati per mezzo di una procedura di consultazione pubblica e rivisti e valutati periodicamente.

I servizi sanitari hanno il dovere di promuovere e sostenere la ricerca in campo biomedico, dedicando particolare attenzione alle malattie rare. I risultati della ricerca devono essere adeguatamente diffusi.

I servizi sanitari devono garantire l'esercizio di questo diritto, assicurando (con l'aiuto di terze parti) ai pazienti informazioni circa i loro diritti, mettendoli in condizioni di riconoscere le violazioni e formalizzare il loro reclamo. I reclami devono essere fatti tramite procedure standard e facilitati da istituzioni indipendenti e/o da organizzazioni dei cittadini e non possono pregiudicare il diritto dei pazienti ad avviare un'azione legale o a perseguire procedure di conciliazioni.

I servizi sanitari devono garantire un risarcimento, qualunque sia la gravità del danno e la sua causa (da un'attesa eccessiva a un caso di malpractice), anche quando la responsabilità ultima non può essere determinata con assoluta certezza.

LEGGE 22 DICEMBRE 2017 N. 219
IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
Promulga la seguente legge:

Art. 1 Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.
2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.
3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.
4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.
5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.
7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.
8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.
9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.
10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.
11. È fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.

Art. 2 Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita

1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.
2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.
3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Art. 3 Minori e incapaci

1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.
2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.
3. Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.
4. Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.
5. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

Art. 4 Disposizioni anticipate di trattamento

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata "fiduciario", che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.
2. Il fiduciario deve essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.
3. L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina senza obbligo di motivazione.

4. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XI del libro I del codice civile.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5, dell'articolo 3.

6. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7. Sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

7. Le regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.

8. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, le regioni e le aziende sanitarie provvedono a informare della possibilità di redigere le DAT in base alla presente legge, anche attraverso i rispettivi siti internet.

Art. 5 Pianificazione condivisa delle cure

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo t comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.
2. Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati, ai sensi dell'articolo t comma 3, in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.
3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico ai sensi del comma 2 e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.
4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.
5. Per quanto riguarda gli aspetti non espressamente disciplinati dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 4.

Art. 6 Norma transitoria

Ai documenti atti a esprimere le volontà del disponente in merito ai trattamenti sanitari, depositati presso il comune di residenza o presso un notaio prima della data di entrata in vigore della presente legge, si applicano le disposizioni della medesima legge.

Art. 7 Clausola di invarianza finanziaria

Le amministrazioni pubbliche interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni della presente legge nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Art. 8 Relazione alle Camere

Il Ministro della salute trasmette alle Camere, entro il 30 aprile di ogni anno, a decorrere dall'anno successivo a quello in corso alla data di entrata in vigore della presente legge, una relazione sull'applicazione della legge stessa. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di febbraio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministero della salute.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 22 dicembre 2017

MATTARELLA Gentiloni Silveri, Presidente del Consiglio dei ministri Visto, il Guardasigilli: Orlando

Dai diritti della persona assistita ai doveri degli operatori

In un contesto che si deve caratterizzare per un agire etico da parte degli operatori, questa enunciazione di diritti per la persona assistita diventa una "Carta dei doveri" per tutti coloro che, con diverse competenze e responsabilità, sono coinvolti nell'assistenza. La declinazione di questi diritti nel quotidiano deve avvenire con continuità e in modo personalizzato per ogni persona assistita; per usare una metafora, deve essere "tagliata e cucita come un abito" che, così confezionato, può essere simile ad altri abiti per modello, colore o altro, ma mai uguale.

Rileggere quindi le competenze dell'operatore socio-sanitario nell'intento di dare un contenuto concreto ai diritti sopra descritti equivale a tradurle, oltre che in attività adeguate, in comportamenti e atteggiamenti congrui e pensati e non assunti d'istinto e/o per consuetudine.

1. Diritto a misure preventive

Per l'operatore socio-sanitario, collaborare con il personale preposto all'assistenza (infermieri, ostetrica, assistente sociale) alla realizzazione di servizi e attività finalizzate alla prevenzione delle malattie significa non solo svolgere correttamente dal punto di vista metodologico e tecnico i compiti pianificati dall'operatore di riferimento, ma anche accompagnarli con atteggiamenti e comportamenti eticamente adeguati.

2. Diritto all'accesso

L'operatore socio-sanitario soddisfa questo diritto tutte le volte che riesce a essere tempestivo, preciso e mai approssimativo, corretto nelle modalità di approccio e di esecuzione delle attività pianificate dall'infermiere o dall'ostetrica e che gli vengono attribuite. Per poter ritenere questo diritto globalmente rispettato è necessario che l'operatore agisca secondo i criteri esplicitati nei confronti di tutte le persone assistite che necessitano del suo aiuto secondo la prescrizione dell'infermiere.

