



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Trento

IV Commissione Permanente del Consiglio della Provincia Autonoma di Trento
Audizione del 14 novembre 2019 ore 15.30

Memoria su osservazioni sulla risoluzione n. 4/XVI, concernente "Audizioni presso le commissioni consiliari competenti sulle modalità di affidamento dei servizi socioassistenziali e sull'eventuale revisione della legge provinciale n. 13 del 2007 in materia di politiche sociali"

Dotazioni infermieristiche sicure nei servizi socio sanitari

Le strutture socio – assistenziali sono chiamate a farsi carico di una utenza caratterizzata da una crescente complessità assistenziale ed instabilità delle condizioni cliniche. L'andamento demografico ha determinato una modifica delle caratteristiche quali - quantitative dei bisogni degli utenti assistiti nei servizi socio-assistenziali, con particolare riferimento ai servizi adulti e anziani, a causa dell'età media sempre più avanzata associata a co-morbilità (es. scompenso cardiaco, diabete, BPCO, demenza,...) e con associati problemi tipici, quali la disabilità intellettiva con età media superiore a 40 anni (situazione che implica un invecchiamento precoce), disabilità motoria, disturbi psichiatrici gravi anche con disfagia.

Alla luce di quanto sopra premesso, ai bisogni socio – assistenziali degli utenti, si sono aggiunti bisogni sanitari emergenti anche complessi. E' evidente pertanto, che nei team multi-professionali, al fine di garantire una presa in carico sicura e di qualità con un miglioramento degli esiti assistenziali della persona (es. disabilità-autonomia, lesioni da decubito, caduta, infezioni, sicurezza e mortalità), siano necessari tempi dedicati e competenze infermieristiche, quali di valutazione di problemi e rischi, di presa di decisione per la loro risoluzione, prevenzione e sorveglianza e di somministrazione in sicurezza della terapia farmacologica anche complessa (poli-farmacoterapia tra cui insulina, anticoagulanti; somministrazione farmaci tramite presidi per la nutrizione enterale quali la PEG). A tal proposito si evidenzia che in letteratura internazionale emerge accordo dell'associazione positiva fra competenze infermieristiche ed esiti assistenziali.

Attualmente emergono le seguenti criticità:

- la gestione della complessità assistenziale non viene assegnata ad infermieri presenti e stabili della struttura, ma se assunti dall'Ente o in regime libero professionale accedono a più residenze in genere una volta al giorno, al mattino, per predisporre i farmaci da somministrare agli utenti ed effettuare, le prestazioni infermieristiche più complesse, lasciando per il resto del giorno e della notte gli assistiti affidati agli OSS e a personale educativo. Ad oggi l'infermiere non è previsto nel catalogo dei servizi socio – assistenziali come figura professionale a parametro. Gli infermieri sono assunti pertanto con discrezionalità e a carico economico dei singoli enti del terzo settore che garantiscono servizi socio-assistenziali e educativi. Emerge quindi, allo stato attuale, una disomogeneità nel rapporto fra infermieri e utenti con situazioni di sottodimensionamento o assenza della figura dell'infermiere nelle dotazioni di personale, in quanto non è definito uno standard di dotazioni infermieristiche coerente con i bisogni degli utenti.
- interpretazione delle linee di indirizzo della PAT, emanate il 3 aprile 2012 dal Servizio Organizzazione e Qualità delle attività sanitarie, relative a "*mansioni di aiuto all'assunzione di farmaci nelle strutture socio-assistenziali*" (in allegato), nelle quali è disciplinato l'aiuto all'assunzione dei farmaci posto in essere da personale non sanitario (OSS, personale educativo,...) delle strutture socio – assistenziali, che va inteso come ruolo vicario di quanto normalmente in capo alla famiglia e non già come surrogata della competenza medica/infermieristica. Il profilo dell'OSS all'articolo 1.1.3. Competenze di assistenza alla persona di specifico carattere sanitario sottolinea come sia attribuibile a tale figura l'aiuto per la corretta assunzione della terapia prescritta e programmata, con la supervisione del personale sanitario competente (medico – infermiere), esclusa la terapia per via iniettiva. E' utile sottolineare che si parla di assunzione e non di somministrazione (i due verbi non possono essere considerati sinonimi): l'aiuto all'assunzione indica un'azione rivolta verso il paziente che non sottende discrezionalità, la somministrazione richiede un processo decisionale con assunzione di responsabilità da parte del professionista sanitario (medico, infermiere). Alla luce di quanto sopra premesso è evidente che in determinate situazioni di utenti, per specifici problemi (disfagia, PEG,...) e/o per la loro complessità assistenziale sia necessaria una valutazione pre - somministrazione e un monitoraggio post somministrazione, che implicano la competenza sanitaria infermieristica.

