



CITTA' DI TORINO

Commissione di Vigilanza sui Presidi Socio Assistenziali

Via C.I. Giulio 22 - 10122 Torino - tel. 011011.25157/25159 - fax. 011011.25025

e-mail: vigilanza.psa@comune.torino.it - web site: www.comune.torino.it/servizisociali/vigilanza

**La gestione degli aspetti sanitari
nei presidi comunitari di tipo familiare
e nei centri diurni per minori
(Servizi privi di personale infermieristico)**



A cura dei componenti della Commissione di vigilanza sui presidi socio assistenziali della Città di Torino:

Osvaldo Fracelli, Carla Maria Sivo, Michele Monteu, Carlo Pontillo, Maria Concetta Raffa, Veronica Lucchina.

Il versione aggiornata
maggio 2015

INDICE

Premessa	pag. 3
Destinatari	pag. 4

PARTE I

1. Gli ospiti: la "capacità di agire" e la relazione di "aiuto"	pag. 6
2. Gli operatori	pag. 7
2.1. Quella dell'educatore è una professione sanitaria?	
2.2. L'operatore socio sanitario	
3. Operatori in equilibrio tra il far troppo e il far troppo poco	pag. 10
1. Le responsabilità	
2. La privacy	

PARTE II PROPOSTE OPERATIVE

Introduzione	pag. 13
1. Responsabilità	pag. 13
2. Cosa fare al momento dell'inserimento dell'ospite	pag. 13
3. Cosa fare durante il periodo di permanenza dell'ospite	pag. 14
4. Gestione dei farmaci presso la struttura	pag. 15
4.1. Prescrizione	
4.2. Approvvigionamento	
4.3. Custodia e conservazione	
4.4. Stupefacenti	
4.5. Identificazione farmaci	
4.6. Verifica e smaltimento farmaci scaduti	
4.7. Assunzione farmaci	
4.8. Assunzione farmaci di auto medicazione	
4.9. Cassetta di pronto soccorso	
4.10. Assunzione fuori struttura	
4.11. Gestione errata assunzione	
4.12. Terapia al bisogno	
5. Protocollo per la corretta gestione delle emergenze e degli eventi critici	pag. 19
Conclusioni	pag. 20
Sitografia della normativa	pag. 21

PREMESSA

In occasione delle visite ispettive svolte dalla Commissione di Vigilanza del Comune di Torino presso i Presidi Socio Assistenziali (PSA) sono emersi problemi relativi all'assistenza sanitaria, in modo ricorrente e trasversale in tutte le tipologie di presidi.

Le criticità gestionali più frequentemente rilevate si possono così sintetizzare:

1. i protocolli e le procedure forniti dai PSA in occasione delle visite ispettive sono di tipo ripetitivo e non configurati sulla reale dimensione e sulle specifiche problematiche di ciascuna struttura;
2. manca un riscontro sulla reale applicazione e utilizzo dei protocolli, che rimangono tali solo sulla carta;
3. talvolta la gestione dei farmaci è imprecisa, essendovi informazioni e procedure suscettibili di variazioni e con indicazioni contrastanti;
4. non è conservata una esauriente documentazione sanitaria degli ospiti, in quanto spesso i medici di famiglia conservano tale documentazione presso il loro studio e poco o nulla è presente presso la struttura;
5. essendo stati aboliti i protocolli igienico-sanitari all'ingresso, non vi è un corretto esame iniziale dell'ospite;
6. non è ben definita la dotazione minima di medicinali e materiale di medicazione per eventuali emergenze;
7. sovente manca un progetto, eventualmente redatto in accordo e in sinergia con la famiglia, volto alla presa in carico della salute della persona, anche attraverso visite preventive (ad es.: odontoiatri, consultori, educazione sessuale, ecc.), come potrebbe programmare un buon padre di famiglia per i propri figli, ma ci si limita solamente alla gestione delle emergenze e dei problemi che di volta in volta compaiono.

Inoltre spesso vengono richieste alla Commissione, sia da parte dei coordinatori dei presidi che da parte di singoli operatori, indicazioni circa i compiti di O.S.S. ed educatori in merito alla gestione dei farmaci: "posso o non posso?" "devo o non devo?", "posso pretendere che l'O.S.S. facciapiuttosto che l'educatore...".

Ci è sembrato utile raccogliere in questo elaborato le indicazioni ricorrenti che i medici della Commissione forniscono, andando al di là della singola prescrizione impartita al singolo presidio, per delineare un quadro globale della problematica, in riferimento alle norme nazionali e regionali.

Gli estremi normativi sono stati ricercati all'interno del codice civile e penale per quanto riguarda i temi della capacità di agire delle persone ospiti dei presidi e la responsabilità degli operatori; illustriamo le normative nazionali e regionali che delineano i profili professionali; è d'obbligo un accenno alla normativa sulla privacy.

L'intento è quello di calarsi nell'operatività quotidiana e fornire alcuni elementi dinamici di buona prassi "avanti e indietro" tra quadro normativo e concreta traduzione negli interventi.

