
Manuale dagli appunti di

LEGISLAZIONE SANITARIA

Corso per Operatori Socio Sanitari

Dr. Agostino Scardamaglio

1. L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO (O.S.S.)

1.1 Il profilo

Per comprendere al meglio, come si è giunti all' attuale figura dell' Operatore Socio Sanitario (O.S.S.), è necessario passare rapidamente in rassegna tutta l'evoluzione storico-normativa.

a) Ausiliario portantino

Questa figura, storicamente presente all'interno degli ospedali, ha sempre svolto compiti molto semplici di carattere prettamente esecutivo che consistevano essenzialmente in:

- Pulizia degli ambienti
- Trasporto materiali
- Prestazioni manuali

b) Ausiliario

Il successivo contratto di lavoro del 1979 distinse con precisione "l'addetto esclusivamente alle mansioni di pulizia" con inquadramento al 1° livello retributivo. L'attività era caratterizzata da una:

- Autonomia operativa nei limiti dell'esecuzione delle prestazioni proprie, soggette a controllo diretto;
- Responsabilità limitata alla corretta esecuzione delle prestazioni nell'ambito delle istruzioni ricevute.

c) Ausiliario socio-sanitario

Nel periodo successivo, si è avvertiva l'esigenza di definire una figura distinta da questa, con una propensione assistenziale verso il paziente.

Nel 1980 con l' ANUL (Accordo Nazionale Unico del Lavoro per il personale Ospedaliero) si distinsero due figure di ausiliario:

- **l'ausiliario socio sanitario** (con un breve corso di addestramento gli vennero ampliate le competenze ed inquadrato al 2° livello retributivo) e si occupava delle:

- attività alberghiere
- rispondere ai campanelli, portare pappagalli, padelle, rifare i letti non occupati

- **l'ausiliario socio sanitario specializzato** (Con un ulteriore corso di addestramento gli vennero ampliate le competenze ed inquadrato al 3° livello retributivo) e si occupava della:

- attività alberghiera;
- pulizia della stanza del paziente;
- trasporto degli infermi ed accompagnamento dei deambulanti con difficoltà;
- collaborazione con il personale infermieristico nella pulizia dell'ammalato allettato e nelle manovre di posizionamento nel letto;
- responsabilità della corretta esecuzione dei compiti che gli sono stati affidati dal Caposala o dall'Infermiere Professionale di turno;
- partecipazione alla programmazione degli interventi assistenziali per il paziente.

d) Operatore tecnico addetto all'assistenza (O.T.A.)

Il D.P.R. 28 novembre 1990 N° 384 ne istituisce la qualifica, il D.M. 295/91 ne regola i corsi di qualificazione.

Opera sotto la diretta responsabilità del Caposala o dell'Infermiere Professionale per quanto attiene ai compiti assistenziali.

Una certa autonomia viene a lui concessa solo per quanto attiene le mansioni alberghiere.

La nascita di questa figura trova la sua ragione nella complessità del lavoro assistenziale che risente dei progressi tecnico-scientifici e delle richieste di cura di una popolazione sempre più anziana e affetta da più patologie concomitanti (miglioramento della qualità della vita).

Comincia a delinearsi il problema dei bisogni sociali che coesistono con quelli sanitari.

Le vere uniche mansioni di carattere assistenziali espletate **in collaborazione e su indicazione** dell'infermiere sono solo tre:

- rifacimento del letto occupato
- igiene personale del paziente
- posizionamento e mantenimento delle posizioni terapeutiche

in collaborazione= presenza di un infermiere professionale (attività assistenziali svolte da almeno 2 operatori).

su indicazione= il termine riconduce al concetto della delega di specifiche attività da parte del personale infermieristico.

e) Operatore socio-sanitario (O.S.S.)

La figura dell'O.T.A. si è dimostrata non adeguata sia per i limiti derivati dall'ambito di competenza, solo sanitaria, sia per il suo scarso inserimento nelle strutture socio-sanitarie.

Così, dopo dieci anni, nasce un'altra figura: l'Operatore Socio Sanitario. Le motivazioni possono essere così enunciate:

1. La crescita della domanda sanitaria, determinata da una serie di elementi:

- l'aumento della popolazione anziana,
- l'evoluzione scientifica e tecnologica;
- domande di prestazioni sempre più qualificate

2. La carenza del numero di Infermieri.

3. Lo sviluppo della Professione Infermieristica con un accrescimento del patrimonio delle conoscenze grazie anche alla formazione universitaria.

Accordo Stato-regioni del 22.02.2001

Dopo un lungo e travagliato dibattito, con un provvedimento definito, "necessario ed urgente" è stato emanato l'Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro per la Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo Profilo Professionale dell'Operatore Socio-Sanitario (O.S.S.) e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione. Il profilo professionale viene quindi così definito:

"l' O.S.S. è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a:

- soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;
- favorire il benessere e l'autonomia dell'utente".

Accordo Stato-regioni del 26.01.2003

Disciplina la Formazione Complementare in assistenza sanitaria della figura dell'O.S.S. al fine di consentire allo stesso di COLLABORARE con l'Infermiere Professionale o 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 o ostetrica sotto la supervisione della stessa.

Profilo professionale dell'Operatore Socio-sanitario con formazione complementare (O.S.S. con F.C.):

- mantiene tutti i compiti previsti per l'O.S.S.;
- svolge alcune attività aggiuntive in ambito assistenziale, igienico-sanitario, diagnostico e terapeutico.

1.2 Ruolo e funzioni

L'O.S.S., a seguito, dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a:

- Soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;
- Favorire il benessere e l'autonomia dell'Utente;
- Supportare tutti i servizi del settore sociale e sanitario, di tipo socio assistenziale e socio sanitario, residenziali e semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'Utente;
- Svolgere la sua attività in collaborazione con gli altri Operatori Professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale secondo il criterio del lavoro multiprofessionale centrato sulla relazione d'aiuto.

Autonomia e collaborazione

Le funzioni in questione sono declinate in due diverse forme, una **autonoma** ed una **collaborativa**, riconoscibili dal verbo che le introduce.

Per alcuni aspetti possono essere parzialmente ricondotte a quelle attribuite agli altri professionisti con cui l'OSS interagisce nell'ambito della propria attività.

OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S.)	
Funzioni/attività con autonomia operativa	Funzioni/attività collaborative
<u>Assiste</u> la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale.	<u>Collabora</u> ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale.
<u>Realizza</u> attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico.	<u>Coadiuv</u> a il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente.
<u>Realizza</u> attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi.	<u>Aiuta</u> la gestione dell'utente nel suo ambito di vita.
<u>Osserva e collabora</u> alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente.	<u>Osserva e collabora</u> alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente.
<u>Valuta</u> , per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre.	<u>Collabora</u> all'attuazione di sistemi di verifica degli interventi.
<u>Riconosce ed utilizza</u> linguaggi e sistemi di comunicazione-relazione appropriati in relazione alle condizioni operative.	<u>Collabora</u> alla verifica della qualità del servizio.
<u>Mette in atto</u> relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale ed il mantenimento e recupero dell'identità personale.	<u>Concorre</u> , rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini e alla loro valutazione.
<u>Utilizza</u> strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio.	<u>Collabora</u> alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento.
<u>Cura</u> la pulizia e l'igiene ambientale.	<u>Collabora</u> , anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione di attività semplici.

Fig. 1

1.3 Analisi delle competenze

L'Operatore socio-sanitario ha le seguenti competenze:

- **Competenze tecniche;**
- **Competenze di conoscenza (cultura socio-sanitaria);**
- **Competenze relazionali.**


COMPETENZE TECNICHE	
<ul style="list-style-type: none">● In base alle proprie competenze e in collaborazione con altre figure professionali, sa attuare i piani di lavoro.	
<ul style="list-style-type: none">● È in grado di utilizzare metodologie di lavoro comuni (schede, protocolli, ecc...).	
<ul style="list-style-type: none">● È in grado di collaborare con l'utente e la sua famiglia:<ul style="list-style-type: none">✓ nel governo della casa e dell'ambiente di vita, nell'igiene e cambio biancheria;✓ nella preparazione e/o aiuto all'assunzione dei pasti;✓ quando necessario, e a domicilio, per l'effettuazione degli acquisti;✓ nella sanificazione e sanitizzazione ambientale.	
<ul style="list-style-type: none">● È in grado di curare la pulizia e la manutenzione di arredi e attrezzature, nonché la conservazione degli stessi e il riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti.	
<ul style="list-style-type: none">● Sa curare il lavaggio. L'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare.	
<ul style="list-style-type: none">● 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.	
<ul style="list-style-type: none">● Sa svolgere attività finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto nella deambulazione, all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette. 	
<ul style="list-style-type: none">● In sostituzione e appoggio dei familiari e su indicazione del personale preposto è in grado di:<ul style="list-style-type: none">✓ aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso;✓ 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 formazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche;✓ accompagnare l'utente per l'accesso ai servizi.	

Fig. 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.	
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 importanti sindromi da prolungato allettamento e mobilizzazione.	
Conosce i principali interventi semplici di educazione alla salute, rivolto agli utenti e ai loro familiari.	
Conosce l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e quella delle reti informali.	

Fig. 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 il 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.	

Fig. 4

L'OPERATORE SOCIO SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE (O.S.S. CON F.C.) <u>ATTIVITÀ AGGIUNTIVE</u>	
	
AMBITO ASSISTENZIALE	
Mobilizzare i pazienti per la prevenzione delle lesioni da decubito.	
Somministrare i pasti e le diete, eseguire pedicure, eseguire le tricotomie.	
AMBITO IGIENICO - SANITARIO	
Riordinare, pulire, disinfettare e sterilizzare le apparecchiature, le attrezzature sanitarie e i dispositivi medici.	
AMBITO DIAGNOSTICO	
Rilevare e annotare la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria e la temperatura, raccogliere escrezioni e secrezioni a scopo diagnostico.	
AMBITO TERAPEUTICO	
Somministrare, per via naturale, la terapia prescritta, eseguire la terapia intramuscolare e sottocutanea, eseguire i bagni terapeutici, medicati, impacchi, frizioni e bendaggi, praticare i clisteri, sorvegliare le fleboclisi.	

Fig. 5

1.3 Inserimento nelle organizzazioni di lavoro

L'attuazione del processo assistenziale permette la costruzione di un percorso logico che consente all'Infermiere, attraverso un processo decisionale, di attribuire, ove necessario, compiti al personale di supporto in base alla:

- criticità della persona;
- complessità della prestazione;
- competenza e conoscenze dell'operato.

Integrazione operativa

L' O.S.S. è corresponsabile degli interventi definiti dall'Infermiere Professionale e compresi nel Processo Assistenziale.