In pieno accordo è la risposta scritta del Sottosegretario al Ministero della Salute, dott. Maurizio Fugatti, pubblicata martedì 10 luglio 2018, il quale è intervenuto in Commissione Affari Sociali alla Camera per rispondere a un'interrogazione presentata dai deputati Novelli e Pedrazzini (FI) sulle competenze dell'OSS: nessuna possibilità di somministrare farmaci, nessuna confusione con la professione di infermiere, che anzi deve emanare direttive e supervisionare il suo operato (*in allegato versione integrale dell'interrogazione e risposta*).

Anche il Consiglio di Stato, con la sentenza n. 1384/2010, conferma il precedente pronunciamento del Tar della Toscana II sez. sentenza 11 giugno 1998 n. 552, che si era così espresso: è illegittimo l'ordine di servizio con cui vengono incaricati di somministrare agli assistiti i farmaci prescritti dal medico curante, a figure professionali come educatore, fisioterapista, ota. Non compete a tali figure la somministrazione di farmaci, dato che tale attività presuppone la valutazione del momento della loro somministrazione in relazione al concreto stato psicofisico dei destinatari stessi, richiede sicuramente una qualificazione, oltre che esperienza professionale. La somministrazione dei farmaci è del tutto estranea ai compiti di personale con qualifiche diverse da quelle infermieristiche, mentre i compiti dell'ota sono del tutto manuali. L'appello dell'Azienda al Consiglio di Stato è stato dichiarato infondato ed i giudici hanno stabilito che "in relazione alle finalità del Centro presso cui prestano servizio i ricorrenti (riabilitazione, socializzazione ed integrazione di disabili) ed allo stato anormale dei destinatari dei relativi servizi, la somministrazione di medicine particolari (antiepilettici, cardiotonici, psicofarmaci) a soggetti disabili, richiede la valutazione del momento della loro somministrazione e perciò una qualificazione oltre che esperienza professionale non posseduta dagli interessati. Con la conseguenza che la somministrazione di tali farmaci è del tutto estranea ai compiti di personale con qualifiche diverse da quelle infermieristiche (...). Irrilevante è poi la circostanza che il Centro in questione non abbia carattere sanitario in quanto è la necessità della somministrazione di farmaci agli ospiti del Centro che comporta l'esigenza di disporre di personale infermieristico per fare fronte a tale incombenza".

Anche sotto il profilo disciplinare e del rispetto del Codice deontologico vi è da precisare che l'infermiere ha la responsabilità primaria di tutelare la sicurezza del cittadino.

Poste queste premesse, e nell'auspicio di poter dialogare con la politica per dare il proprio contributo a garanzia di cure sicure e di qualità ai cittadini assistiti dai servizi socio - assistenziali, con particolare riferimento ai servizi adulti e anziani, e di collaborazione interprofessionale in una logica di alleanza e nel rispetto delle competenze specifiche di ciascuna professione, l'OPI di Trento, a nome degli oltre 4.400 infermieri trentini, chiede che la Provincia Autonoma di Trento:

- *garantisca* dotazioni infermieristiche adeguate dal punto di vista quali e quantitativo per rispondere ai bisogni sanitari sempre più complessi di tali utenti;
- *valuti l'attivazione*, a tale fine, di un gruppo di lavoro che possa approfondire la tematica e proporre soluzioni che, in luogo dell'inserimento a parametro della figura professionale dell'infermiere, tenga conto anche delle diverse complessità delle situazioni di cura (complessità assistenziale, terapie farmacologiche complesse,..). Si propone, pertanto, di attivare un confronto al fine di individuare il fabbisogno di personale infermieristico in un'ottica di appropriatezza professionale.