Ci pare utile affrontare in prima battuta la problematica della gestione degli aspetti sanitari dei **presidi nei quali la normativa regionale non prevede personale infermieristico e medico.**

Il presente elaborato è rivolto quindi:

A) alle tipologie di presidi residenziali soggetti ad autorizzazione e/o vigilanza, che sono ubicati in strutture di civile abitazione e che ospitano un piccolo numero di persone (max 10+2) e che pertanto si possono ricomprendere nella fattispecie dei *presidi comunitari di tipo familiare*, dove le mansioni del personale, sia assistenziale che educativo, sono assimilabili a quelle del "buon padre di famiglia" in un contesto sia strutturale che gestionale che richiama la vita familiare, in cui gli ospiti accedono alle prestazioni del SSN con le stesse modalità del comune cittadino

B) ai presidi diurni per minori.

Quali sono le "azioni" dell'operatore nel fornire "aiuto" nell'ambito delle proprie competenze, delle responsabilità e dell'etica professionale?

Nei capitoli seguenti si tenterà di rispondere a questo quesito, delineando alcune "buone prassi" che tengano conto del contesto normativo al quale l'operatore sociale o socio-sanitario, sia o.s.s. che educatore professionale, deve far riferimento.

DESTINATARI

In relazione alla vigente normativa regionale, le tipologie di presidi con tali caratteristiche sono le seguenti:

A. Presidi comunitari di tipo familiare

Presidi per anziani

- Comunità di tipo familiare per anziani autosufficienti

Presidi per disabili

- Comunità alloggio tipo A per disabili fisici e sensoriali (*)
- Comunità alloggio tipo B (*)
- Comunità socio assistenziale per disabili gravi (*)
- Comunità di tipo familiare per disabili gravi (fino a 6 posti)
- Gruppo appartamento tipo A e B (fino a 6 posti)
- Gruppo appartamento per disabili gravi motori o fisici (fino a 5 posti)

Presidi per minori

- Comunità educativa residenziale (max 10 utenti + 2 di pronto intervento- 6/10 anni o 11/17)
- Casa famiglia per minori (max. 6 minori)
- Comunità genitore - bambino (max. 14 persone, compresi i minori di età 0-3 anni)
- Gruppo appartamento per adolescenti e giovani (4/6 persone)
- Gruppo appartamento per genitore/ bambino (4/6 persone)
- Accoglienza comunitaria (fino a 12 persone)

Presidi ad accoglienza mista (adulti, anziani, disabili, minori)

- Casa famiglia ad accoglienza mista

B. Presidi diurni per minori.

- Centro educativo per minori (C.E.M.) max 30 posti (**)
- Centro aggregativo per minori (C.A.M.) max 30 posti (**)

Note - Alcune precisazioni

(*) L'Albo prestatori servizi socio sanitari per persone con disabilità Città di Torino – A.A.S.S.L.L. TO1 –TO2 prevede per le tipologie Comunità Alloggio tipo A/B ex DGR 230/97 e Comunità socio assistenziali per disabili gravi ex DGR 42/02 la presenza di personale infermieristico e sanitario. I presidi con tale incremento di standard sono definiti *comunità alloggio tipo C* con requisiti *gestionali tipo Raf di cui alla DGR 51-11389 del 23.12.2003*.

(**) I Centri diurni educativi ed aggregativi per minori sono presidi attivi nelle ore pomeridiane; in genere gli ospiti vi accedono dopo l'orario scolastico, in alcuni casi è previsto il pranzo; al termine delle attività i ragazzi rientrano presso le loro famiglie; l'orario di frequenza di ciascun ospite dipende dal progetto educativo che regge l'inserimento e dagli impegni personali del minore.

Nel corso dell'attività ispettiva della Commissione di Vigilanza, presso i suddetti centri non è stata registrata la presenza di minori con patologie tali da richiedere la somministrazione di farmaci durante l'orario di permanenza al centro diurno, tuttavia tale evenienza non è escludibile a priori.

I Centri diurni per minori, per alcuni aspetti, possono essere assimilati alle scuole, per le quali nel novembre 2005 il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e il Ministero della Salute hanno emanato le **linee guida** per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico allo scopo di tutelare il diritto allo studio, alla salute ed al benessere.

Le **linee guida** ministeriali rimandano alla somministrazione di farmaci correttamente prescritti, per la quale non è richiesto il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

La somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico deve essere formalmente richiesta dal genitore, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia del minore, le indicazioni precise circa la conservazione, la modalità e i tempi di somministrazione e la posologia. I Dirigenti scolastici, dopo aver individuato il luogo più idoneo alla conservazione e somministrazione, concedono, ove richiesta, l'autorizzazione ai genitori, o a loro delegati, ad accedere ai locali scolastici, durante l'orario scolastico, per la somministrazione.

Se i genitori non richiedono di somministrare i farmaci recandosi presso la scuola, è possibile individuare la disponibilità tra gli operatori scolastici, personale docente ed ATA.

Per analogia i responsabili dei centri potranno acquisire la richiesta del genitore, corredata dalla documentazione, con le caratteristiche sopra descritte, rilasciata dal medico. Il personale educativo dei centri potrà quindi essere incaricato della somministrazione dei farmaci, qualora non sia possibile e/o consigliabile la presenza del genitore presso il centro.

PARTE I

1. GLI OSPITI: LA "CAPACITÀ DI AGIRE" E LA RELAZIONE DI "AIUTO"

La capacità di agire si acquisisce al compimento della maggiore età e coincide normalmente con la capacità di intendere e di volere, in quanto legata all'idoneità del soggetto a curare i propri interessi.

La capacità di agire si sostanzia nella possibilità di compiere atti giuridici ritenuti validi e meritevoli di tutela dall'ordinamento: è in altri termini l'attitudine a creare, modificare, estinguere validamente rapporti giuridici.