E' una risorsa professionale chiaramente vincolata all'Infermiere che, comunque, mantiene la responsabilità e la supervisione dell'intero processo assistenziale. La sua integrazione rende necessaria una riorganizzazione dei modelli di assistenza al fine di garantire qualità e sicurezza del servizio erogato. Per un ottimale inserimento dell'O.S.S. nel ciclo assistenziale appaiono irrinunciabili e prioritarie le seguenti condizioni organizzative:

- rivedere il piano di attività e l'organizzazione interna delle U.O.;
- utilizzare strumenti di documentazione del processo assistenziale (cartella infermieristica, registro consegne/rapporto, ecc.) sia per documentare il processo assistenziale, sia per documentare il passaggio di informazioni fra l'infermiere e l'O.S.S.



Fig. 6

2. IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE (S.S.N.)

2.1 Aspetti storico - evolutivi

In quella che sarebbe diventata l'Italia, le prime organizzazioni di assistenza di una certa importanza si svilupparono e diffusero a partire dal 1500.

- I poveri erano in gran parte malati ed i malati in gran parte diventavano velocemente moribondi;
- Le prime organizzazioni non fornivano assistenza sanitaria quanto carità tesa a togliere dalla strada i moribondi;
- Lazzaretto, Ospedale degli incurabili, Ospedale della buona morte, sono solo alcuni esempi dei nomi sinistri attribuiti delle strutture "sanitarie" del '700;
- L'embrione di sistema sanitario è successivo all'unificazione del Paese.

Successivamente si distinguono tre periodi evolutivi:

- Origini (le prime leggi nazionali, le mutue volontarie e facoltative, ecc.);
- Sviluppo (diritto all'assistenza ospedaliera, l'assistenza mutualistica obbligatoria, i primi importanti progressi tecnologici, le tensioni finanziarie sia degli ospedali che delle mutue, ecc.);
- Istituzione e successive riforme del Servizio sanitario nazionale.

Le origini (1865 -1888)

- Regio decreto del 8 giugno 1865, n.2322 che dettava norme in tema di: salubrità di edifici ed alimenti; sepolture e cimiteri; epidemie e malattie endemiche e contagiose; ospedali; sanità animale.
- Il "modello inglese" di allora venne preso come modello (un'autorità sanitaria centrale sovraordinata ad autorità locali distribuite sul territorio e dotate di proprie risorse).
- Legge del 22 dicembre 1888, (organizzazione sanitaria; riconoscimento giuridico della condotta medica; assistenza farmaceutica, ostetrica, zoiatrica; igiene pubblica; vigilanza sulle professioni).

Lo sviluppo (1888 – 1978)

- Dal sistema austroungarico viene importata la figura del medico condotto, pagato dal Comune.
- Istituzione degli IPAB (Istituti pubblici di assistenza e beneficenza) che nei limiti del rispettivo patrimonio (frutto di lasciti e carità) fornivano assistenza ai poveri in malattia.
- Grazie all'evoluzione tecnologica, la sanità cessa di essere solo igiene pubblica per diventare assistenza sanitaria (diagnosi e terapia).
- Espansione del sistema mutualistico e sviluppo delle strutture ospedaliere che, con il Regio decreto del 30 dicembre 1923 n.2841, dovevano curare chiunque ne avesse bisogno anche se non potesse pagare (nel qual caso l'ospedale aveva diritto al rimborso delle spese da parte del comune di domicilio dell'assistito o della sua mutua).

Negli anni '30 maturò l'esigenza di garanzie rivolte non solo agli indigenti, ma all'intera popolazione grazie all'assistenza mutualistica obbligatoria (finanziata in parte dai lavoratori, in parte dai propri datori di lavoro, ed in parte dallo Stato).

- Nel 1958 venne istituito il ministero della Sanità (prima di allora la tutela della salute era sempre stata affidata al ministro dell'Interno).
- Nel 1970 vennero istituite le Regioni quali enti territoriali dotati di sovranità e competenze nei confronti della rispettiva popolazione residente.
- Legge del 17 agosto 1974, n.386 che sancì la fine del sistema mutualistico e pose le basi per la successiva istituzione del S.S.N.
- Si verificarono, prima dello scioglimento delle mutue, imponenti deficit degli enti ospedalieri e delle mutue stesse. Aspetto che da quel momento in avanti sarebbe divenuta una costante in questo settore e cioè: la sproporzione tra le garanzie date ai cittadini e le capacità finanziarie del "sistema".

Istituzione del S.S.N. (1978 - 1999)

- Il Servizio sanitario nazionale (S.S.N.) fu istituito nel 1978 dalla legge del 23 Dicembre 1978, n.833 (per l'iniziativa del ministro della Sanità Tina Anselmi, nel governo Andreotti).
- Ispirato al National Health Service (NHS) del Regno Unito e alla Costituzione poggiava sui principi dell'universalità del servizio e dell'uguaglianza dei cittadini di fronte alla sua erogazione.
- La 833/78 articolava il sistema in tre livelli: quello centrale (lo Stato), quello periferico (i comuni), e quello intermedio tra i due suddetti (le Regioni).

A livello centrale dovevano decidersi la programmazione e le risorse. A livello periferico spettava ai comuni, singolarmente o associati, esercitare le proprie funzioni in materia sanitaria attraverso apposite Unità sanitarie o socio-sanitarie locali (USL o USSL) guidata da un comitato di gestione composto da politici eletti nelle liste dei partiti.



Legge Crispi-Pagliani (1888) – T.U.LL.SS. N. 1265 (1934)



Legge Istituzione Ministero Sanità (1958)



Fig. 7



• Da allora il SSN è stato oggetto di tre riforme sanitarie:

- la prima nel 1992 (decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n.502 - per l'iniziativa del ministro della Sanità Francesco De Lorenzo, nel governo Amato);
- la seconda nel 1993 (decreto legislativo del 7 dicembre 1993, n.517 - per l'iniziativa del ministro della Sanità Maria Pia Garavaglia, nel governo Ciampi);
- la terza nel 1999 (decreto legislativo del 19 giugno 1999, n.229 - per l'iniziativa del ministro della Sanità Rosy Bindi, nel governo D'Alema).

2.2 Aziendalizzazione

La legge 833/78 mise in luce una serie di problematiche inerenti le modalità di gestione della sanità (complessità istituzionale in sede di attuazione della riforma sanitaria, carente gestione del personale sanitario, distinzione poco netta tra S.S.N. e settore privato, elevati deficit) che indussero il Governo ad emanare, negli anni, tre successive riforme sotto la spinta di due forti motivazioni:

a) una di tipo strutturale: la sanità aveva oramai raggiunto dimensioni tali da renderla ingestibile con gli strumenti di allora;

b) una di tipo gestionale: il sistema avrebbe potuto sopravvivere solo se fossero state messe in atto politiche gestionali miranti all'efficienza .

L'aziendalizzazione vede l'avvio il 23 Ottobre 1992 allorchè fu emanata la Legge 421/92 che prevedeva criteri di revisione e razionalizzazione della disciplina in materia sanitaria.

Successivamente il 30 Dicembre 1992, fu emesso il Dlgs 502/92, modificato in seguito dal Dlgs 517/93 e dal Dlgs 229/99, con i quali veniva inaugurata una nuova fase della sanità pubblica italiana, quella aziendalistica, dietro la spinta di emergenze economico-finanziarie che imposero un serio ridimensionamento dei costi. I cambiamenti più significativi consistettero in:

- riconoscimento di una maggiore autonomia alle Regioni (cd. regionalizzazione);
- creazione di molti sistemi sanitari locali disomogenei tra di loro, ma omogenei nella struttura di base;
- Aziende Sanitarie rivolte si all'erogazione di servizi, ma altrettanto attente alla gestione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie di cui dispone;
- le USL diventarono aziende dotate di personalità giuridica pubblica e trasformate in Aziende Sanitarie Locali (ASL);
- gli ospedali di importanza nazionale, di alta specializzazione e di riferimento alla rete di servizi di emergenza, furono dotati di personalità giuridica, di funzioni autonome e trasformati in Aziende Sanitarie Ospedaliere (A.O.);
- Il cambiamento rispondeva all'esigenza di seguire caratteri di efficacia ed efficienza relativamente alle attività svolte, al fine di contenere il più possibile gli sperperi dovuti alla mancata managerialità di chi amministrava.

I nuovi soggetti istituzionali alla guida delle ASL



Fig. 8

Direttore Generale

Posto al vertice dell'organigramma aziendale, nominato dalla Regione, rappresenta legalmente l'Azienda Sanitaria, titolare di tutti i poteri gestionali e responsabile dei risultati conseguiti dalla struttura.

Collegio dei Revisori poi Collegio Sindacale (Dlgs 229/1999)

Composto da cinque membri, due designati dalla Regione, uno dal Dicastero del Tesoro, uno dal Dicastero della Sanità e l'ultimo dalla Conferenza dei Sindaci. I compiti di tale collegio sono relativi al controllo amministrativo degli atti ed al controllo aziendale da un punto di vista economico.

Direttore Amministrativo

Colui che con il Direttore Sanitario coadiuvava la gestione dell'Azienda con funzioni di dirigere i servizi amministrativi delle ASL conferendo potere al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

Direttore Sanitario

Svolge le funzioni di direzione dei servizi sanitari fornendo supporto al Direttore Generale sugli atti di competenza.



Fig. 9

La 1° riforma (Dlgs 502/92)

Fu sicuramente quella che disegnò il modello più lontano dall'impianto della 833/78: il 502/92 infatti dava al cittadino la possibilità di uscire dal SSN per aderire ad uno schema di copertura (di natura assicurativa o mutualistica) alternativo, riconosceva grande discrezionalità alle Regioni in tema di ordinamento, organizzazione, finanziamento.

La 2° riforma (Dlgs 517/93)

Ridimensionò il ruolo dei fondi sanitari extra-SSN istituendo un unico fondo integrativo rispetto al SSN. Confermata l'impostazione dello scorporo delle attività produttive da quelle organizzative finalizzate al governo locale del servizio.

La 3° riforma (Dlgs 229/99)

Ha fatto segnare un deciso riavvicinamento al modello della 833/78 ridimensionando la discrezionalità sia del livello regionale che delle aziende sanitarie, privilegiando la pianificazione e l'unitarietà degli interventi ispirati oltre che al principio dell'economicità, soprattutto a quello dell'appropriatezza e della garanzia dei LEA.