3. Diritto all'informazione

Ogni attività effettuata dall'operatore socio-sanitario deve essere preceduta, accompagnata e conclusa da un'adeguata e completa informazione alla persona assistita alla quale è indirizzata l'attività considerata. L'informazione può considerarsi tale solo se e quando "confezionata" e declinata tenendo conto delle caratteristiche della persona assistita, ovvero della sua individualità e specificità. Se manca di informazione o ne è carente, qualsiasi attività, per quanto precisa nella modalità di esecuzione, può essere considerata solo parzialmente efficace, perché priva del necessario coinvolgimento della persona assistita e caratterizzata da un'accettazione non partecipata di quanto pianificato ed effettuato. La persona assistita ha il diritto di fare domande su ciò che la riguarda e l'operatore ha il preciso dovere di rispondere per quanto attiene la sua competenza. L'informazione deve essere continua; non può essere saltuaria e fornita solo su sollecitazione della persona interessata.

4. Diritto al consenso

L'esercizio di questo diritto non può prescindere da quello di informazione; l'informazione data alla persona assistita e il consenso eventualmente accordato da quest'ultima sono prerequisiti irrinunciabili per l'esecuzione di qualsiasi tipo di intervento. Per l'operatore socio-sanitario agire nel rispetto di questo diritto significa, quindi, non solo informare ma anche ottenere il consenso della persona assistita all'effettuazione delle attività previste dallo specifico profilo, pianificate e prescritte dall'infermiere. Il consenso però non deve mai essere "estorto", considerato scontato, implicito, acquisito una volta espresso dalla persona assistita, la quale può esprimere dissenso relativamente a quanto proposto o, ancora, cambiare idea rifiutando la conclusione o interrompendo l'esecuzione di un'attività già iniziata.

Dai diritti della persona assistita ai doveri degli operatori

5. Diritto alla libera scelta

Non è possibile scegliere liberamente tra differenti attività o tra diverse modalità e tempi di esecuzione senza essere informati e senza poter esprimere consenso o dissenso. L'operatore socio-sanitario rispetta questo diritto tutte le volte che nell'ambito delle proprie competenze mette la persona assistita nella condizione di scegliere sempre, laddove possibile, tempi e modalità di realizzazione di quanto prescritto dall'infermiere o dall'ostetrica.

6. Diritto alla privacy e alla confidenzialità

Le informazioni che riguardano le condizioni clinico-assistenziali delle persone assistite, così come i dati personali e il percorso di diagnosi, cura e assistenza, in quanto privati non devono essere divulgati ma adeguatamente protetti. Il loro utilizzo da parte degli operatori deve essere limitato al contesto in cui sono necessarie e deve avvenire nella misura in cui sono indispensabili all'erogazione di una risposta assistenziale personalizzata ed efficace, ovvero all'esecuzione delle attività pianificate dagli operatori responsabili dell'assistenza.

7. Diritto al rispetto dei tempi del paziente

All'interno delle diverse tipologie di strutture, siano esse dedicate al trattamento di patologie acute oppure di tipo residenziale o altro, il modello organizzativo "impone" alle attività dei tempi che non sempre, se non addirittura quasi mai, sono sovrapponibili a quelli delle persone assistite al loro interno.

I campioni ematici devono essere consegnati in laboratorio entro un orario definito, il carrello del vitto deve essere inviato in cucina in alcune fasce orarie, la biancheria pulita viene consegnata in momenti specifici, quella sporca viene ritirata entro un orario preciso ecc. Questi sono solo alcuni esempi a dimostrazione di come la necessità di rispettare alcuni orari richieda indubbiamente agli operatori di effettuare le attività assistenziali in tempi che consentano il rispetto di quelli dettati dall'organizzazione.

Il rispetto di questo diritto si realizza quindi tutte le volte che l'operatore, nell'effettuazione di quanto pianificato dall'infermiere o dall'ostetrica, cerca di modulare la sua attività considerando i tempi della persona assistita nel contesto di quelli dell'organizzazione, e non unicamente dei tempi di quest'ultima.