In via generale le cause di esclusione o limitazione della capacità di agire sono rappresentate dalla minore età, dall'interdizione/Amministrazione di Sostegno (ASO) e dall'inabilitazione (istituto residuale, di fatto sostituito dall'ASO).

La capacità di intendere e di volere infine può essere identificata come il presupposto sostanziale della capacità di agire: è condizione necessaria per concludere un contratto o ai fini dell'imputabilità di un atto illecito. *In generale si identifica con quel minimo di attitudine psichica a rendersi conto delle conseguenze anche dannose della propria condotta.*

Normalmente le categorie (e le loro condizioni e presupposti) della capacità di agire e della capacità di intendere e di volere coincidono.

Tuttavia:

- a) esiste la possibilità che un soggetto, che in ragione dell'età non detenga capacità di agire, l'acquisisca per compiere determinati atti (è il caso del minore emancipato, cioè ultrasedicenne autorizzato a contrarre matrimonio e a cui viene riconosciuto il potere di compiere atti concernenti l'ordinaria amministrazione del suo patrimonio);
- b) esiste la possibilità che il maggiorenne che normalmente sarebbe capace di agire, venga privato della stessa per motivi di salute o sociali in quanto venga accertato che non è capace di intendere e di volere, o impossibilitato a provvedere ai propri interessi.

Nei nostri servizi, oltre alle fattispecie di persone descritte alle lettere a) e b), ci troviamo di fronte ad una terza fattispecie:

- c) persone che, pur giuridicamente in possesso della capacità di agire, sono in condizione di incapacità *soggettiva* in quanto necessitano, per ridotta autonomia di qualsivoglia natura, di aiuto esterno.

Tra questi annoveriamo

- ✓ Anziani
- ✓ Disabili intellettivi di grado lieve/medio lieve (ospite tipico dei gruppi appartamento)
- ✓ Disabili fisici
- ✓ Persone straniere (per incomprendimento della lingua)

Tali categorie si prestano chiaramente a considerazioni particolari in merito a ciò che concerne la gestione dei farmaci intesa in tutte le accezioni.

Particolare importanza deve essere rivolta all'errore dell'assunzione che è la prima causa di intossicazione acuta in questa tipologia di utenti.

L'errore dell'assunzione della terapia può verificarsi con diverse modalità:

- ✓ difficoltà nella lettura per riduzione della capacità visiva;
- ✓ scambio del farmaco con altro medicinale dalla confezione o dal nome simile, con difficoltà nell'individuare il principio attivo;
- ✓ scambio tra farmaci che prevedono dosaggi diversi;
- ✓ errore nella via di somministrazione;
- ✓ errore nella preparazione del medicinale;
- ✓ scarsa comprensione delle modalità di utilizzo del medicinale;
- ✓ errata frequenza delle somministrazioni.

La relazione d'aiuto operatore/ospite si può declinare in diverse modalità e può essere instaurata a causa di una diminuzione dell'autonomia (ad es. tipica dell'anziano) o viceversa per favorire la crescita di autonomia (ad es. tipica di minore, individuo straniero, disabile lieve, ecc.).

"Aiuto" è la parola individuata dal profilo professionale dell'O.S.S. quando tratta delle competenze relativamente all'assunzione dei farmaci.

In questo caso la relazione medico-paziente è mediata dall'operatore e diventa medico-operatore-paziente.

2. GLI OPERATORI

Le figure professionali che operano nei presidi comunitari di tipo familiare sono l'operatore socio sanitario (O.S.S.) e l'educatore professionale (E.P.).

2.1. Quella dell'educatore è una professionalità sanitaria?

Nella nostra Regione, con qualche semplificazione, gli educatori professionali diventano tali a seguito di almeno 4 diversi percorsi formativi, sotto riportati.

Coloro che hanno perseguito uno dei primi due percorsi hanno acquisito un titolo sicuramente riconosciuto per l'esercizio della professione in ambito sanitario e socio-sanitario, per gli altri due la situazione è piuttosto incerta.

A. Titolo conseguito secondo quanto stabilito con il decreto del Ministero della Sanità 8 ottobre 1998, n. 520 *"Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'art. 6. comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*, che istituisce la figura e il relativo profilo professionale dell'Educatore Professionale. Secondo il Decreto, le Università provvedono alla formazione attraverso le facoltà di medicina e chirurgia in collegamento con le facoltà di psicologia, sociologia e scienza dell'educazione.

Nel linguaggio corrente il diploma conseguito attraverso il citato percorso di studi viene detto **"d'interfacoltà"** e consente di esercitare la professione in ambito sanitario, socio-sanitario e socio - assistenziale.

L'art 1 del citato decreto precisa: *"E' individuata la figura professionale dell'educatore professionale, con il seguente profilo: l'educatore professionale e' l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero*

alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà”.

Successivamente con il D.M. 29 marzo 2001 l'educatore professionale è incluso nella fattispecie delle professioni sanitarie riabilitative.

B. Il D.M. 27 luglio 2000 "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di educatore professionale, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base", emanato ai sensi della L. 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", precisa che i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla normativa precedente a quella attuativa dell'art. 6, c. 3, sono stati riconosciuti equipollenti al diploma universitario di educatore professionale di cui al D.M. n. 520/98.