Riconoscimento e valorizzazione di carriera ed economica delle competenze e dell'expertise degli infermieri e funzioni di coordinamento e direzione

- a) considerare la laurea magistrale, i master e i corsi di perfezionamento universitari quali requisiti per lo sviluppo di carriera nelle aree clinico-assistenziale, organizzativa, formativa e di ricerca;
- b) prevedere a catalogo e quindi nei bandi di concorso per posizioni di:
 - *coordinamento* anche il profilo professionale di infermiere in possesso di master per funzioni di coordinamento (ai sensi della L. 43/2006) o laurea magistrale come già previsto nel CCPL sanità e Direttive PAT alle RSA 2020 della nostra Provincia;
 - *direzione* anche il profilo professionale di infermiere in possesso di laurea magistrale in scienze infermieristiche.

Allegati

- linee di indirizzo della PAT, emanate il 3 aprile 2012 dal Servizio Organizzazione e Qualità delle attività sanitarie, relative a "mansioni di aiuto all'assunzioni di farmaci nelle strutture socio-assistenziali"
- risposta scritta pubblicata martedì 10 luglio 2018 del sottosegretario al Ministero della Salute dott. Fugatti a un'interrogazione di Novelli e Pedrazzini (FI) sulle competenze dell'OSS



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Servizio organizzazione e qualità delle attività sanitarie

Via Gilli, 4 - 38100 Trento
Tel. 0461 - 494075
Fax 0461 - 494109

www.trentinosalute.net
e mail: serv.orgsan@provincia.tn.it
serv.orgsan@pec.provincia.tn.it

Funzionario di riferimento: Paola Zanetti

Prot. n. 5143/12/10640/22.14.1-2010-23
(da citare nella corrispondenza)

Trento,



Agli enti di assistenza ai disabili

Al Servizio Politiche sociali e abitative

Al Dipartimento Politiche sanitarie

APSS - Serv.Integrazione socio-sanitaria

N.	DATA
552	27/4/12
<input checked="" type="checkbox"/> Presidenza	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Direttore	_____
<input type="checkbox"/> Vice Presid.	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Vice Direttore	_____
<input checked="" type="checkbox"/> S. Amm.	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Uff. Pers.	_____
<input checked="" type="checkbox"/> ALTRI	_____

3 APR 2012

ROTTA
P. ZANETTI

OGGETTO: Indirizzi per le mansioni di aiuto all'assunzione di farmaci nelle strutture socio-assistenziali.

Le strutture che accolgono disabili sono spesso semplici strutture di accoglienza di carattere socio-assistenziale, non si configurano come strutture sanitarie o appartenenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria. E' innegabile peraltro che tra gli ospiti possono sussistere situazioni di precarietà e fragilità e situazioni di patologie croniche che richiedono la l'assunzione routinaria di farmaci.

Al fine di poter rispondere in modo appropriato e in sicurezza a tale esigenza, in allegato alla presente si trasmettono gli indirizzi di cui in oggetto, relativi alle mansioni di aiuto all'assunzione di farmaci a favore delle persone in situazione di handicap e disabili in ambito socio-assistenziale.

Con distinti saluti:



IL SOSTITUTO DIRIGENTE
- dot.ssa Anna Maria Trenti -

Linee di indirizzo per l'assunzione di farmaci nelle strutture socio-assistenziali di accoglienza

Premessa

Nell'affrontare le varie problematiche attinenti alla disabilità, appare necessario un approccio sistemico - non parcellizzato - ai molti bisogni della persona, che richiede una forte integrazione tra la componente sanitaria e quella sociale.