Differenze gestionali nei diversi contesti normativi

Contesto L. 833/78

- gestione burocratica/contabile basata sulla correttezza formale dell'atto invece che sul risultato dell'atto stesso
- Responsabilizzazione per norme;
- la qualità dei servizi non viene rilevata;
- non evidenzia i vantaggi per investimenti in tecnologie, formazione, ecc. ma solo i costi;
- riduzione dell'attività per ridurre le spese;
- preventivo = consuntivo

Contesto D. lgs 502/92 e 229/99

- Gestione della produttività basata sulla valutazione dei risultati;
- Responsabilizzazione per obiettivi;
- Misurazione dell'attività in unità non solo contabili ma secondo indicatori;
- Investire in tecnologie, formazione ecc. per aumentare la produttività;
- Riduzione delle spese e/o aumento della produzione per ridurre i costi unitari;
- Budget versus consuntivo.

Fino alla legge 833/78 il sistema organizzativo delle U.U.S.S.L.L. era di tipo burocratico/tecnocratico mirando ad ottenere l'efficienza delle strutture.

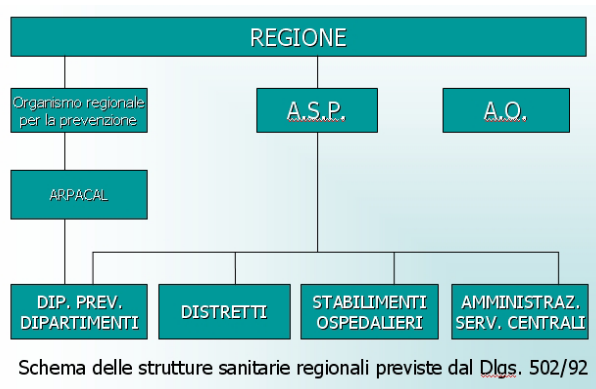


Fig.10

Vengono di seguito definiti alcuni importanti concetti che sono alla base dell'aziendalismo:

Pianificazione

Processo di previsione delle risorse e dei servizi necessari per raggiungere obiettivi prefissati. Tale processo tiene conto di un determinato ordine di priorità in modo da scegliere la soluzione ottimale fra diverse alternative possibili.

Organizzazione

Capacità di organizzare mezzi e risorse per giungere ad una decisione.

Staffing

Capacità di far crescere e sviluppare le risorse umane.

Direzione

Capacità di dirigere le azioni verso gli obiettivi.

Verifica

Capacità di valutare in itinere l'avanzamento ed i progressi verso gli obiettivi.

Management per obiettivi (M.B.O.)

Gestione aziendale per obiettivi. Il raggiungimento dell'obiettivo prefissato, definito dal manager attribuendo alle risorse umane precisi ambiti di responsabilità individuali, rappresenta il motore nuovo del cambiamento ed il fine dell'intero processo di management.

Obiettivo

E' il fine ultimo di tutto il processo gestionale. Il suo raggiungimento è determinato, in termini di risultati, dall'apporto dell'azione sinergica del manager e di ogni partecipante al progetto. Deve essere: chiaro, trasparente, quantizzato, tempificato, condiviso, concordato, discusso, partecipato, verificato.

Manager

E' il coach (allenatore) del team (squadra) per facilitare il raggiungimento dell'obiettivo. Il lavoro, in ambito aziendalistico, è per definizione di gruppo e basato sul raggiungimento di un obiettivo previsto da un progetto. Nella figura successiva viene rappresentata la differenza tra il "capo" della vecchia cultura burocratica e il "manager" della nuova cultura aziendalistica.

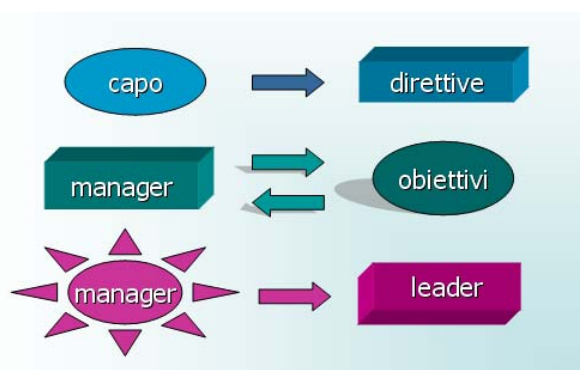


Fig.11

Leader

- Promuovere il cambiamento per fare fronte alla rapida evoluzione dei mercati, delle tecnologie e dei bisogni dei clienti utenti;
- Crea la visione di nuovi obiettivi e sviluppa negli altri la motivazione a procedere verso questi obiettivi: è questa la **VISION** aziendale;
- Mobilita le energie intellettuali per la realizzazione di una **MISSION** con la quale conquista l'adesione degli individui.



Fig.12



Fig.13

2.3 Piano Sanitario Nazionale (PSN) e Piano Sanitario Regionale (PSR)

E' preferibile esaminare preliminarmente alcuni termini comunemente utilizzati quando si parla di prendere decisioni per il futuro a livello aziendale.

- **PROGRAMMA** Individuazione di obiettivi specifici da conseguire attraverso un efficiente e appropriato uso delle risorse attuali e future. Quando si tratta di AZIONE PROGRAMMATA (rif. Legge 595-85 art.2) l'Azienda lo predispone autonomamente utilizzando proprie risorse. Es.: "Monitoraggio dei tempi d'attesa".
- **PROGETTO** Insieme di attività predisposte per realizzare un obiettivo specifico entro un lasso di tempo prescritto e un ammontare definito di risorse. Quando si tratta di PROGETTO OBIETTIVO (rif. Legge 595-85 art.2) si presuppone il coinvolgimento settoriale e trasversale di altre Amministrazioni in base a politiche di ordine generale. Es.: "la tutela materno-infantile".
- **PIANO** Individuazione di obiettivi generali, con la definizione delle strategie, delle politiche e dei programmi per conseguirli. Il tempo di attuazione è generalmente superiore all'anno.
- **POLITICA SANITARIA** Attuazione di un modello di assistenza sanitaria ispirato a criteri formalmente dichiarati. Es.: politica sanitaria rivolta alla prevenzione delle malattie dell'anziano.
- **INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA** Programmazione integrata degli interventi sociali e sanitari, inclusi i servizi alla persona e ai nuclei familiari. (DLgs 229/99 - Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale; Legge n. 328/00 - Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali; DPCM 14.02.01 - Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie).

Principi ispiratori nell'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo la Legge 833 / 1978

UNIVERSALITA': Assistenza sanitaria garantita a tutti

UNIFORMITA': Assistenza sanitaria erogata allo stesso modo

Da questa prospettiva i BISOGNI (le necessità di salute della popolazione) rappresentano la variabile indipendente del sistema su cui deve adattarsi la SPESA che rappresenta la variabile dipendente del sistema.

Apparve successivamente chiaro che tale impostazione conduceva ad una certa sottostima di alcuni fenomeni responsabili della crescita senza limiti della spesa sanitaria:

- invecchiamento della popolazione;
- sviluppo scientifico e tecnologico;
- crescita del tasso di scolarizzazione;
- destrutturazione del tessuto sociale e familiare.

I livelli uniformi di assistenza non divenne mai strumento finalizzato all'individuazione di quali prestazioni sanitarie dovevano essere garantite e finanziate e quali no.

Il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e quello regionale (FSR), ripartiti entrambi sulla base della spesa storica, condussero ad una crescita esponenziale della spesa sanitaria e dei disavanzi delle UU.SS.LL.

Principi ispiratori nell'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo il D.Lgs. 502 / 1992

Durante la metà degli anni '80, per arginare tale situazione, furono introdotti vari correttivi, tra i quali quello più significativo fu l'introduzione del ticket con la Legge 109/88, ma che non portò i risultati sperati.

Fu così che '92 venne emanato il D. Lgs. 502 che, ribaltando totalmente la logica delle politiche economiche istituzionali, fino ad allora seguite riformulò la relazione BISOGNI-SPESA nel modo seguente:

Spesa - Variabile indipendente del S.S.N

Bisogni - Variabile dipendente del S.S.N.

In altre parole si verifica una radicale trasformazione del diritto alla tutela della salute che da “assoluto”, diventa un diritto finanziariamente condizionato e quindi sostanzialmente relativo.

Infatti la Costituzione della Repubblica Italiana all’art. 32 comma 1 così recita:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.”

Successivamente, nel 1999, viene introdotto il principio dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) con l’individuazione delle prestazioni socio-sanitarie che, in un ambito di appropriatezza dell’erogazione, devono essere garantite a tutti i cittadini.

Viene così ribadito il concetto costituzionale di universalità sia pur mitigato da quello socio-economico di sostenibilità all’insegna dell’appropriatezza.

Con il D. Lgs. 229/99 vengono selezionate le tipologie di prestazioni erogabili in relazione ad un determinato fabbisogno sanitario associando ad esse i relativi costi di processo.

I fatti sopra enunciati hanno determinato, da parte del legislatore, il ricorso a strumenti di programmazione sempre più precisi e rigorosi che si esemplificano nella pianificazione sanitaria a livello nazionale, regionale e locale.

Determinazione del fabbisogno nazionale

Il prodotto tra costi dei processi dei LEA e popolazione residente (pesata per classi di età) determina il Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN).

Quest’ultimo viene correlato con le risorse disponibili che lo Stato destina per la sanità, calcolato su un indice percentuale del PIL, stimato nel Documento di Programmazione Economico-Finanziaria .

Gli elementi costitutivi di un piano sanitario, per qualsiasi livello venga progettato, sono quelli rappresentati nella figura seguente:



Fig.14

La programmazione sanitaria

Il Servizio sanitario nazionale è caratterizzato da un sistema di *programmazione sanitaria*, disciplinato dall'art. 1 del D.Lgs. 502/1992, che si articola nel:

- Piano sanitario nazionale;
- Piano sanitario regionale (ogni regione ne emana uno proprio).

Il PSN, in linea con la definizione di piano fornita in precedenza, pianifica interventi sanitari inserendoli in un contesto socio-economico in continua evoluzione, ispirandosi al principio dell'integrazione socio-sanitaria che rappresenta la vera sfida dell'assistenza sanitaria pubblica per gli anni a venire.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN)

Ha durata triennale (anche se può essere modificato nel corso del triennio) ed è adottato dal Governo, su proposta del Ministro della salute, sentite le commissioni parlamentari competenti, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni. Esso indica:

- Le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- I livelli essenziali di assistenza (LEA) sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- La quota capitaria di finanziamento assicurata alle regioni per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- Gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra-regionale.
- I progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;
- Le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
- Le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
- Le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;
- I criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

Il Piano Sanitario Regionale (PSR)

Rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i piani sanitari regionali.

2.4 Gli strumenti attuativi aziendali

Rappresentano l'attuazione finale dei principi di programmazione sociosanitaria contenuti nei piani sanitari nazionali e regionali.

Citiamo i tre documenti su cui s'impenna tutta l'attività programmatica di un'Azienda sanitaria:

PAL (Piano Attuativo Locale)

PAT (Piano Attuativo territoriale)

Atto Aziendale (di diritto privato)

Non vengono considerati da questa prospettiva il BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE e IL BUDGET GENERALE AZIENDALE in quanto, pur essendo importanti documenti di programmazione, fanno parte della routine gestionale e costituiscono essi stessi la premessa ai succitati tre piani.