Quindi i titoli di studio conseguiti precedentemente all'attivazione del percorso universitario d'interfacoltà, conseguiti al termine dei corsi regionali biennali e triennali post-diploma **sono da considerarsi equipollenti alla laurea conseguita all'interfacoltà** e gli operatori che hanno conseguito il titolo, attraverso i corsi regionali conclusi prima del dicembre 2001 possono esercitare la professione educativa in ambito sanitario, socio-sanitario e socio - assistenziale.

C. La Regione Piemonte, ancora per alcuni anni successivamente all'attivazione dei corsi universitari d'interfacoltà, ha continuato ad approvare i corsi di straordinaria riqualifica per il rilascio di attestati professionali, i corsi sono rivolti ad educatori in servizio e non in possesso di titolo. Attualmente i suddetti corsi non sono più attivi. L'attestato è spendibile in ambito socio assistenziale.

D. Con il D.M. 4 agosto 2000 "Determinazione delle classi delle lauree universitarie" la classe di laurea 18 è indicata come "classe delle lauree in scienze dell'educazione e della formazione", ed è precisato che "i laureati della classe 18 svolgeranno attività di educatore professionale, educatore di comunità e nei servizi sociali. Il titolo è spendibile in ambito socio assistenziale.

La Regione Piemonte, vista la complessità che caratterizza la formazione dell'educatore e tenuto conto che nei presidi socio sanitari prestano servizio educatori professionali che hanno conseguito il titolo a seguito di uno dei 4 percorsi citati, ha tentato di mettere un punto fermo con la Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2009, n. 94-13034 "*Indicazioni in merito al personale con funzioni di educatore professionale operante nei servizi sanitari, socio - sanitari e sociali della Regione Piemonte*".

In essa viene precisato che il quadro normativo è sufficientemente chiaro rispetto alle figure professionali con funzioni educative da utilizzare nei servizi afferenti sia all'area dei servizi sanitari che all'area sociale, mentre permane incertezza per quanto riguarda l'area dell'integrazione socio - sanitaria (per la quale manca a tutt'oggi l'individuazione dei relativi profili a livello nazionale, così come previsto dal D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.). Dell'area fanno parte i servizi per la disabilità e parte dei servizi per i minori, le cui prestazioni sono a carico sia del comparto sanitario sia del comparto sociale. In questi servizi la compartecipazione finanziaria è giustificata da una forte integrazione gestionale che rende difficile separare le singole componenti.

Fermo restando che, a prescindere dall'ambito, il professionista "educatore" è sempre - nei confronti dell'utente - titolare di un "progetto

educativo”, la cui attuazione richiede per lo più competenze educative e relazionali, la Regione ha istituito un gruppo inter-assessorile, che in collaborazione con l’Università degli Studi deve individuare priorità e modalità organizzative, affinché gli operatori occupati nei servizi sanitari e a compartecipazione sanitaria in possesso di titoli professionali diversi da quelli previsti dalla normativa nazionale di comparto possano conseguire la laurea di educatore professionale ai sensi del D.M. 8 ottobre 1998, n. 520, attraverso un percorso di studi specifico.

A tutt’oggi tali percorsi non sono stati attivati e nei servizi potranno continuare a operare educatori in possesso di attestato regionale di E.P. o laurea in Scienze dell’Educazione qualora il progetto assistenziale ed educativo individuale e il modello organizzativo del servizio giustifichino la presenza delle diverse tipologie di operatori, consentendo di distinguere la componente sociale da quella sanitaria, nel rispetto della normativa regionale sugli standard gestionali dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza.

2.2. L’operatore socio sanitario

La figura professionale dell’O.S.S. sostituisce quelle precedenti di ADEST ed OTA e possiede competenze integrate sociali e sanitarie. Le linee guida di indirizzo per la formazione di base per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario sono state emanate in allegato alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 46-5662 del 23 marzo 2002 che recepisce l’accordo sancito in Conferenza Stato e Regioni in relazione alla formazione di base per il conseguimento della qualifica di operatore socio – sanitario.

L’O.S.S. opera in contesti operativi del settore sociale, sanitario, in servizi di tipo socio-sanitario e socio – assistenziale, residenziali, semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e a domicilio dell’utente. Tra le attività svolte dall’O.S.S. vi è l’intervento igienico-sanitario in collaborazione con altre figure professionali e/o con la famiglia per la soddisfazione dei bisogni primari. L’O.S.S., secondo quanto precisato nell’allegato B della citata deliberazione *“aiuta nella corretta assunzione dei farmaci prescritti e nell’utilizzo degli apparecchi medicali”*.

Va ancora precisato che con l’Accordo Stato Regioni del 16 gennaio 2003 è stata istituita la figura dell’*Operatore Socio Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (O.S.S.S.)* Viene così disciplinata la formazione complementare in assistenza sanitaria della figura dell’O.S.S. al fine di consentire allo stesso di collaborare con l’Infermiere e/o l’ostetrica anche nella esecuzione di alcune manovre di tipo infermieristico e di svolgere alcune mansioni assistenziali in base alla organizzazione dell’unità funzionale di appartenenza e in conformità alle direttive del responsabile dell’assistenza infermieristica o ostetrica e sotto la supervisione della stessa.

I percorsi complementari formativi nella Regione Piemonte tuttavia, non sono stati ancora avviati.