All'organizzazione che si occupa della presa in carico delle persone disabili è richiesto di corrispondere flessibilmente a questi bisogni in maniera integrata e appropriata, nel rispetto delle normative vigenti e nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia e sicurezza, in un assetto di responsabilità condivisa.

Una problematica emergente è, in questo contesto, quella dei farmaci che devono essere assunti da persone disabili in carico a strutture socio-assistenziali in maniera continuativa (comunità alloggio) o in orario diurno (es. centri diurni). Queste persone necessitano infatti di assumere terapie farmacologiche ad orari prestabiliti che, molto spesso, coincidono con quelli della loro presenza nella struttura socio-assistenziali, il che può comportare il problema pratico della eventuale necessità di assistenza e aiuto nell'assunzione.

Le presenti linee di indirizzo intendono affrontare la problematica definendo l'assetto organizzativo generale entro il quale si deve porre l'aiuto all'assunzione dei farmaci posto in essere da personale non sanitario delle strutture socio-assistenziali, che va inteso come ruolo vicario di quanto normalmente in capo alla famiglia e non già come una surrogata della competenza medica e/o infermieristica.

1. L'aiuto all'assunzione di farmaci nelle strutture socio-assistenziali di accoglienza

Le pre-condizioni necessarie per un'adeguata gestione del processo di assunzione di farmaci, nelle strutture socio-assistenziali sono le seguenti:

- ▶ identificazione e perseguimento della "missione" dell'organizzazione socio-assistenziale;
- ▶ selezione e classificazione degli ospiti, in relazione alle potenzialità di risposta ai bisogni individuali ed alla complessità dei problemi assistenziali;
- ▶ adeguata organizzazione assistenziale che, per gli aspetti socio-sanitari, si fonda sui seguenti presupposti: predisposizione di un piano educativo personalizzato e condiviso, adeguata formazione del personale educativo e coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale degli ospiti.

2. L'aiuto all'assunzione di farmaci nell'ambito della missione dell'organizzazione socio-assistenziale.

L'attività e la natura dell'intervento delle strutture sociali di accoglienza per disabili (comunità alloggio e centri diurni) è riconducibile all'ambito assistenziale - educativo. Ne consegue che le strutture al loro interno non garantiscono la presenza continuativa di personale sanitario (medico, infermiere) o di personale tecnico-sanitario (operatore socio-sanitario) a cui spetta, rispettivamente, la prescrizione e la somministrazione di farmaci e l'aiuto nella loro regolare assunzione.

Peraltro l'attività delle strutture socio-assistenziali per disabili, benché abbia il proprio fulcro appunto nell'aspetto educativo e di reinserimento sociale, richiede comunque una presa in carico multidimensionale della persona disabile, che è portatrice di bisogni inscindibili di natura sia sociale che sanitaria.

3. Individuazione dei bisogni della persona e selezione dei pazienti

Appare pregiudiziale, nella presa in carico delle persone disabili da parte delle strutture socio-assistenziali di accoglienza, una corretta valutazione dei bisogni individuali complessivi. Tale valutazione consente di operare una accurata selezione delle persone in modo tale da identificare i soggetti accoglibili, che sono coloro per i quali l'ammissione risulta appropriata rispetto all'intensità assistenziale richiesta dal caso specifico in rapporto alla capacità e alle potenzialità di risposta della struttura.

E' infatti necessario distinguere i casi caratterizzati da una situazione di prevalenza di bisogni sanitari, o che richiedano la presenza costante di personale sanitario dedicato nella struttura, per i quali va quindi individuata una destinazione in strutture che rispondano a tali esigenze sanitarie, dai casi che presentano prevalenti bisogni di tipo assistenziale-educativo, per cui le esigenze sanitarie appaiono secondarie e assolvibili nel contesto di accoglimento.