Dai diritti della persona assistita ai doveri degli operatori

8. Diritto al rispetto di standard di qualità

È importante aderire alla pianificazione dell'infermiere o dell'ostetrica, ovvero effettuare le attività necessarie a rispondere in maniera efficace ai bisogni delle persone assistite. Questa è una condizione necessaria ma, da sola, non sufficiente al rispetto di questo diritto. A essa si deve accompagnare una revisione costante e non saltuaria delle competenze previste dal profilo, che si realizza attraverso la formazione continua e, quindi, con la partecipazione a momenti informativi, corsi di aggiornamento delle conoscenze, progetti di formazione sul campo, momenti di apprendimento e di approfondimento di nuove procedure.

Solo attraverso attività supportate dalle migliori conoscenze disponibili, effettuate in un contesto in cui sono la declinazione della pianificazione dell'operatore responsabile dell'assistenza e oggetto di una sistematica valutazione dei risultati ottenuti, è possibile assicurare standard di qualità.

9. Diritto alla sicurezza

La sicurezza esprime il grado in cui l'assistenza erogata mette da un lato la persona che la riceve, e dall'altro gli operatori che la erogano, nelle condizioni di minor rischio.

Per porre le persone assistite nelle condizioni di minor rischio, l'operatore sociosanitario, così come tutti gli altri operatori, non può prescindere dalla consapevolezza che il rischio correlato alle attività assistenziali si contiene e si controlla se:

- si conosce, e per farlo è importante partecipare alle attività, laddove implementate, di monitoraggio dei processi assistenziali, ovvero a tutte quelle azioni che permettono di analizzare nel dettaglio i singoli atti che compongono i processi (per es., processo di sanificazione), per individuare i rischi correlati a ognuna e definire le modalità di controllo e prevenzione;
- si aderisce sistematicamente ai protocolli e alle procedure definiti e adottati all'interno dell'unità operativa/servizio considerati e relativi alle attività direttamente o indirettamente correlate all'assistenza che richiedono assoluta uniformità di comportamenti per essere efficaci nella riduzione del rischio (per es., protocollo di sanificazione per la prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali);
- si concorre al mantenimento delle condizioni organizzative e operative ottimali per garantire un'assistenza adeguata alle persone assistite; a caratterizzare le modalità di collaborazione in tal senso sono due elementi fondamentali, il senso di appartenenza a un'équipe assistenziale e la capacità di assunzione di responsabilità da parte dell'operatore .

IL COMPORTAMENTO ETICO NELL'AGIRE QUOTIDIANO

Le ragioni che portano una persona ad accedere a una struttura sanitaria in prima battuta e, in alcune circostanze, anche a strutture di tipo sociale, possono essere di natura diversa. A volte si tratta semplicemente della necessità di eseguire routinarie indagini di laboratorio (per es., glicemia, parametri della coagulazione ecc.) indicate per la verifica della risposta terapeutica a trattamenti effettuati o per l'aggiustamento di prescrizioni farmacologiche.

Situazioni, in tal caso, conosciute, controllate e gestite con consapevolezza della loro evoluzione dalla persona che le vive e, quindi, non generatrici di ansia, preoccupazioni o timore dell'ignoto.

Se l'evento è acuto ...

In alcuni casi, possono invece essere eventi acuti quali, per esempio, un incidente, un malore, un dolore improvviso e ingravescente a rendere indispensabile un accesso al pronto soccorso per approfondire l'indagine e comprenderne la causa.

Molte volte è il medico di famiglia a prescrivere al suo assistito indagini diagnostiche finalizzate all'accertamento e alla definizione della natura e del trattamento di un problema clinico particolare non altrimenti valutabile.

Nell'uno e nell'altro caso possono risultare necessari un ricovero, prestazioni diagnostiche o terapeutiche specifiche, un intervento chirurgico ecc. In queste circostanze, la persona vive una situazione di incertezza e disagio, anche se spesso solo temporanea, che può essere causa di preoccupazione, pensieri non sempre positivi, ansia, paura e altro, manifestati palesemente solo in parte o addirittura nascosti.

Indipendentemente dalla modalità di manifestazione, nell'assistenza alla persona nella fase acuta di un evento l'atteggiamento dell'operatore è etico se è di:

- supporto (aiuto, sostegno): può essere saltuario e improvvisato, ma deve essere strutturato, definito e concordato dall'équipe considerando la condizione e le caratteristiche della persona alla quale è rivolto;
- attenzione alla persona e ai suoi bisogni: come il supporto, non può essere casuale o dipendente dal "sentire" del singolo operatore;
- comprensione: devono essere comprese le reazioni che accompagnano la situazione di incertezza in cui la persona si trova e non giudicate o ritenute eccessive o inadeguate.

Se l'evento è cronico ...