Si segnala invece che, sulla base di una ricognizione regionale sugli operatori impiegati nelle strutture socio assistenziali e socio sanitarie, dalla quale è risultata la presenza di un numero consistente di personale privo della qualifica OSS, la Regione ha promosso, con D.G.R. 17 giugno 2013 n. 10-5950, un percorso formativo in deroga, da concludere entro il 31 dicembre 2017, destinato agli operatori occupati, privi di titolo, che abbiano maturato, alla data del 17 giugno 2013, almeno due anni di anzianità di lavoro nell’assistenza alla persona.

3. OPERATORI IN EQUILIBRIO TRA IL FAR TROPPO E IL FAR TROPPO POCO

1. Le responsabilità

Nelle strutture comunitarie a carattere familiare, l'assunzione dei farmaci pone alcuni problemi in merito alle responsabilità del personale. Va evidenziato che se, nella descrizione del profilo professionale dell'O.S.S., si fa riferimento alla funzione di aiuto nell'assunzione di farmaci, in quella dell'educatore non vi è esplicito riferimento.

D'altro canto, la funzione di aiuto nell'assunzione di farmaci, è plausibile in riferimento a soggetti adulti con ridotte capacità di agire, ma non lo è se ci si riferisce agli ospiti delle comunità per minori, in particolare i più piccoli, là dove è l'educatore che, analogamente al genitore, provvede alla gestione degli aspetti sanitari dei piccoli ospiti.

A tale proposito la più recente normativa regionale sui requisiti dei presidi per minori ha esplicitato in capo al coordinatore la responsabilità dell'organizzazione e somministrazione di eventuali farmaci.

➤ **Dalla DGR 18 dicembre 2012, n. 25-5079, punto 3.2 (Progetto di servizio)**

"Tra gli aspetti presenti nel progetto di servizio si elencano i seguenti come imprescindibili..... (omissis).....:

- Individuazione in capo al coordinatore, della responsabilità dell'organizzazione e somministrazione di eventuali farmaci, fatto salvo quanto dettagliatamente previsto per le strutture sanitarie e socio-sanitarie." (nota 1)

Nella prassi comune, il personale educativo assume in toto la responsabilità della "cura" dell'ospite nella quotidianità con la "*diligenza del buon padre di famiglia*" affidandosi alla competenza del medico di base o al pediatra di libera scelta, per quanto riguarda diagnosi e terapia.

La L. 149/2001, che integra e modifica la L.184/1983 "Diritti del minore a una famiglia" all' art. 5 applica, nel caso di minori ospitati presso una comunità di tipo familiare, le stesse norme previste per l'affidatario, che "*esercita i poteri connessi con la potestà parentale in relazione agli ordinari rapporti con la istituzione scolastica e con le autorità sanitarie.*"

➤ **Dalla L.184/1983 s.m.i. art.5**

1. *L'affidatario deve accogliere presso di sé il minore e provvedere al suo mantenimento e alla sua educazione e istruzione, tenendo conto delle indicazioni dei genitori per i quali non vi sia stata pronuncia ai sensi degli articoli 330 e 333 del codice civile, o del tutore, ed osservando le prescrizioni stabilite dall'autorità affidante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni dell'articolo 316 del codice civile (responsabilità genitoriale). In ogni caso l'affidatario esercita i poteri connessi con la potestà parentale in relazione agli ordinari rapporti con la istituzione scolastica e con le autorità sanitarie.*

2. *(omissis).*

3. *Le norme di cui ai commi 1 e 2 si applicano, in quanto compatibili, nel caso di minori ospitati presso una comunità di tipo familiare o che si trovino presso un istituto di assistenza pubblico o privato.*

(nota 1) ovvero le strutture di tutela della salute mentale di minori C.T.M. C.R.P. C.D.S.R. ove è previsto personale sanitario

➤ **Dal Codice Civile – Art. 402 (Poteri tutelari spettanti agli istituti di assistenza)**

"L'istituto di pubblica assistenza esercita i poteri tutelari sul minore ricoverato o assistito (406, 412), secondo le norme del titolo X, capo I di questo libro (343 e seguenti), fino a quando non si provveda alla nomina di un tutore (348), e in tutti i casi nei quali l'esercizio della patria potestà o della tutela sia impedito (317, 330, 384). Resta salva la facoltà del giudice tutelare di deferire la tutela all'ente di assistenza o all'ospizio, ovvero di nominare un tutore a norma dell'art. 354 (316 e seguenti). Nel caso in cui il genitore riprenda l'esercizio della patria potestà, l'Istituto deve chiedere al giudice tutelare di fissare eventualmente limiti o condizioni a tale esercizio".

Nell'eventualità di attività che presentino qualche rischio può essere necessario il consenso dell'esercente la potestà parentale: occorrerà, per esempio, il consenso dei genitori o del tutore per quegli interventi medico-sanitari che esulano dall'ordinario (es. un intervento chirurgico), ma non occorrerà il consenso del genitore o del tutore per la cura delle comuni malattie dei bambini.

Nelle altre tipologie di presidi comunitari, per disabili ed anziani, la prassi comune non è confortata da norma dirimente specifica; va pur detto tuttavia che la somministrazione di farmaci, quando questa non richiede una specifica valutazione diagnostica dell'operatore che vi provvede, può essere annoverata tra gli atti ricompresi nella gestione della quotidianità cui O.S.S. ed educatori sono chiamati a provvedere.

E' piuttosto evidente che, anche in relazione al quadro normativo, le prassi in uso, nelle strutture ove non è previsto personale sanitario, devono essere più che mai *buone prassi*, in equilibrio tra il "rischio di far troppo" e quello di far "troppo poco".