PAL (Piano Attuativo Locale)

A scadenza triennale, rappresenta il documento principale per la programmazione a medio termine. Al suo interno convergono:

- i bisogni di salute della popolazione residente (analisi della domanda);
- le condizioni operative dell'Azienda (dichiarazione degli obiettivi)
- le istanze di innovazione della stessa (principi ispiratori e visioni perseguite)

Si tratta anche di un documento che, concordato con le associazioni sindacali di categoria, rende esplicita la posizione aziendale nei confronti della Regione e contribuisce a meglio definire le responsabilità e il rapporto tra i due livelli istituzionali preposti alla tutela della salute.

PAT (Piano Attuativo Territoriale)

Sinergico al PDZ (Piano di Zona) sancisce la partecipazione degli enti locali nel processo di costruzione delle politiche di salute, riconosciuta dal decreto legislativo 229/99, dalla legge 328/2000 e dal DPCM del 14 febbraio 2001. Ha durata triennale. Al suo interno convergono:

1. L'analisi del bisogno del Distretto Sanitario;
2. Gli obiettivi di salute ed i relativi indicatori di verifica;
3. Le indicazioni in merito alle modalità organizzative del distretto;
4. I servizi di assistenza primaria e le attività sanitarie e sociosanitarie assicurate (con determinazione degli oneri a carico di A.S. e Comuni);
5. Le modalità operative e le azioni per il coordinamento tra le attività del distretto, dei dipartimenti, dei servizi e delle funzioni ospedaliere;
6. Le attività di integrazione socio-sanitaria Il documento viene negoziato tra gli Enti coinvolti (Azienda Sanitaria e Comuni).

Gli attori che intervengono al processo di programmazione territoriale sono:

- 1) Conferenza dei Sindaci;
- 2) La Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria;
- 3) L'Assemblea dei Sindaci in ambito distrettuale;
- 4) Il Direttore di Distretto Sanitario;
- 5) Il Responsabile del Servizio Sociale dei Comuni;
- 6) I rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali.

Atto Aziendale

L'Atto Aziendale definisce le modalità attraverso cui si realizza il dovere di trasparenza delle Aziende relativamente sia alle procedure e ai loro processi interni (rispetto, ad esempio, ai criteri di selezione e di valutazione della dirigenza aziendale) sia alle attività svolte e ai risultati ottenuti, attraverso idonee forme di comunicazione rivolte alla popolazione di riferimento da un lato e agli organi istituzionali dall'altro.

Il documento è normato dall'art. 3 co.1bis del Dlgs 229/99 e valorizza l'autonomia imprenditoriale dell'Azienda sanitaria attraverso nuovi strumenti di governo ispirati al diritto privato. Agli Atti Aziendali è affidato il compito di stabilire:

- Se gli obiettivi aziendali sono stati raggiunti con eventuale verifica e misurazione dello scostamento tra risultato atteso e risultato conseguito;
- La realizzazione dell'integrazione professionale nelle singole Unità Operative (U.O.) privilegiando il lavoro di gruppo;
- La successiva stesura di regolamenti farà sì che per ogni U.O. si definisca:
 - l'organizzazione del lavoro e in piccoli gruppi multiprofessionali;
 - i sistemi di verifica, per risultati e per prestazioni, della qualità dei processi lavorativi;
 - forme organizzative che sostengano la comunicazione interna e l'innovazione.

3. ASPETTI GIURIDICI DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Le professioni sanitarie (*) sono caratterizzate dai seguenti tre elementi:

- Riconosciute dallo Stato
- Necessitano di titolo abilitante
- Permettono di svolgere attività inerenti prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione

Gli aspetti giuridici generali possono essere così esemplificati:

- Diritti e doveri dell'operatore sanitario in generale
- La privacy e il segreto nell'esercizio professionale
- La responsabilità civile, penale, disciplinare

Diritti e doveri dell'operatore sanitario in generale

Sono quelli previsti dai codici, dai Contratti Nazionali di Lavoro (CNL) e da leggi e decreti inerenti la materia sanitaria. Tra queste ultime citiamo:

- Legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" Criteri guida per l'esercizio professionale, profili, ordinamenti didattici e codice deontologico, rispetto delle competenze mediche e delle altre professioni sanitarie laureate;
- Legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica".
Per la prima volta si parla di "autonomia professionale" per le professioni dotate di proprio profilo professionale;
- Conferenza Stato-Regioni 22 febbraio 2001 Individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario;
- Conferenza Stato-Regioni 16 Gennaio 2003. Disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'Operatore sociosanitario.

Le quattro normative e quelle ad esse collegate delimitano:

- **I profili professionali.** Sono 22 per le professioni sanitarie; 4 per le ex arti ausiliarie e 1 per gli Operatori Socio Sanitari;
- **I rapporti tra le figure.** Sono sintetizzati nei vocaboli: partecipa, collabora, elabora (in equipe multidisciplinare);
- **Grado d'integrazione.** Caratterizza essenzialmente la figura dell'O.S.S.;
- **I livelli di autonomia.** Via via crescenti per alcuni profili specialistici delle professioni sanitarie.

Il concetto di autonomia si fonda sui seguenti due aspetti:

- Agire professionale non condizionato per particolari ambiti operativi;
- Rapporto paritario ed integrato con gli altri profili professionali per il superamento, stabilito dall'evoluzione normativa, del tradizionale rapporto gerarchico tra le figure professionali destinate all'assistenza.

(*) Definizione generale di Professione sanitaria fornita dal Ministero della Salute
<http://www.ministerosalute.it/professionisSanitarie>

L'ambito operativo è quindi condizionato dai succitati fondamentali quattro aspetti che vengono rappresentati nella figura seguente.



Fig.15

La privacy e il segreto nell'esercizio professionale

Con il d.lgs 30.06.03 n° 196 (codice in materia di protezione dei dati o testo unico sulla privacy) che entrato in vigore il 1° gennaio 2004, è stato introdotto il diritto alla protezione dei dati personali in base al quale chiunque ha diritto alla protezione dei dati personali che lo riguardano.

Dati quindi che si distinguono dal diritto alla privacy o riservatezza che ha per oggetto la protezione della vita privata dell'individuo la cui tutela è affidata ai codici.

L'argomento verrà ripreso in una sezione dedicata.

La responsabilità civile, penale, disciplinare

L'operatore sanitario, nell'esercizio della professione, deve rispondere delle sue azioni qualora ne derivino conseguenze dannose per l'utente.

Il principio della responsabilità legata agli errori è regolato dalle norme generali del diritto sia in campo penale che civile.

Anche quest'argomento verrà ripreso in una sezione dedicata.

3.1 Attività proprie e ordine di servizio

Accanto ai doveri ed alle responsabilità vi sono, naturalmente, una serie di diritti del dipendente, stabiliti dalle norme e dai contratti.

In questa sede tratteremo dei diritti dell'operatore sanitario con particolare riferimento al:

- Mantenimento delle funzioni proprie del profilo professionale di appartenenza;
- Aspetto operativo legato all'ordine di servizio impartito da un superiore e alla delega di potere.

Attività proprie, superiori, inferiori

Consiste nel diritto di esercitare le funzioni proprie del profilo professionale posseduto. La riforma del pubblico impiego (Decreto Legislativo n. 29 del 1993, articolo 56), prevede infatti che il lavoratore debba essere adibito:

- alle mansioni per le quali è stato assunto;
- alle mansioni considerate equivalenti nell'ambito della classificazione professionale;
- alle mansioni corrispondenti alla qualifica superiore, purché questa sia stata successivamente conseguita per effetto dello sviluppo professionale, di concorsi o selezioni;
- alle mansioni immediatamente superiori, nel caso di vacanza del posto in organico o di sostituzione del dipendente assente per motivi diversi dalle ferie, per tempo determinato;
- L'assegnazione a mansioni superiori comporta sempre il diritto alla relativa differenza di stipendio;
- In nessun caso, a differenza che per il privato, l'assegnazione alle mansioni superiori può divenire Definitiva;
- L'assegnazione a mansioni inferiori al profilo professionale di appartenenza non è prevista dalla legge se non in casi eccezionali ben codificati;
- La rigida interpretazione delle mansioni sopra riportata è in buona parte superata, almeno per gli infermieri professionali, dagli ultimi CCL in base al principio dell'autonomia professionale.

L'ordine di servizio

E' una disposizione urgente di un superiore impartita in forma scritta e in una forma poco eludibile. Vengono appreso proposte le risposte ad alcune domande abitualmente rivolte in occasione della formulazione di un ordine di servizio.

1) Che cos'è un ordine di servizio?

- E' una disposizione impartita da un dirigente sul quale ricade direttamente la responsabilità dei fatti ad essa conseguenti.
- La disposizione può essere impartita anche da chi non è dirigente purché sia stato delegato a farlo dal dirigente titolare del potere e che della delega sia stata data comunicazione in forma certa e incontrovertibile a chi è tenuto ad eseguirla.
- Un ordine di servizio può riguardare un solo dipendente o anche più dipendenti.
- L'ordine può comportare l'obbligo di seguire o on seguire un determinato comportamento o una determinata procedura.

2) Deve essere redatto sempre per iscritto?

Generalmente sì. Solo in caso d'urgenza può essere impartito anche verbalmente.

3) Si può disattendere un ordine di servizio?

Solo in queste due situazioni:

- Se comporti, per chi lo riceve, anche solo il rischio di commettere un reato penalmente perseguibile;
- Se vi siano motivazioni, assolutamente eccezionali, che impediscono al dipendente di ottemperarvi.

L'art. 51 (ordine del superiore gerarchico) del codice penale stabilisce che, nell'ipotesi in cui chi riceve l'ordine si accorga che può commettere un reato (e non un semplice illecito civile), anche costui è responsabile penalmente unitamente a chi ha dato l'ordine.

Nel nostro ordinamento giuridico esistono le così dette "scriminanti", quali sono lo stato di necessità (art. 54 c.p.) e la forza maggiore (art. 45 c.p.) che, se provate, consentono eccezionalmente di venir meno ai propri doveri.

Si pensi ad esempio al caso di una madre costretta a stazionare al capezzale del figlio gravemente ammalato o del padre separato che il giorno del "richiamo in servizio" abbia affidato a sé il figlio minore.

La delega

Per delega s'intende il trasferimento di potere da un soggetto giuridico detentore ad un altro che ne è sprovvisto.

La costituzione ex-novo di tale potere in capo al nuovo destinatario deve avvenire in forma certa e incontrovertibile.

Generalmente tale trasferimento di potere è temporaneo e legato ad uno o alcuni aspetti operativi.