La persona che è affetta da patologie croniche (malattie respiratorie, cardiovascolari, vascolari ecc.) o cronicodegenerative (malattie neurologiche, tumorali, di origine autoimmune ecc.) ha un diverso atteggiamento nei confronti della malattia rispetto a chi si trova colpito da un evento acuto.

Il disagio e l'incertezza in questo caso sono legati alle attese rispetto ai tempi e alle modalità di evoluzione dello stato di malattia. Di conseguenza, le ragioni di preoccupazione o ansia della persona che ne è colpita sono l'insicurezza del futuro per sé e per i familiari, il non potere o il non ritenere opportune la pianificazione e la progettualità a lungo termine, il timore delle implicazioni sul piano personale, familiare, sociale, dell'evoluzione della patologia.

Nella condizione di cronicità possono essere indebolite la capacità di autodeterminazione e l'autostima, e rinforzate le idee di inadeguatezza, di inutilità, di essere un peso per gli altri. Assistere con atteggiamento etico una persona che soffre di una patologia cronica significa:

- promuovere l'accettazione «dei limiti»: è importante adottare un atteggiamento che non alimenti false aspettative; per questa ragione è fondamentale che le modalità di approccio siano discusse, definite, concordate e sistematicamente rivalutate dall'équipe assistenziale in un'ottica di presa in carico della persona assistita;
- favorire la consapevolezza «delle potenzialità residue» e promuoverne lo sviluppo: non è sufficiente assistere secondo le migliori indicazioni della letteratura ma in modo stereotipato, è necessario assistere in modo personalizzato e mirato;
- comunicare in modo efficace con la persona assistita e i suoi familiari; non basta informare, anche se in modo sistematico; è imprescindibile coinvolgere per incentivare la partecipazione attiva e l'autodeterminazione;
- essere empatici, ovvero avere la capacità di capire quello che la persona sta provando senza esserne emotivamente coinvolti. Immedesimarsi senza identificarsi permette di cogliere il "sentire e lo stare" della persona e di individuare l'atteggiamento utile per aiutarla.

Se si tratta di diversa abilità ...

Le condizioni di diversa abilità possono essere determinate da eventi di natura patologica (paralisi cerebrali, infantili, sindrome di Down, insufficienze mentali ecc.) o di natura traumatica (esiti di incidenti stradali, sul lavoro, tuffi in piscina, cadute ecc.).

Nel primo caso si manifestano, in genere, fin dalla nascita o nel periodo dell'infanzia e, da parte di chi ne è colpito, vi è una progressiva e naturale accettazione della diversa abilità, in quanto il bambino e i familiari vengono accompagnati nell'acquisizione della consapevolezza dei limiti, così come delle potenzialità, e coinvolti nello sviluppo di strategie adattive.

Nel secondo caso, gli eventi causali possono verificarsi in qualsiasi momento della vita di una persona, nell'infanzia, nell'adolescenza, nell'età adulta, nel periodo senile, e avere su di essa un impatto pesante, per usare una metafora, "l'effetto di uno tsunami".

Assistere la persona diversamente abile con atteggiamento etico, a prescindere dal tipo di disabilità, dalle cause e dal contesto in cui ciò avviene (strutture sanitarie o sociali, domicilio ecc.) significa non vederla come irrimediabilmente menomata ma ricca di potenzialità e quindi:

- valorizzarne l'autonomia non sostituendosi ma supportandola: l'assistenza richiede risorse talvolta maggiori e tempi più lunghi (per es., lavare una persona a letto richiede un tempo relativo, creare le condizioni affinché possa farlo da sola richiede più tempo e anche più risorse), ma come risultato si ottiene non solo la soddisfazione del bisogno in quanto tale (lavarsi, mangiare, vestirsi, muoversi, comunicare ecc.), ma anche l'aumento dell'autostima e l'autodeterminazione;
- promuovere lo sviluppo delle sue potenzialità evitando gli atteggiamenti iperprotettivi; assistere per sviluppare le potenzialità non significa accudire, ma stimolare all'autonomia possibile;
- essere empatici e quindi capire per supportare.

Indipendentemente dallo stato di acuzie, di cronicità o di diversa abilità, tutte le volte che la persona si trova in una condizione in cui emergono bisogni assistenziali che, per essere soddisfatti con efficacia, richiedono l'intervento da parte di altri, disagio e stress sono quasi inevitabili e, se non compresi e ben gestiti, si possono riflettere in modo significativo sui risultati della risposta assistenziale.