A questo proposito si veda:

➤ **Dal Codice Penale - Art. 328 (Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione)**

"Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni.

Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a euro 1.032. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa".

➤ **Dal Codice Penale - Art. 443 (Commercio e somministrazione di medicinali guasti)**

"Chiunque detiene per il commercio, pone in commercio o somministra medicinali guasti o imperfetti è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa non inferiore a euro 103".

2. La privacy

Qualche precisazione può essere utile anche per quanto attiene alla salvaguardia della privacy degli ospiti delle strutture, dove il personale tratta dati personali comuni, sensibili e giudiziari. In quest'ambito la normativa è presente e specifica ed è obbligo attenersi a quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

I "Dati sensibili", quelli che richiedono maggior tutela, sono i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

Le informazioni riguardanti lo stato di salute, le patologie e le terapie attuali e o quelle pregresse, degli ospiti sono dati sensibili e come tali vanno trattati, i principi cui ispirarsi sono quelli dell'art 22 "Principi applicabili al trattamento dei dati sensibili e giudiziari" del citato codice.



PARTE II PROPOSTE OPERATIVE

INTRODUZIONE

Come si è detto, il presente elaborato si rivolge agli operatori di strutture di differenti tipologie che accolgono ospiti con caratteristiche e peculiarità difformi, sulle quali non ci è parso necessario soffermarsi, poiché gli addetti ai lavori le conoscono.

Le proposte che seguono sono di tipo generale e costituiscono suggerimenti utili per costruire procedure di servizio in un ambito in cui la precisione nel passaggio delle consegne tra operatori che turnano 24h/24h assume particolare rilievo.

Nella stesura e nell'applicazione delle procedure gli operatori dei presidi dovranno tener conto delle esigenze degli ospiti nel rispetto del livello d'autonomia di ciascuno.

Per gli ospiti che sono accolti perché non autonomi sotto il profilo sociale, piuttosto che personale (pensiamo ad esempio alle mamme o ai giovani dei gruppi appartamento), non è del tutto corretto parlare di applicazione di procedura; infatti, le procedure vengono applicate dal personale e non dagli ospiti. In quei casi il personale è chiamato principalmente a sostenere e a monitorare il progetto educativo fondante l'inserimento, pertanto il suo intervento potrà essere presentato agli ospiti, almeno in parte, come condivisione di sapere di pratica utilità.

1. RESPONSABILITÀ

Il coordinatore del presidio è responsabile dell'organizzazione del servizio, inclusa la gestione degli aspetti sanitari.

Ogni operatore è responsabile dei singoli interventi personalmente effettuati nell'ambito del contesto organizzativo in cui opera.

Presso alcune strutture, per scelta organizzativa, viene nominato un operatore con le funzioni di "referente sanitario " che si occupa della compilazione e del controllo della modulistica presente presso il Servizio, dell'approvvigionamento dei farmaci e delle relazioni primarie con il MMG.

Per un efficace monitoraggio della salute degli ospiti è buona norma che il presidio si doti di:

- dossier sanitario individuale
- protocollo, coerente con la tipologia di ospiti accolti, per la gestione dei farmaci, per l'aiuto all'assunzione e per la corretta gestione delle emergenze.

2. COSA FARE AL MOMENTO DELL'INSERIMENTO DELL'OSPITE

I gruppi di lavoro dei presidi, in occasione dell'inserimento di un nuovo ospite, raccolgono informazioni e documentazione di varia natura, quelle dell'ambito sanitario sono di primaria importanza. E' buona norma che la documentazione afferente alla salute sia raccolta e conservata disgiuntamente da altra, nel **dossier sanitario**. Il dossier deve essere conservato in armadio chiuso a chiave. Nel dossier sanitario dovrà essere inserita una scheda dove è riportato il nominativo del medico di base o del pediatra di libera scelta, il

recapito telefonico, l'indirizzo, gli orari dell'ambulatorio, le modalità di ricevimento.

Va conservata nel dossier la dichiarazione d'idoneità alla vita comunitaria e, quando possibile, una breve relazione clinica. Le informazioni utili riguardano le vaccinazioni, gli eventuali problemi di salute, la presenza di malattie infettive, i farmaci in uso, le possibili allergie, una valutazione relativa alle condizioni di auto o non autosufficienza della persona.

Si potrebbe prevedere un'azione sinergica con il medico di base allo scopo di predisporre eventuali visite preliminari c/o consultori e studi odontoiatrici sempre in virtù del disposto di tutela del benessere individuale e della collettività.

Sebbene la normativa preveda che la documentazione sanitaria sia conservata presso lo studio del medico, è buona norma che una sintetica relazione clinica, sia disponibile nel dossier sanitario, anche per consentire una corretta gestione delle emergenze.

In caso di emergenza in genere sono i familiari che riferiscono ai soccorritori i problemi di salute; per l'ospite in comunità deve essere il personale a poter svolgere tale compito, anche con l'ausilio di idonea documentazione. Si tratta pertanto di richiedere ai medici degli ospiti delle comunità un livello di collaborazione particolare, che tenga conto che il loro paziente vive in un presidio.

Tale esigenza di collaborazione meriterebbe un approfondimento, poiché potrebbe configgere con gli obblighi deontologici derivanti dal rapporto medico-paziente, che impongono il segreto professionale.