L'esercizio di tale istituto giuridico da parte di un infermiere professionale trova la sua motivazione in alcune considerazioni d'ordine pratico:

- Dovendo operare secondo i principi e le norme di profilo, deve avvalersi del personale di supporto;
- Dovendo presidiare situazioni di crescente complessità tecnica, non può non coinvolgere figure professionali di supporto in varie attività semplici, ripetitive e standardizzabili.

Al di là delle definizioni giuridiche

A conclusione della trattazione di questi primi temi squisitamente giuridici riteniamo opportuno precisare che:

- Per vertenze specifiche di natura giuridica solo un legale o un giurista che ha pratica quotidiana nell'esercizio del diritto, può esprimere un parere circostanziato e determinante;
- I rapporti interpersonali tra gli operatori sanitari devono essere regolati, oltre che dalla legge, soprattutto dal principio della leale collaborazione nell'ambito del gruppo operativo al fine di raggiungere gli obiettivi previsti dal piano di lavoro;
- Ogni operatore, nell'ambito del suo livello e del suo profilo professionale, deve adoperarsi affinché "il clima", nel suo gruppo operativo, sia il più possibile disteso e consono al raggiungimento dei succitati obiettivi.

Per quanto attiene all'**ordine di servizio** c'è da dire che il ricorso a tale tipo di provvedimento rientra senz'altro nell'ambito dell'eccezionalità.

Il suo utilizzo metodico può rappresentare la spia di un "problema di clima" per un malessere organizzativo localizzato o, peggio, diffuso.

La **delega**, come si è visto, è un istituto ampiamente giustificato e generalmente già previsto dai piani di lavoro concordati con gli operatori dei vari profili professionali coinvolti nel gruppo operativo.

In un clima operativo maturo per il raggiungimento di obiettivi, alla delega si può associare l'"empowerment" termine aziendalistico che indica l'affidamento di attività sulla base di un rapporto di fiducia tale da stimolare la motivazione e l'acquisizione di nuove competenze.

3.2 La responsabilità (professionale, civile, penale, disciplinare)

Apriamo questo delicato argomento soffermandoci sul significato del termine RESPONSABILITA' sia in un'accezione "positiva" di consapevolezza etico-professionale del proprio operato che in una accezione "negativa" riferita all'osservanza di norme giuridiche.

ACCEZIONE POSITIVA	ACCEZIONE NEGATIVA
Impegno a realizzare una condotta professionale corretta nell'interesse di salute o in risposta a un bisogno della persona.	Attitudine a rispondere del proprio operato professionale, in caso di errore (per azione od omissione), davanti ad un giudicante.
Valutazione prima e durante la prestazione d'opera da parte dello stesso soggetto agente.	Valutazione a posteriori da parte di un soggetto esterno.
Accezione positiva perché consente di evitare danni alla persona. Centralità della persona.	Accezione negativa perché emerge quando ormai il danno è avvenuto. Centralità dell'operatore.
Conoscenze scientifiche aggiornate come guida.	Sentenze della Magistratura come guida ed appiattimento della cultura scientifica.
Esercizio professionale ispirato alla solidarietà con la persona.	Medicina difensiva per prevenire sanzioni giudiziarie.
Valorizzazione degli aspetti sostanziali della professione.	Esasperazione degli aspetti formali.

Le fonti di riferimento della responsabilità (sia positiva che negativa) sono le seguenti:

- Conoscenze scientifiche e competenza professionale;
- Leggi dello Stato;
- Codice deontologico;
- Norme etiche

Il soggetto giuridico

Da questo punto in poi tratteremo la responsabilità esclusivamente nell'accezione "negativa" che è quella che riveste maggiore significato quando si verifica il caso giuridico (quando si formalizzano le azioni). Conviene definire qualche elementare concetto di diritto.

Il soggetto giuridico (noi tutti!) è colui che ha attitudine ad essere protagonista delle **situazioni giuridiche** che si distinguono in:

- **Attive** quando descrivono la tendenza del soggetto a tutelare e realizzare propri interessi – **diritti**;
- **Passive** quando descrivono la tendenza del soggetto a subire la tutela e la realizzazione di interessi altrui. Si distinguono in:
 - **Doveri** imputabili ad una generalità di soggetti
 - **Obblighi** imputabili a quel particolare soggetto dal quale l'Ordinamento Giuridico pretende l'osservanza di norme e regolamenti. Ad esempio onorare un debito contratto secondo legge, pagare le tasse, osservare le norme contrattuali nell'esercizio del proprio lavoro, ecc.

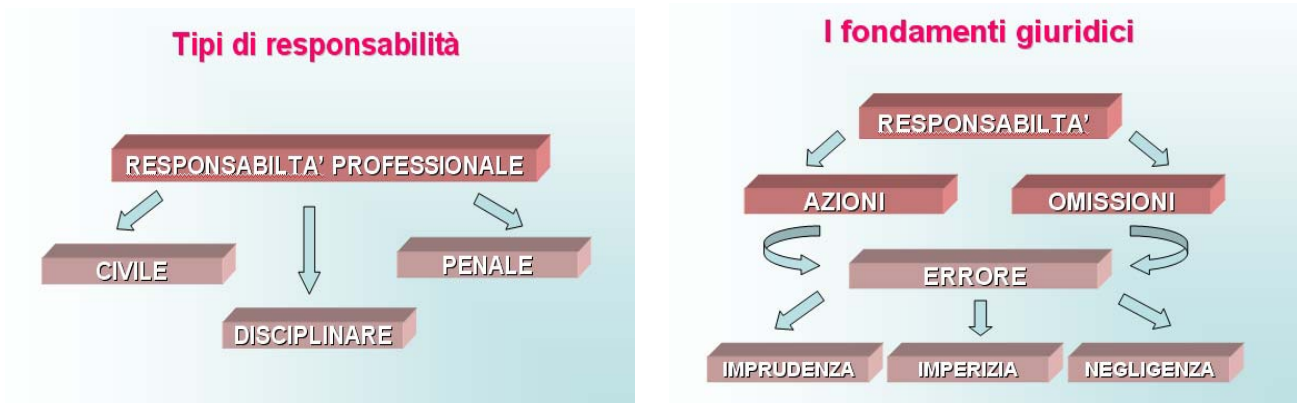


Fig.16

“I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti”.

Art. 28, c1 Costituzione Italiana

L'errore

Fatto di rilevanza giuridica dovuto all'inosservanza di norme civili, penali, disciplinari che può esitare nel danno arrecato alla persona. E' dovuto:

- **Azione.** Condotta attiva impropria o inadeguata contraria alla legge
- **Omissione.** Condotta passiva impropria o inadeguata contraria alla legge

Può dipendere da:

- Imprudenza quando l'operatore non prevede le conseguenze del proprio operato e agisce in modo inopportuno o intempestivo;
- Imperizia mancanza di quella conoscenza scientifica e di quella esperienza che dovrebbe costituire patrimonio comune per tutti coloro che svolgono una determinata attività professionale;
- Negligenza superficialità dell'operatore che dimentica o disattende le norme elementari della professione.

La responsabilità civile

In ambito civilistico la responsabilità professionale sorge dal rapporto di diritto privato che l'operatore sanitario esercente contrae col proprio cliente e produce conseguenze solo patrimoniali. L'operatore deve rispondere per qualsiasi azione illecita che abbia provocato ad altri un danno ingiusto.

La natura della responsabilità può essere di tipo:

- **Contrattuale:** inadempimento di obbligazioni (art. 1218 c.c.)
- **Extra-contrattuale:** responsabilità da fatto illecito (art. 2043 c.c.)

Nel caso di operatori sanitari dipendenti pubblici, al contrario dei liberi professionisti, la relazione operatore paziente si configura come rapporto extra-contrattuale in quanto l'operatore sanitario è l'elemento intermedio del contratto, che si ritiene invece instaurato tra il paziente e l'Azienda Sanitaria.

In caso di responsabilità contrattuale il paziente, qualora subisca un danno ha l'obbligo, di dimostrare natura ed entità di esso ed il nesso causale tra l'operato del prestatore d'opera sanitario ed il pregiudizio subito.

Il termine prescrizione per ottenere il diritto al risarcimento del danno in caso di responsabilità contrattuale è decennale.

In caso di responsabilità extracontrattuale il danneggiato deve provare, analogamente a quanto avviene in responsabilità penale, il danno subito e la colpa dell'operatore sanitario, nonché la prova che lo stesso ha commesso un errore inescusabile.

Il termine prescrizione per ottenere il diritto al risarcimento del danno è quinquennale.

La responsabilità penale

In ambito penale la responsabilità professionale sorge quando vi è violazione di ordini e di divieti espressamente previsti dal codice penale o da altre leggi dello Stato, cioè consegue alla commissione di un reato (fatto illecito o contrario all'ordinamento giuridico per il quale è prevista una sanzione).

I reati si distinguono in:

- **Delitti (reati gravi)**
- **Contravvenzioni (reati lievi)**

Gli elementi costitutivi del reato

1) Oggettivi o materiali:

- Condotta (azione od omissione);
- Evento (conseguente alla suddetta azione od omissione);
- Nesso di causalità (rapporto necessario che deve esistere tra condotta ed evento (art.40 c.p);

2) Antigiuridicità:

- Elemento associato al verificarsi di fatto o comportamento contrario al diritto.

3) Soggettivi o psicologici (relativi a coscienza e volontà):

- **Colpa**: si caratterizza per la non volontà del fatto costituente reato. Colui che pone in essere un reato colposo non lo ha voluto né direttamente né indirettamente. Il reato si realizza a seguito dell'inosservanza di regole cautelari;
- **Dolo**: il fatto costituente reato è oggetto di rappresentazione mentale anticipata da parte dell'agente ed è da questi voluto, sia con riferimento alla condotta sia all'evento che si realizza.

La graduazione della colpa

In relazione al grado di diligenza richiesto per l'espletamento di un compito assistenziale, in caso di reato colposo, si distingue tra colpa:

- **Lieve**, determinata dalla violazione della diligenza media (quella del buon padre di famiglia (art. 1176 cc);
- **Grave**, che deriva dall'inosservanza di quel minimo di diligenza che tutti dovrebbero avere;
- **Lievissima**, quando, per legge o per accordo, si pretenda una diligenza superiore alla media.

Alcuni articoli del codice penale (d'ordine generale)

• L'**art. 42 del c.p.** dispone che per essere punito in relazione ad un determinato reato l'operatore sanitario deve averlo materialmente provocato (**nesso di causalità materiale**) ed averlo commesso con coscienza e volontà (**nesso di causalità psichica**);

• L'**art. 43 del c.p. distingue i delitti in:**

- **dolosi o secondo l'intenzione** (il fatto doloso o pericoloso che è il risultato dell'azione od omissione dell'agente è da questi preveduto e voluto come conseguenza della sua azione od omissione);
- **preterintenzionali od oltre l'intenzione** (dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente);
- **colposi o contro l'intenzione** (quando l'evento, anche se previsto, non è voluto dall'agente e si verifica per imprudenza, imperizia o negligenza o per inosservanza di norme, regolamenti, ordini o

discipline).