L'ingresso in una struttura sanitaria o sociale, sia esso temporaneo o permanente, così come anche l'accesso degli operatori dei servizi sanitari e sociali al domicilio della persona, equivale per quest'ultima a un cambiamento delle abitudini di vita, dei ritmi, dei tempi, delle modalità di risposta ai propri bisogni, delle relazioni, delle interazioni con il proprio nucleo familiare e amicale.

Una fase fondamentale dell'intero processo di assistenza è rappresentata dal momento dell'accoglimento. Un buon o un cattivo accoglimento può favorire o precludere in parte o del tutto la bontà della risposta assistenziale. Si tratta di una fase importante che, se caratterizzata da una comunicazione eticamente efficace e i cui contenuti riflettono le competenze di ciascun componente dell'équipe assistenziale, pone le basi per la realizzazione di un processo assistenziale costruito nel rispetto dell'individualità della persona assistita.

Tra gli atteggiamenti che caratterizzano questo tipo di comunicazione sono da evidenziare (Peroni, 2002, pp. 94-98):

- l'atteggiamento non giudicante;
- l'atteggiamento autentico: essere se stessi e quindi spontanei è molto importante nella relazione con l'altro;
- la capacità di ascolto, mossi e guidati dall'interesse per la persona .

... e nel quotidiano

Il comportamento etico, ovvero l'applicazione sistematica dei principi etici nell'agire quotidiano, può essere facilitato se collocato all'interno di un percorso mentale al quale ciascun operatore può e deve far riferimento in modo coerente per operare la scelta migliore in uno specifico momento temporale e in uno specifico contesto.

Tale percorso si articola in fasi consecutive l'una all'altra che si sovrappongono a quelle che caratterizzano il processo di risoluzione dei problemi conosciuto come problem solving (Peroni 2002, pp. 77-80):

- 1 il riconoscimento del problema - per l'operatore significa capire se, nella situazione in cui si trova, è in gioco anche l'aspetto etico;
- 2 la raccolta di dati sulla situazione - ogni situazione è unica e quindi si caratterizza e si diversifica dalle altre anche se simili;
- 3 l'identificazione dei valori che sono in gioco - comprendere qual è il bene che deve essere tutelato;
4. il confronto del problema con le norme - in altri termini, ciò equivale a verificare la presenza di indicazioni formalizzate (norme, regole) che orientano l'operatore verso l'adozione di un preciso comportamento;
5. l'analisi del problema in base ai principi etici - per l'operatore ciò significa identificare quale o quali tra i principi etici fondamentali è o sono quelli in gioco, e quindi quale o quali deve o devono orientare l'assunzione del comportamento eticamente più corretto;
6. la decisione secondo coscienza - in altre parole, assumere la decisione migliore;
7. l'azione - realizzare quanto deciso;
8. la riflessione su ciò che è stato fatto - è fondamentale riflettere sempre sulle scelte fatte e sui comportamenti assunti per comprendere se gli stessi sono stati del tutto, in parte o meno appropriati e se hanno o no generato quanto atteso.

ETICA ED ÉQUIPE ASSISTENZIALE

Una «buona» assistenza, considerata tale sia in termini di adeguatezza dal punto di vista tecnico e relazionale sia in termini di correttezza etica, non può prescindere dall'integrazione tra i componenti dell'équipe assistenziale e dalla loro azione sinergica nell'erogazione. All'interno dell'équipe assistenziale le professionalità sono numerose e diversificate così come lo sono le competenze specifiche di ciascuno. L'integrazione può dirsi efficace tra i suoi componenti quando da ognuno vengono adottati dei comportamenti definiti facilitanti, che sono (Peroni, 2002, pp. 111-114):

- **il rispetto delle diverse professionalità** - per potersi realizzare, vi deve essere una conoscenza delle specificità e delle competenze di ogni profilo professionale;
- **la comunicazione** - non è possibile nessun livello di integrazione senza una comunicazione adeguata e sistematica all'interno del gruppo di lavoro;
- **la collaborazione** - collaborare significa contribuire con altri alla realizzazione di un progetto, partecipare a un'attività comune, dare il proprio contributo e, ancora, lavorare insieme;
- **la negoziazione** - questo atteggiamento presuppone una capacità di confronto, analisi e discussione costruttiva e positiva continua da parte di ogni componente dell'équipe assistenziale.

Laddove l'integrazione si realizza, il lavoro può essere davvero considerato d'équipe e l'assistenza erogata rispondente ai reali bisogni della persona assistita, e quindi caratterizzata da attenzione, informazione costante e continua, valorizzazione dell'individualità e partecipazione attiva, ovvero eticamente corretta e non solo tecnicamente congrua.