3. COSA FARE DURANTE IL PERIODO DI PERMANENZA DELL'OSPITE

Nel **dossier sanitario** deve esservi traccia delle visite fatte sia dal medico di base che dagli specialisti e deve contenere copia dei referti e la documentazione aggiornata circa la condizione di auto o non auto sufficienza. Inoltre occorre predisporre un **diario** ove annotare le date delle visite e degli accertamenti.

Per i soggetti con necessità terapeutiche continuative, ad esempio gli ospiti di gruppo appartamento disabili, con problemi di comportamento, seguiti dai servizi di neuropsichiatria, e che utilizzano i farmaci in modo continuativo, deve essere conservato nel dossier sanitario individuale l'eventuale piano terapeutico. Inoltre deve essere predisposta una scheda di terapia individuale ove registrare puntualmente l'assunzione dei farmaci e un programma sanitario relativo a visite ed accertamenti da effettuarsi.

Al momento delle dimissioni il dossier sanitario deve seguire l'ospite, avendo cura di trattenere una copia per l'archivio cartelle del presidio, a memoria degli interventi effettuati, secondo le modalità stabilite dalla normativa privacy.

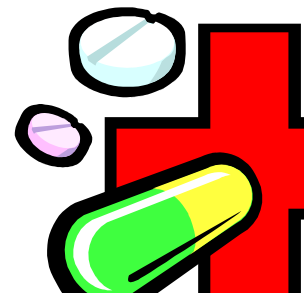
Sintesi della documentazione sanitaria dell'ospite

- scheda con i riferimenti del medico di base o del pediatra di libera scelta
- dichiarazione d'idoneità alla vita comunitaria
- eventuali accertamenti integrativi
- breve relazione clinica (le vaccinazioni, gli eventuali problemi di salute, la presenza di malattie infettive, i farmaci in uso, le possibili allergie, valutazione relativa alle condizioni di auto o non autosufficienza della persona)
- diario delle visite e degli accertamenti sanitari
- per i soggetti con necessità terapeutiche continuative
 - scheda di terapia individuale
 - eventuale piano terapeutico
 - programma sanitario relativo a visite ed accertamenti periodici

4. GESTIONE DEI FARMACI PRESSO LA STRUTTURA

4.1. Prescrizione

Per tutti i farmaci assunti dagli ospiti deve sempre essere presente la prescrizione a firma di un medico, il quale deve anche provvedere ad indicare per iscritto la posologia e le modalità di assunzione.



4.2. Approvvigionamento

Il personale, o l'ospite autonomo, dei presidi procura i farmaci prescritti con le modalità del comune cittadino.

E' compito degli operatori verificare la presenza di una scorta minima di farmaci prescritti al fine di scongiurare l'eventualità che il farmaco prescritto non sia disponibile. E' sempre bene che il personale vigili sul corretto approvvigionamento, quando è effettuato direttamente dagli ospiti.

In caso di non disponibilità del farmaco, ad esempio per la rottura della bottiglia di sciroppo, l'operatore:

- a) se un altro ospite utilizza la medesima medicina:
 - ✓ può ricorrere temporaneamente alla medicina dell'altro ospite
 - ✓ deve segnalare la necessità di procedere all'approvvigionamento del farmaco per le successive somministrazioni
- b) se non c'è nessun altro utente con la stessa medicina:
 - ✓ si rivolge alla farmacia di fiducia o, se chiusa, ad altra farmacia con la prescrizione posologica del medico
 - ✓ telefona al medico e chiede la prescrizione per il reperimento
 - ✓ se il medico non è rintracciabile e la farmacia è chiusa, attiva la guardia medica. (vedi paragrafo 5)

4.3. Custodia e conservazione

I farmaci devono essere conservati in armadio chiuso a chiave e la stessa deve essere in possesso degli operatori.

Su ciascuna confezione deve essere indicato in modo leggibile il nome dell'utilizzatore.

I farmaci di ciascun ospite vanno raggruppati e separati dagli altri (eventualmente utilizzando apposite vaschette).

Nei gruppi appartamento per madri con figli o nelle comunità mamma/bambino, qualora il progetto preveda che la donna gestisca autonomamente i farmaci prescritti a lei e/o ai figli, è consigliabile la presenza, nelle camere delle ospiti, di un piccolo armadietto farmaci collocato in modo tale da non essere accessibile ai minori.

In caso di farmaci che necessitano di una conservazione a basse temperature, occorre predisporre nel frigorifero una scatola metallica con serratura, la cui chiave è custodita insieme a quella dell'armadio farmaci e al cui interno le confezioni dei farmaci riportino in modo leggibile il nome dell'utilizzatore.

Nel rispetto delle norme igieniche la buona manutenzione di pulizia dell'armadietto dei farmaci e della scatola posta nel frigorifero è garantita da una sanificazione periodica.

E' compito del personale verificare periodicamente (si consiglia 1 volta al mese) la scadenza dei farmaci, predisponendo allo scopo una apposita scheda in cui dovrà comparire la data della verifica e la sigla dell'operatore che vi ha provveduto.

4.4. Stupefacenti

Tali farmaci appartengono alle tabelle II A,B,C di cui alla Legge 49/2006. Tra i medicinali in uso ricordiamo i più comuni:

tab. II A: Roipnol, Valser, Ritalin, Petidina, Morfina, Metadone, Temgesic,...

tab. II B: Alcover...

tab. II C: Luminale, Gardenale, Talwin...