La responsabilità disciplinare

La responsabilità disciplinare conseguente all'obbligo di rispettare i principi etici e fa riferimento a norme fissate in codici professionali che vengono a coincidere con molte norme di comportamento che derivano da leggi.

La responsabilità disciplinare derivante dagli obblighi contrattuali emerge nel caso di un comportamento in servizio che non sia conforme agli impegni assunti stipulando il contratto di lavoro essenzialmente ispirato alle norme appresso citate.

- D.P.R. n. 3/57 - Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato;
- D.P.R. n.761/79 - Stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali;
- D.Lgs. 29/93 - Revisione della disciplina in materia di pubblico impiego.

3.3 La legge sulla privacy (ripercussioni sull'assistenza)

Il rispetto della privacy, strettamente collegato al rispetto del segreto professionale, è un dovere particolarmente importante per i lavoratori che operano in un ambito delicato come la Sanità.

La tutela della riservatezza della persona è prevista dalla "legge sulla privacy", n. 675 del 1996.

Attua una direttiva europea, volta a garantire che la raccolta, la registrazione, l'elaborazione, la comunicazione e la diffusione dei dati delle persone (definiti dalla legge con l'unico termine di "trattamenti dei dati") da parte di enti pubblici e soggetti privati, avvenga nel rispetto della dignità delle persone, con particolare riferimento alla riservatezza ed alla identità personale.

Le definizioni della legge 675/96

L'art.1 della legge riporta tutte le necessarie definizioni dei termini comunemente utilizzati nell'ambito della tutela della privacy mentre l'art.8 definisce il profilo del responsabile.

Nella realtà sanitaria, potrebbero essere importanti le seguenti definizioni:

- **Titolare:** l'Azienda e chi la rappresenta o anche, in qualità di contitolare, il presidio o le direzioni sanitaria ed amministrativa;
- **Responsabile:** il dirigente con funzioni di direzione ed organizzazione della struttura cui è preposto;
- **Incaricato:** il professionista che tratta i dati, personali e sensibili, per attuare prestazioni sanitarie: vale a dire, i medici, gli infermieri, le ostetriche e gli altri professionisti individuati dal responsabile, dal quale riceveranno apposite istruzioni.

I tipi di dati trattati

La legge 675/1996 ha suddiviso le informazioni sulle persone fisiche in due categorie:

- **Dati personali:** sono tutte le informazioni che consentono l'identificazione della persona sia direttamente (es. dati anagrafici) sia indirettamente (es. immagini, registrazioni audio e video, ecc.);
- **Dati sensibili:** (articolo 22, comma 1 della legge 675/1996), che riguardano la sfera di intimità della persona: razza, religione, sesso, politica, salute).

Informativa e consenso

• **Informativa:** l'articolo 10 della legge 675/1996 prevede l'obbligo del titolare di fornire all'interessato informazioni, scritte o orali sul trattamento dei dati che lo riguardano, per consentirgli l'esercizio dei diritti che gli sono riconosciuti.

- **Consenso:** l'interessato deve dare in modo esplicito e formale il consenso al trattamento dei dati.
- **Casi urgenti:** nei casi d'urgenza informativa e consenso possono intervenire dopo la richiesta di prestazione mentre nei casi in cui l'interessato sia impossibilitato a prestare il consenso, questo può essere prestato da un congiunto o convivente o da chi esercita la potestà (Decreto Legislativo 282 del 30 luglio 1999).

L'infermiere e il trattamento dei dati

L' I.P., al pari di altri professionisti non medici, è legittimamente autorizzato a trattare i dati personali e i dati sensibili della persona alla quale eroga assistenza, sulla base dei presupposti normativi di seguito indicati:

- **Incarico:** viene "incaricato" del trattamento dei dati personali, ai sensi degli articoli 8 e 19 della legge 675/1996;
- **Trattamento:** in qualità di "esercente una professione sanitaria" (legge 42/1999), può trattare i dati personali sensibili senza l'autorizzazione del Garante e limitatamente ai dati ed alle operazioni indispensabili per il perseguimento di finalità di tutela dell'incolumità fisica e della salute della persona assistita, ai sensi dell'articolo 23 della legge 675/1996.

Come devono essere trattati i dati personali

- In modo lecito e secondo correttezza (articolo 9 della legge 675/1996), nel rispetto della normativa e della dignità della persona, per scopi determinati, espliciti.
- In modo che siano raccolti solo i dati essenziali per svolgere le attività istituzionali che non possono essere adempiute mediante il trattamento di dati anonimi o di dati personali di diversa natura (articolo 3, comma 1 del Decreto Legislativo 135/1999). In pratica si deve dichiarare alla persona interessata gli scopi per i quali vengono raccolte le informazioni.
- In modo che siano sempre esatti e, se necessario, aggiornati. E' nel diritto dell'interessato pretendere ed ottenere l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati (articolo 13, comma 1, punto 3 della legge 675/1996).

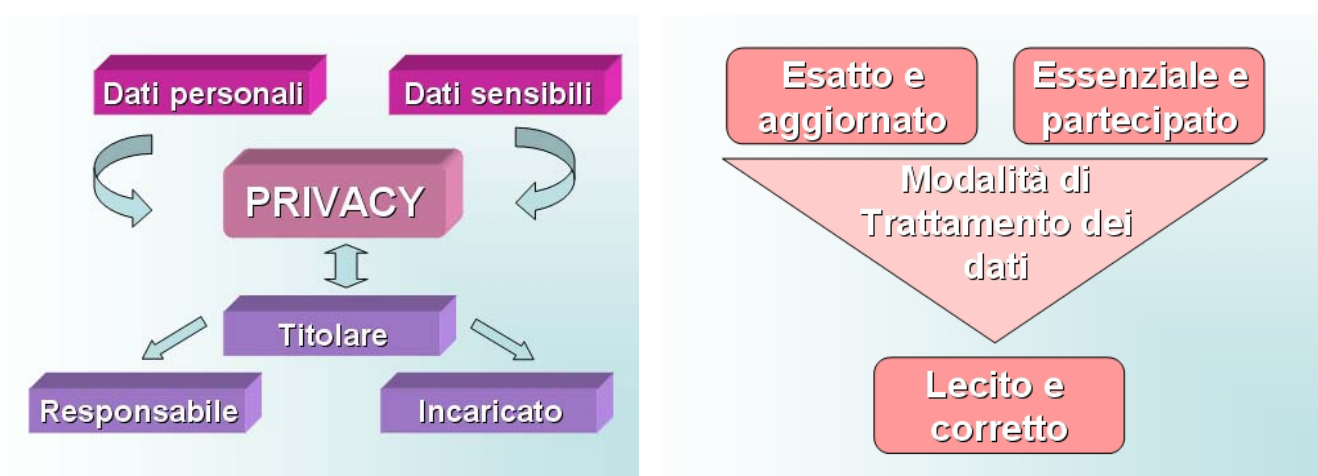


Fig.17

Come devono essere conservati i dati personali

La conservazione dei dati:

- Deve avvenire in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato solo fino a quando serve. Dopo la dimissione eventuali trattamenti dovranno avvenire in forma anonima (es. a fini statistici e di ricerca);
- Va eseguita con estrema cura nei reparti o negli archivi; nel caso di dati su archivi informatici, deve essere prevista una password (procedura d'accesso) per ogni incaricato al trattamento dei dati;
- I dati sensibili (salute e sesso) devono essere conservati separatamente e opportunamente cifrati o codificati, in modo da consentire l'identificazione degli interessati nei soli casi di necessità.

Comunicazione e diffusione dei dati personali

- **Comunicazione:** dare conoscenza dei dati personali ad uno o più soggetti determinati diversi dall'interessato, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione (articolo 1, comma 2, lettera g);
- **Diffusione:** dare conoscenza dei dati personali a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Comunicazione dei dati personali

La comunicazione può avvenire solo con il consenso scritto dell'interessato (articolo 19 legge 675/1996). Il personale ostetrico può comunicare dati personali a terzi, nell'ambito della salvaguardia

dell'incolumità fisica e della salute della persona, per fini istituzionali e in qualità di incaricati.

- Comunicazione a familiari e conoscenti dell'interessato: Il Garante ha stabilito che è consentito comunicare la presenza dell'interessato in ospedale (se e dove è ricoverato), salvo suo preventivo ed esplicito dissenso.

Un limite a questo tipo di informazione potrebbe sussistere rispetto alla indicazione della struttura di degenza se in questo modo si possa risalire al problema di salute dell'interessato.

- Comunicazione dei dati sanitari all'interessato: l'articolo 23, comma 2 della legge 675/1996, dice che "i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare". Questa disposizione molto rigida è stata poi rettificata dal Decreto Legislativo 135/1999 laddove in via generale ha stabilito che il trattamento dei dati sanitari è oggetto dei codici deontologici delle professioni sanitarie (articolo 17, comma 3).

Pertanto, in linea di principio l'interessato potrà ricevere informazioni di carattere sanitario anche da altri professionisti sanitari.

- Divieti di comunicazione: E' fatto divieto di comunicare i dati personali relativi:
 - Alla donna che non riconosce il proprio figlio (legge del 1939);
 - Alla persona HIV positiva e affetta da sindrome immunodeficitaria (legge 135/1990);
 - Alla donna che si è sottoposta ad interruzione di gravidanza (legge 194/1978);
 - È inoltre vietato comunicare a terzi (siano essi anche familiari) i dati personali sensibili, salvo che l'interessato non abbia preventivamente espresso il proprio consenso scritto.

Diffusione dei dati personali

- La diffusione dei dati personali è consentita alle stesse condizioni disciplinate per la comunicazione (articolo 20 della legge 675/1996).
- È vietata la diffusione dei dati sensibili relativi alla salute, salvo nel caso in cui sia necessaria per finalità di prevenzione, accertamento o repressione dei reati (articolo 23, comma 4 della legge 675/1996).
- Non vanno più utilizzate le schede posizionate ai piedi del letto dell'interessato, sulle quali vengono annotati dati di carattere sanitario; diversamente si commette un reato.
- Non vanno assolutamente abbandonate in giro le cartelle cliniche e non vanno fatte circolare affidandole a personale ausiliario ma, ove possibile, nelle mani dell'interessato o degli incaricati allo scopo designati.