Pertanto, preliminarmente all'inserimento delle persone nella comunità o nel centro diurno, dovranno essere attentamente valutati i bisogni della persona con un assessment multidimensionale, e la effettiva capacità della struttura socio-sanitaria di farsi carico dei medesimi,

4. L'organizzazione assistenziale

a) Progetto educativo personalizzato

L'inserimento delle persone disabili in comunità o in centro diurno è pertanto condizionato dalla loro accurata selezione, che dovrà avvenire con modalità e criteri trasparenti stabiliti nei documenti strategici della struttura, per declinare i loro bisogni nel piano educativo personalizzato che, in progress, deve indicare:

- ▶ il piano educativo/riabilitativo della persona, contenente le fasi del progetto e gli obiettivi, intesi come risultati attesi per la persona;
- ▶ le esigenze di cura della persona, che dovranno avere un carattere secondario rispetto agli aspetti precedenti. In particolare, per quanto attiene alla somministrazione dei farmaci, nei casi in cui le condizioni di salute della persona non consentano l'autosomministrazione del farmaco, il piano educativo personalizzato dovrà contenere:
 - la prescrizione dei trattamenti farmacologici;
 - la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco (protocollo individuale di intervento);
 - i problemi terapeutici ed assistenziali, reali e potenziali, intesi come effetti collaterali o difficoltà nella gestione dell'assunzione e somministrazione dei farmaci, con la descrizione dei segni e sintomi da monitorare e/o rilevare;

- i criteri per effettuare una assunzione dei farmaci sicura e valida (con le modalità dell'aiuto all'assunzione eventualmente necessario);
- i criteri e le modalità di registrazione e trasmissione delle informazioni (quali dati, a chi, con quali strumenti e con quali tempi).

Il Piano educativo personalizzato deve essere rivisto con cadenza almeno semestrale e comunque ogni qual volta se ne riscontri la necessità.

In ogni caso dovrà essere indicato, nello stesso piano educativo, il livello di disabilità e gli ambiti del processo di somministrazione della terapia sui quali la persona disabile deve essere aiutata: dall'aiuto completo nell'assunzione del farmaco, alla vigilanza e controllo dell'avvenuta assunzione.

Riguardo alla tipologia degli interventi, di regola questi riguardano i casi ordinari di aiuto all'assunzione di una terapia di base (strutturata nel tempo), per la quale si configura un'assenza di discrezionalità da parte del personale in relazione a tempi, posologia e modalità di somministrazione.

Eccezionalmente può essere, però, necessaria l'assunzione "al bisogno" di terapie farmacologiche che vanno assunte dalla persona nell'ipotesi in cui si registrino in maniera non equivoca determinati sintomi (ad es. aggressività, autolesionismo, ecc.), non solo sulla base di una precisa procedura di intervento predefinita per ogni singolo caso, ma soprattutto su chiare e precise indicazioni dei problemi assistenziali di ogni singola persona e con l'assicurazione di poter accedere in ogni momento alla consulenza diretta di personale sanitario.

La procedura di intervento deve essere concordata con il team educativo-assistenziale e deve essere garantito, in ogni caso, il confronto con l'infermiere e con il medico.

Per le persone per le quali vi sia la frequente e prevedibile ricorrenza di situazioni critiche che comportano, al bisogno, la necessità di variazione del dosaggio della terapia o di introduzione di specifici farmaci previa valutazione di più fattori, deve essere rivalutata l'appropriatezza dell'accoglimento disponendo eventualmente la destinazione presso strutture in cui sia assicurata la disponibilità del personale sanitario competente. Lo stesso quando la particolare complessità delle modalità di somministrazione richiedano l'intervento di personale sanitario.