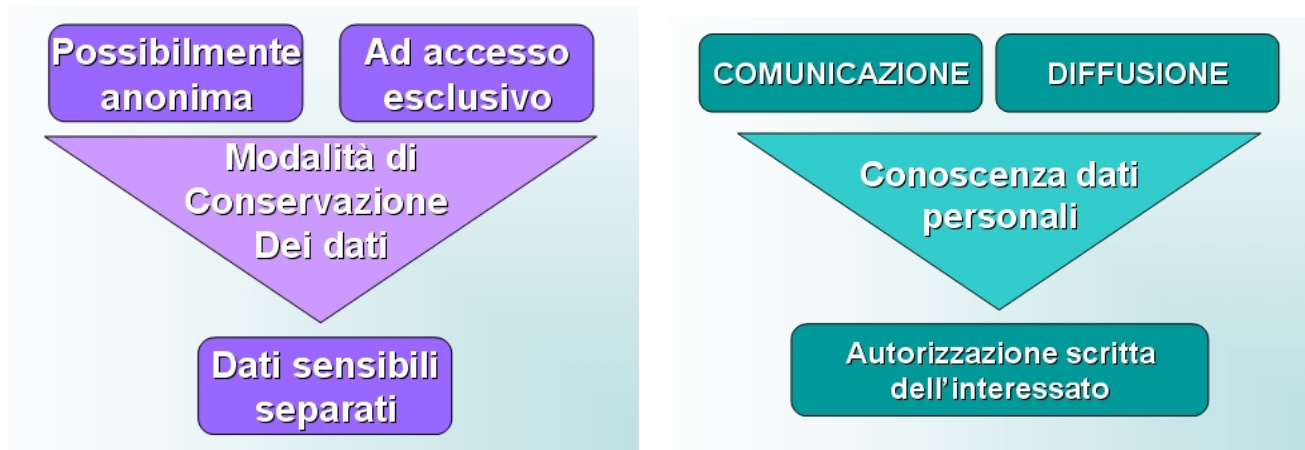


Fig.18

4. PRINCIPALI REATI A CARICO DEL PERSONALE

Con l'evoluzione normativa avutasi negli ultimi anni le professioni sanitarie hanno avuto un crescendo di carichi di responsabilità dovuti al delinearsi di profili professionali a sempre più crescente autonomia.

Ciò ha comportato e comporta un più pesante coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari in eventuali fatti giudiziari derivanti dall'attività assistenziale.

Una pietra miliare è rappresentata dalla Legge 42/99 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che ha abolito, all'interno delle professioni sanitarie, la distinzione tra professioni principali (medico, odontoiatra, farmacista ecc.) e ausiliarie (infermiere, ostetrica, fisioterapista, ecc.).

Non si è più considerati "ausiliario" bensì professionista dell'assistenza, con una propria specifica identità.

Gli elementi del cambiamento

- DPR 225/74: identifica l'assistenza come funzione strumentale;
- L. 42/99: identifica l'assistenza come funzione propria e finalizzata;
- D.Lgs. 29/93: opera una rivoluzione sia culturale che giuridica, attuando la privatizzazione del pubblico impiego, ossia la parificazione sotto il profilo normativo e tecnico, del lavoro pubblico con quello privatistico;
- L. 251/2000: conferisce piena autonomia agli operatori delle professioni sanitarie che possono utilizzare lo strumento della pianificazione per obiettivi al pari dei medici;
- Contrattazione collettiva di lavoro: attraverso la rappresentanza delle OO. SS. gli accordi di lavoro non vengono più recepiti con DPR ma con una vera e propria contrattazione collettiva passando così da un sistema chiaramente pubblicistico ad uno privatistico.

I reati più frequenti in ambito assistenziale

Come già si è detto, dalla violazione dei propri doveri, può derivare una responsabilità a carico del dipendente che può assumere rilievo giuridico anche in ambito penale allorchè si commetta un reato.

In questa sede verranno considerati solo alcuni reati che più frequentemente ricorrono in sede giudiziaria: esercizio abusivo della professione, rivelazione del segreto professionale, rivelazione del segreto d'ufficio, lesioni penali, violenza privata, sequestro di persona, interruzione di pubblico servizio.

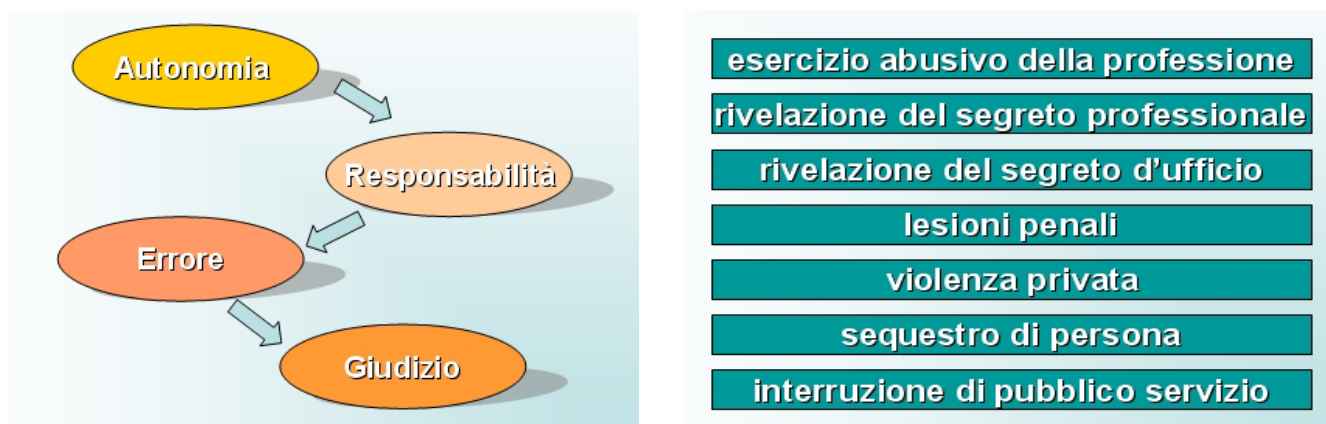


Fig.19

4.1 Esercizio abusivo di una professione (art. 348 c.p.)

“Chiunque abusivamente esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire duecentomila a un milione”.

Di grande attualità è parlare oggi di esercizio abusivo della professione, in quanto dopo l'abolizione del mansionario (DPR. 42/99), molte attività possono essere effettuate sia dall'infermiere che dal medico.

In favore del medico rimane ferma l'attribuzione della diagnosi e cura, quindi prescrizione di farmaci e gli interventi cruenti sul corpo del paziente volti alla cura chirurgica delle malattie.

Per contro tutta l'attività assistenziale è riservata all'infermiere e all'assistente socio-sanitario.

4.2 Rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.)

“Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o per ragione del ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da lire sessantamila a un milione. Il delitto è punibile a querela della persona offesa.”

La norma penale si riferisce alla violazione della segretezza da parte dell'operatore sanitario in rapporto ad attività libero professionale.

Quest' ultimo, infatti, nell'espletamento della professione potrebbe utilizzare delle notizie relative alla salute del suo assistito anche per proprio od altrui profitto.

4.3 Rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.)

I - Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie di, ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.

II - Se l'agevolazione è soltanto colposa, si applica la reclusione fino a un anno.

III - Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, per procurare a sé o ad altri un indebito profitto patrimoniale, si avvale illegittimamente di notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, è punito con la reclusione da due a cinque anni. Se il fatto è commesso al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto non patrimoniale o di cagionare ad altri un danno ingiusto, si applica la pena della reclusione fino a due anni.”

La norma penale si riferisce alla violazione della segretezza da parte del professionista in relazione a fatti inerenti la propria pubblica funzione o pubblico servizio. Anche in questa situazione potrebbe utilizzare delle notizie relative alla salute del suo assistito senza giusta ragione oppure per proprio od altrui profitto.

4.4 Lesioni personali colpose (art. 590 c.p.)

I - Chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a lire seicentomila.

II - Se la lesione è grave la pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da lire duecentoquarantamila a un milione e duecentomila; se è gravissima, della reclusione da tre mesi a due anni o della multa da lire seicentomila a due milioni e quattrocentomila.

III - Se i fatti di cui al precedente capoverso sono commessi con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, la pena per le lesioni gravi è della reclusione da due a sei mesi o della multa da lire quattrocentottantamila a un milione e duecentomila; e la pena per lesioni gravissime è della reclusione da sei mesi a due anni o della multa da lire un milione e duecentomila a due milioni e quattrocentomila.

Il reato consiste nel verificarsi di errore (od omissione) colposo connesso a intervento dell'operatore sanitario che abbia causato lesioni personali della persona assistita. Il reato è certamente più tipico dell'operato del medico e dell'infermiere professionale che dell' O.S.S.

4.5 Violenza privata (art. 610 c.p.)

“I - Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni.

II - La pena è aumentata se concorrono le condizioni prevedute dall'articolo 339 (circostanti aggravanti)”.

Il reato si realizza essenzialmente:

- quando viene attuato intervento dell'operatore sanitario contro la volontà dell'assistito.
- in occasione di pratiche contentive, o comunque coercitive, attuate nei confronti di pazienti psichiatrici, tossico-dipendenti, disabili, anziani dementi.

4.6 Sequestro di persona (art. 605 c.p.)

“Chiunque priva taluno della libertà personale, è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni. La pena è della reclusione da uno a dieci anni, se il fatto è commesso:

- 1) in danno di un ascendente, di un discendente o del coniuge;
- 2) da un pubblico ufficiale, con abuso dei poteri inerenti alle sue funzioni”.

In campo sanitario questo reato può essere commesso da operatori sanitari che espletano la loro attività soprattutto in campo psichiatrico, nel trattamento dei tossico-dipendenti e nella gestione di disabili e di anziani dementi.

Il più delle volte il reato si realizza attraverso la contenzione, una pratica che dovrebbe, attualmente, essere riservata a casi veramente estremi.

Infatti, spesso non è facile individuare la linea di confine che separa il trattamento contenitivo, attuato per la salvaguardia della salute del paziente, dal reato.

4.7 Interruzione di un Ufficio o Servizio pubblico (art. 340 c.p.)

“Chiunque, fuori dei casi preveduti da particolari disposizioni di legge, cagiona una interruzione o turba la regolarità di un ufficio o servizio pubblico o di un servizio di pubblica necessità è punito con la reclusione fino a un anno.

I capi, promotori od organizzatori sono puniti con la reclusione da uno a cinque anni”.

Nell'ambito assistenziale gli operatori possono incorrere nel reato allorquando:

- in occasione di malattia, sciopero o altro impedimento, non fanno comunicazione tempestiva della loro assenza al dirigente del servizio;
- abbandono momentaneo del posto di lavoro senza idonea giustificazione.

Al di là delle definizioni giuridiche

Valgono, a commento di questo rapido excursus sui possibili reati penali, le seguenti considerazioni:

- La responsabilità dell'Operatore Sanitario non va intesa, secondo un'ormai superata ottica burocratica, come una serie di vincoli giuridici;
- Visioni del genere sarebbero in contrasto con i moderni principi aziendalistici, finalizzati a garantire la migliore risposta possibile ai bisogni dell'utenza;
- Il fine per il quale vanno conosciuti i diversi aspetti della responsabilità professionale è quello di tutelare la propria posizione professionale e di prevenire errori che potrebbero avere conseguenze gravi sia per l'utente che per l'operatore;
- Occorre creare e mantenere nel gruppo operativo un'atmosfera di autentica cooperazione e di generale fiducia finalizzata al conseguimento di obiettivi di qualità assistenziale sempre più ambiziosi;
- La condotta dell' Operatore sanitario non deve essere ispirata semplicemente alla regola di "non fare" cose per le quali può essere chiamato a rispondere in campo giudiziario. Deve, piuttosto, "fare" in modo che le attività, in risposta ai bisogni, si svolgano in condizioni che ne favoriscono l'efficienza e soprattutto l'efficacia, in un contesto ambientale orientato alla qualità. Un'attività, espletata in osservanza di tali concetti, fornirà il grado più elevato possibile di soddisfazione sia per i lavoratori che per i cittadini-utenti- clienti.

5. GLOSSARIO MINIMO DEL S.S.N.

Appropriatezza: Misura della capacità di fornire, al livello di assistenza più idoneo, un intervento efficace per uno specifico soggetto (paziente) nel rispetto delle sue preferenze individuali e dei suoi valori culturali e sociali.

Atto aziendale: E' un atto di diritto privato che disciplina l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Sanitarie; individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica (art. 3 comma 1 bis D. Lgs. 229/99).

Azienda sanitaria: Soggetto giuridico, pubblico o privato, che offre attività o prestazioni sanitarie. Azienda sanitaria pubblica: azienda senza finalità di reddito (no profit). Si prefigge come scopo l'acquisizione e/o l'erogazione di servizi di interesse collettivo primario.

Bisogno: stato di insoddisfazione determinato nell'individuo dall'impossibilità di detenere o fruire di determinati beni e/o servizi nella misura desiderata. E' lo scarto tra ciò che esiste e ciò che è desiderabile in termini di stato di salute e servizi sanitari.

Bilancio: compendio della situazione patrimoniale, economica e finanziaria di un' Azienda.

Budget: strumento di controllo aziendale inteso come documento annuale di pianificazione, programmazione e controllo dell'attività. In tale sede si decide quale obiettivo raggiungere e quali risorse allocare.

Carta dei servizi: patto fra soggetto erogatore e cittadino, finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti nell'interesse della collettività e dei singoli. Viene dichiarata la mission, gli obiettivi, gli impegni assunti, la modalità di misurazione del grado di soddisfazione, la mappa dei servizi.

Centro di costo: Unità organizzativa dell'Azienda che svolge lavori ed operazioni omogenee. Individuata per rendere sistematica la rilevazione dei costi.

Cliente: Destinatario di un prodotto e/o di un servizio. Può essere una unità interna, un fruitore specifico intermedio rispetto al prodotto finale (in questo caso si parla di "cliente interno").

Consenso informato: Espressione della volontà dell'avente diritto che, opportunamente informato, autorizza il professionista ad effettuare uno specifico trattamento sanitario.

Contabilità: Parte del sistema informativo della gestione che si basa sull'analisi del "conto" ossia su un insieme omogeneo di rilevazioni economico-contabili.

Contabilità analitica: Contabilità rivolta all'analisi dei costi e dei ricavi di gestione.

Contabilità economica: Contabilità rivolta all'analisi dell'acquisizione e dell'impiego delle risorse.

Contabilità finanziaria: Contabilità rivolta all'analisi delle entrate e delle uscite finanziarie in termini di flussi monetari (controlli, rendiconti, bilanci).

Dipartimento: Articolazione operativa delle organizzazioni sanitarie pubbliche i, funzionale alla razionalità organizzativa, polispecialistica e multiprofessionale. E' composto da Unità Operative appartenenti alla stessa area funzionale.

Distretto: È l'articolazione organizzativa territoriale dell'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP). Assiste una popolazione di almeno 60.000 abitanti. È dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, organizza i servizi di assistenza primaria dei medici di famiglia, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e l'assistenza ambulatoriale, domiciliare e residenziale.

Domanda: richiesta di servizi da parte degli utenti. Si ricava da appositi studi effettuati sulla base di indicatori standardizzati che misurano specifici fenomeni sanitari.

DRG (Diagnosis related Groups): rappresentano un sistema di classificazione dell'attività di ricovero per acuti che porta alla individuazione di categorie finali di pazienti, clinicamente significative e omogenee rispetto alla quantità di risorse assorbite (sistema isorisorse).

Efficacia: capacità di raggiungere un determinato risultato (desiderato); "fare solo ciò che serve"; è riferito agli esiti del processo assistenziale.

Efficienza: capacità di produrre i migliori risultati a parità di risorse: “fare lo stesso con meno”.

Gestione (Management): Insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione.

Governo Clinico: modalità attraverso la quale si gestiscono le procedure finalizzate al miglioramento dei processi clinici.

Inchiesta: metodo per raccogliere informazioni nella ricerca sociale e valutativa, consistente nell'interrogare individui appartenenti a un campione mediante una procedura standardizzata (solitamente un questionario) per potere poi studiare le relazioni i dati ottenuti. Si distingue dal sondaggio per il fatto di essere collegata ad una prospettiva di concreto intervento sociale.

Indicatore: caratteristica qualitativa o quantitativa di un fenomeno che consente di ricavare ipotesi o giudizi sul suo andamento.

LEA (Livelli Essenziali di Assistenza):(D. Lgs. 229/99 e L. 328/00, modifica del titolo V della Costituzione) LIVEAS in campo socio-assistenziale. Definiscono le prestazioni (sociali e sanitarie) che devono essere garantite a tutti i cittadini in tutte le Regioni italiane.

Linee guida: Insieme di indicazioni procedurali suggerite, prodotte attraverso un processo sistematico, finalizzate ad assistere gli operatori a decidere quali siano le modalità assistenziali più adeguate in specifiche circostanze cliniche.

Logistica: pianificazione, attuazione, regolazione dei flussi (movimento) e della allocazione di persone e/o di beni e delle attività di supporto a queste correlate, all'interno di un sistema orientato al raggiungimento di obiettivi specifici.

Mission: motivo per cui una organizzazione (azienda), un processo, una azione esiste. Per l'organizzazione è la ragione d'essere: ciò che essa sceglie di fare per rendersi visibile all'esterno e per soddisfare i bisogni (le richieste) dei suoi utenticlienti.

Monitoraggio: misurazioni ripetute e continuative di una varietà di indicatori, operate per identificare potenziali problemi (WHO), per presidiare un fenomeno, per misurare l'evoluzione e il miglioramento continuo.

Obiettivo: risultato espresso in termini quantitativi, da raggiungere in un periodo di tempo predefinito.

Offerta sanitaria: quantità e tipologia dei servizi sanitari resi disponibili per la cittadinanza (es.: numero dei posti letto per acuti, per lungodegenti, ecc.).

Organigramma: modo di rappresentare la configurazione di una organizzazione per livelli di responsabilità.

PIL (prodotto interno lordo): misura del volume di beni e servizi che possono essere acquistati con il reddito di cui dispongono tutti gli individui.

Presidio (o Stabilimento)Ospedaliero: insieme di una o più strutture (unità operative, servizi) in cui si erogano prestazioni in regime di ricovero.

Procedura: insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo (DPR 14.01.97). E' il metodo codificato per svolgere un'attività o un processo.

Processo: successione strutturata di attività amministrative finalizzate a produrre un risultato (prodotto, servizio, ecc.) che ha valore per il cliente finale.

Protocollo: schema pre-definito, localmente concordato, di comportamento ottimale per attività operative.

Qualità: Insieme delle qualità e delle caratteristiche di un prodotto e/o di un servizio, che gli conferiscono la capacità di soddisfare i bisogni del cliente.

Qualità attesa: caratteristiche che i cittadini si attendono di vedere espresse in un prodotto servizio.

Qualità percepita: caratteristiche che i cittadini riescono ad apprezzare in un prodotto servizio.

Questionario: metodologia di rilevazione delle opinioni caratterizzata da un insieme strutturato di domande e categorie di risposta, definite a priori sotto forma di domande chiuse (prevedono risposte predeterminate) e/o di domande aperte (a risposta libera).

Risorsa: Ogni elemento disponibile e/o attivabile per il raggiungimento degli obiettivi.

Risultato: Indica il grado di raggiungimento di un obiettivo. Output = prodotto o servizio erogato. Outcome = comportamento nel tempo del prodotto o servizio erogato.

Screening: Progetto di ricerca finalizzato alla prevenzione di una particolare malattia di grande impatto socio-sanitario.

Validazione: Conferma, sostenuta da evidenze oggettive, che i requisiti di conformità relativi ad una specifica procedura soddisfano le norme che la regolano.

Valore atteso: Valore assunto quale standard che si vorrebbe raggiungere.

Valore minimo accettabile: Valore soglia, minimo di accettabilità.

Valore verificato: Risultato raggiunto.

Valutazione: Giudizio di valore nei confronti di prodotto o servizio in riferimento ad uno standard.

Verificare: Accertare situazioni di fatto, senza esprimere giudizi di valore. Operazione che precede la valutazione dei risultati.

Vision: Descrizione dell'obiettivo che l'Azienda vuole realizzare. Traduce la Mission in un piano realizzabile e condiviso da tutti i membri della Organizzazione.

INDICE

1 L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO	1
1.1 Il Profilo	1
1.2 Ruolo e funzioni	3
1.3 Inserimento nelle organizzazioni di lavoro	4
2 IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE (S.S.N.)	8
2.1 Aspetti storico-evolutivi	8
2.2 Aziendalizzazione	10
2.3 Piano Sanitario Nazionale e Piano Sanitario Regionale	15
3 ASPETTI GIURIDICI DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	20
3.1 Attività proprie e ordine di servizio	22
3.2 La responsabilità (professionale, civile, penale, disciplinare)	24
3.3 La legge sulla privacy (ripercussioni sull'assistenza)	28
4. PRINCIPALI REATI A CARICO DEL PERSONALE	31
4.1 Esercizio abusivo di una professione (art. 348 c.p.)	32
4.2 Rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.)	32
4.3 Rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.)	32
4.4 Lesioni personali colpose (art. 590 c.p.)	32
4.5 Violenza privata (art. 610 c.p.)	33
4.6 Sequestro di persona (art. 605 c.p.)	33
4.7 Interruzione di un Ufficio o Servizio pubblico (art. 340 c.p.)	33
5. GLOSSARIO MINIMO DEL S.S.N.	I
6. INDICE	IV