Gestione delle emergenze

Il personale educativo è comunque tenuto ad attivare il servizio territoriale di emergenza 118 nei casi in cui si presenti la necessità di interventi non precedentemente pianificati e non differibili in relazione alla gravità dell'evento e comunque in tutti i casi in cui si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza (secondo protocolli predefiniti di gestione delle situazioni critiche e delle emergenze in capo alla direzione della struttura).

b) Formazione e compiti del personale di assistenza

Il personale educativo con compiti di assistenza nei confronti delle persone disabili deve essere adeguatamente formato riguardo all'attività di aiuto alla somministrazione di farmaci. Tale attività, svolgendosi sempre sulla base di una prescrizione medica, richiede una adeguata formazione del personale educativo in relazione ai seguenti obiettivi:

- obiettivo generale è l'acquisizione, da parte degli operatori, della piena consapevolezza del proprio ruolo, che si identifica nell'obiettivo della presa in carico del paziente in maniera

multidimensionale e interdisciplinare. All'obiettivo educativo si affianca l'impegno a gestire anche altre problematiche della persona, pur non prevalenti, quale l'aiuto alla assunzione di farmaci in un contesto controllato;

- obiettivo specifico è l'inquadramento della persona e l'acquisizione delle informazioni relative agli specifici casi in carico per quanto riguarda i bisogni assistenziali e sanitari della persona, tra cui l'eventuale aiuto all'assunzione dei farmaci.

Condivisione con la famiglia della persona disabile (o suo rappresentante legale).

L'intervento di aiuto all'assunzione di farmaci è svolto in funzione vicaria, (concordata, condivisa e strutturata) della famiglia e può essere attuato solamente in virtù di un rapporto fiduciario fra genitori e operatori della struttura.

Pertanto una precisa richiesta di supporto nell'assunzione di farmaci deve essere inoltrata dal genitore o da chi rappresenta giuridicamente la persona disabile (altri familiari, tutore, curatore e amministratore di sostegno) alla direzione della struttura, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere.

La richiesta viene formulata secondo uno schema dettagliato predisposto ed è corredata da prescrizione medica con modalità, posologia e tempi di somministrazione definiti dal medico curante della persona disabile, fatti propri nel Piano educativo personalizzato.

I genitori consegnano alla direzione della struttura la documentazione sanitaria del caso e i medicinali che devono essere assunti, e forniscono il proprio recapito telefonico.

5. Obblighi della Direzione della struttura

In relazione all'esigenza di assicurare l'assunzione delle terapie farmacologiche dei pazienti la Direzione della struttura:

- individua il personale responsabile per l'aiuto all'assunzione della terapia per il singolo caso;
- provvede alla formazione e addestramento del personale, in generale e in relazione alle esigenze dei pazienti affidati, con particolare riguardo ai casi preindividuati in cui, per la cura di patologie riconosciute, l'assunzione del farmaco è necessaria quando ricorre una determinata sintomatologia (es. crisi convulsive, crisi psicomotorie). Per i casi più complessi sono organizzati incontri tra operatori, familiari e medico prescrittore, anche su richiesta degli operatori;
- per i medesimi casi assicura disponibilità della consulenza/supervisione di personale sanitario mediante contatto telefonico da attivare al bisogno con il medico curante o con l'assistente sanitaria reperibili o con altre figure professionali sanitarie di riferimento della struttura.

6. Ruolo del personale

Il piano educativo assistenziale, all'interno delle strutture sociali di accoglienza, si realizza solo attraverso un'alleanza terapeutica e di lavoro tra figure professionalmente diverse.

Il personale educativo, adeguatamente formato secondo le modalità sopra indicate, è incaricato a svolgere la funzione di aiuto all'assunzione dei farmaci integrando e supportando il ruolo della famiglia e attenendosi scrupolosamente ai limiti e alle condizioni definite nel protocollo medico

di intervento e alla richiesta dei familiari. Ciò costituisce condizione essenziale per rendere possibile l'accoglimento del disabile nella struttura.

Pertanto nell'ambito di un contesto organizzato e controllato, anche la funzione di aiuto al disabile nell'assunzione dei medicinali prescritti, secondo le modalità e con i criteri enunciati, è compito che può essere svolto in sicurezza anche dal personale di assistenza non sanitario

NOVELLI e PEDRAZZINI. — *Al Ministro della salute.* — Per sapere – premesso che:

il decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni, ha definito le prestazioni socio-sanitarie e l'area delle professioni socio-sanitarie prevedendo l'emanazione di diversi decreti ministeriali, dei quali non tutti sono stati però emanati;

la figura dell'operatore socio-sanitario (Oss), è stata prevista con accordo in Conferenza Stato-regione del 22 febbraio 2001. Si tratta di un operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di uno specifico percorso di formazione professionale, svolge un'attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, favorisce il benessere e l'autonomia della persona;

il decreto-legge n. 402 del 2001 in materia di personale sanitario, ha quindi definito l'operatore socio-sanitario, figura di supporto all'assistenza;

in Conferenza Stato-regione del 16 gennaio 2003 si è quindi disciplinata la formazione complementare dell'operatore socio-sanitario. A detto operatore, che ha conseguito con successo un percorso di formazione complementare di assistenza sanitaria di 300 ore di cui 150 di tirocinio, è consentito collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica, nonché di svolgere alcune attività assistenziali, in base all'organizzazione, e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica e/o ostetrica;

sempre più spesso, anche in conseguenza di una carenza di organico di personale sanitario, le figure di infermiere e operatore socio-sanitario tendono a confondersi e interscambiarsi, con il rischio, in alcuni ambiti, di poca chiarezza di ruoli e mansioni. Questo è ancora più acuito da una disparità di formazione professionale tra le regioni. Il sospetto è che per rincorrere il minor costo, vista la differenza di retribuzione tra operatori socio-sanitari e infermieri, si cerchino spesso soluzioni organizzative più economiche;

come risulta agli interroganti, in diverse strutture e realtà regionali la somministrazione di farmaci viene eseguita dagli operatori socio-sanitari. Per esempio, l'azienda sanitaria del Mediofriuli aveva adottato un protocollo in base al quale le prescrizioni terapeutiche potevano essere eseguite dagli operatori socio-sanitari con formazione complementare. In realtà, per alcuni farmaci (come antipsicotici, anticoagulanti e altro) somministrati dagli operatori socio-sanitari, la prescrizione prevede di darli al paziente fuori dal protocollo e questa è una funzione che può essere eseguita solo da un operatore con la qualifica di infermiere –:

se non si intendano assumere iniziative per chiarire in che termini possono essere erogati farmaci dagli operatori socio-sanitari, anche a garanzia della sicurezza dei pazienti, e prevedere uniformità di ruoli e compiti degli operatori socio-sanitari su tutto il territorio nazionale, eliminando le attuali disparità di formazione professionale diversa da regione a regione.

(5-00113)

Atto Camera

Risposta scritta pubblicata Martedì 10 luglio 2018 nell'allegato al bollettino in Commissione XII (Affari sociali) 5-00113

Come noto, la figura dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) è stata definita nell'ambito dell'Accordo tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la Solidarietà Sociale e le Regioni e Province Autonome del 22 febbraio 2001.

In particolare, l'Operatore socio-sanitario, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale regionale, svolge attività indirizzata a soddisfare bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario.

Detto Accordo, oltre alle attività e alle specifiche competenze della figura in esame, individua anche gli obiettivi del relativo percorso formativo attraverso corsi di mille ore, la cui organizzazione è stata interamente demandata alle Regioni e alle Province Autonome, cui compete l'istituzione dei corsi medesimi e l'individuazione del numero dei posti disponibili sulla base del fabbisogno regionale annualmente determinato. Per quanto attiene alle attività previste per l'Operatore Socio Sanitario, si precisa che le stesse sono definite dettagliatamente dagli allegati A e B del citato Accordo Stato-Regioni.

Preciso che tra le competenze ascrivibili a tale Operatore, non è prevista la somministrazione della terapia farmacologica al paziente, potendo l'Operatore Socio Sanitario soltanto: «aiutare – in sostituzione e appoggio dei famigliari e su indicazione del Personale preposto – per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso».

Per la tipologia di formazione e le competenze attribuite, l'Operatore Socio Sanitario, a seguito degli interventi legislativi nel settore delle professioni sanitarie, è ritenuto, secondo il Ministero della salute, far parte della categoria dell'Operatore di interesse sanitario, di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 26 febbraio 2006, n. 43, ed in quanto tale non assimilabile alle professioni sanitarie, che conseguono un'abilitazione all'esercizio professionale all'esito di un corso triennale universitario.

Peraltro, l'articolo 1, comma 8, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito con modificazioni, nella legge 8 gennaio 2002, n. 1 recante «Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario», ha previsto che, con apposito Accordo, venisse disciplinata per l'Operatore Socio Sanitario la formazione complementare in assistenza sanitaria, al fine di consentire a detto Operatore di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere autonomamente 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.

In attuazione di tali previsioni normative, si è reso dunque necessario completare il profilo dell'Operatore Socio Sanitario con una formazione complementare in assistenza sanitaria, che è stata disciplinata con l'Accordo siglato in data 16 gennaio 2003 tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le Regioni e le Province Autonome.

L'Operatore Socio Sanitario, che con formazione complementare acquisisce una sua «specializzazione», conseguendo un attestato che gli consente di collaborare con l'infermiere e con l'ostetrica nello svolgimento di alcune attività assistenziali, nell'ambito, comunque, dei limiti ben individuati dall'Accordo medesimo.

Nell'allegato A dell'Accordo Stato-Regioni del 16 gennaio 2003, in particolare, è

previsto che l'Operatore Socio Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria: «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».

Inoltre, egli è in grado di eseguire: «la terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione».

Pertanto, in conclusione, si deve rimarcare che i compiti e le funzioni dell'Operatore Socio Sanitario e dell'OSSS (OSS specializzato) all'interno delle organizzazioni aziendali, devono in ogni caso essere coerenti con le disposizioni ora citate.

Preciso, comunque, che sulla base della normativa sopra esposta, tali compiti non possono confondersi con quelli ascrivibili alla professione sanitaria di Infermiere, che in qualità di responsabile dell'assistenza generale deve sovrintendere in ogni caso alle attività dell'Operatore Socio Sanitario e dell'Operatore Socio Sanitario con formazione complementare.

Nell'ambito dell'Ordinamento Costituzionale vigente, resta, peraltro, affidato alle Regioni il compito di assicurare che in ciascuna realtà organizzativa venga data piena attuazione al quadro normativo di riferimento sopra descritto.

Occorre, infine, segnalare che l'istituzione di una specifica area delle professioni socio-sanitarie all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, trova oggi pieno riconoscimento attraverso l'articolo 5 della legge n. 3 del 2018, il quale rinvia ad uno o più Accordi, sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni l'individuazione di nuovi profili professionali socio-sanitari.

L'individuazione di tali nuovi profili, il cui esercizio deve essere riconosciuto in tutto il territorio nazionale, dovrà avvenire in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Patto per la salute e nei Piani sanitari e socio-sanitari regionali.

Il medesimo articolo 5 stabilisce inoltre che: «sono ricompresi nell'area professionale socio-sanitaria i preesistenti profili professionali di operatore socio-sanitario, assistente sociale, sociologo ed educatore professionale».

Peraltro, l'istituzione dell'area socio-sanitaria è prevista anche nel nuovo CCNL Comparto sanità 2016-2018, che demanda ad una specifica Commissione paritetica tra Aran e Parti firmatari, l'individuazione del personale da collocare in essa.

A tal riguardo, voglio rimarcare che il Ministero della salute avvierà approfondimenti con le Regioni e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai fini dell'attuazione di quanto previsto dall'articolo 5 della legge n. 3 del 2018.

Da ultimo, con riferimento specifico ai fatti rappresentati nell'interrogazione parlamentare in esame, nulla risulta agli atti della competente Direzione Generale di questo Ministero.

Concludo assicurando che il Ministero della salute, nell'ambito dei propri poteri di vigilanza, è sempre pronto ad attivare i Carabinieri-NAS, ogni qualvolta pervengano segnalazioni e/o esposti relativi a casi di esercizio abusivo di professioni sanitarie.