Tenuto conto che l'istituzione di un apposito registro non è obbligatoria, data la delicatezza di questi farmaci è buona prassi che:

- ✓ venga preferibilmente individuato un operatore referente all'uopo designato;
- ✓ le confezioni di stupefacenti vengano contraddistinte con il nome dell'ospite utilizzatore;
- ✓ le confezioni vengano conservate in armadio chiuso a chiave, separate dagli altri farmaci;
- ✓ si utilizzi una scheda nominativa dove, dopo ogni assunzione, vengano scaricate le quantità assunte, apponendo la firma dell'operatore referente o in turno di servizio.

4.5. Identificazione farmaci

Dopo l'approvvigionamento, le singole confezioni di farmaci vengono etichettate, avendo cura che risulti leggibile il nome esatto del farmaco e la scadenza; l'etichetta riporta:

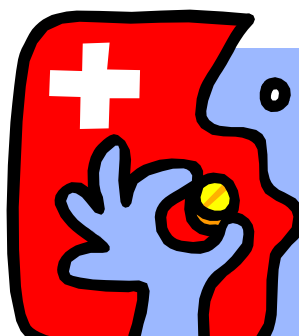
- ✓ nome dell'utente
- ✓ data di apertura della confezione

In alternativa è possibile scrivere direttamente sulla scatola.

Qualora vi siano più confezioni dello stesso farmaco per il medesimo utente, le confezioni vengono tutte etichettate con il nome, apponendo la data di apertura soltanto su quella in uso.

In seguito vengono poste nell'armadio in modo da tenere l'unica aperta davanti alle altre; in ognuna viene conservato il foglio illustrativo.

In caso di farmaci con validità di scadenza breve (colliri, sciroppi, ecc.) la conservazione dei prodotti va limitata al periodo concesso dal produttore dalla data di apertura, che deve sempre essere segnata sulla confezione



FORMA FARMACEUTICA	SCADENZA
SOLUZIONI, SOSPENSIONI USO INTERNO (ES. GOCCE, SCIROPPI)	60 GIORNI
COLLIRI, POMATE OFTALMICHE	15 GIORNI
SOLUZIONI USO ESTERNO	30 GIORNI
SOLUZIONI/SOSPENSIONI ORALI DI ANTIBIOTICI DA RICOSTITUIRE	7 GIORNI
(a meno che non sia diversamente indicato nel foglietto illustrativo)	

Pertanto non deve più essere considerata valida la data di scadenza (che si riferisce al prodotto integro), tranne che per medicinali in blister e/o confezioni monouso.

4.6. Verifica e smaltimento farmaci scaduti

Gli eventuali farmaci scaduti vengono immediatamente tolti dall'armadio e/o dalla scatola, posti in una busta con l'etichetta "Scaduti" ed immediatamente smaltiti, secondo le prescrizioni del Regolamento per la gestione dei rifiuti urbani del Comune dei Torino:

"Articolo 20 - Raccolta differenziata dei medicinali scaduti"

Medicinali scaduti e/o non utilizzati devono essere immessi esclusivamente negli appositi contenitori, posizionati presso farmacie, istituzioni e sedi sanitarie. In particolare ogni farmacia deve essere dotata di apposito contenitore e deve conservare quanto conferito dagli utenti in attesa del passaggio del servizio di raccolta differenziata.

Nel caso di farmaci avanzati, dopo la fine della terapia, questi vengono conservati fino alla scadenza (solo quando è garantita l'integrità del medicinale, per es. compresse in blister) e a nome del paziente a cui sono stati prescritti; nel caso in cui l'ospite lascia la struttura i suoi farmaci lo devono seguire.

4.7. Assunzione farmaci

Il personale vigila sulla corretta assunzione dei farmaci, secondo le seguenti modalità operative:

- A. possono essere lasciate alla gestione personale autonoma degli ospiti solo le terapie assunte da persone in grado di intendere e volere e con autonomia decisionale;
- B. negli altri casi il personale fornisce il necessario aiuto per l'auto somministrazione:
 - ✓ non è consentita la somministrazione di farmaci non prescritti dal medico, anche se si tratta di caso di urgenza;
 - ✓ dopo l'assunzione, l'operatore registra l'avvenuta assunzione della terapia nella scheda terapia individuale, qualora utilizzata;
 - ✓ eventuali problematiche riscontrate saranno annotate nel diario quotidiano delle consegne tra operatori affinché siano portate a conoscenza del medico.

Si ricorda che le terapie per via parenterale sono di competenza dell'infermiere professionale e/o del medico. Per eventuali terapie iniettive ci si può rivolgere agli ambulatori infermieristici territoriali.

4.8. Assunzione farmaci di automedicazione

(il cui uso è consentito senza ricetta medica)

Può essere opportuno conservare tali farmaci separatamente. Per la loro gestione valgono le stesse regole dei farmaci etici ovvero i farmaci che necessitano della prescrizione del medico.

Tali farmaci possono essere: fermenti lattici; un disinfettante intestinale; un antiinfiammatorio, un antipiretico, ecc...

Si fa presente che i farmaci di automedicazione se assunti impropriamente o in dosi eccessive possono dare effetti collaterali anche gravi.

Si rammenta che qualsiasi indicazione di tipo terapeutico dev'essere fornito dal medico curante.

4.9 Cassetta di pronto soccorso

Si ricorda che ai sensi dell'art. 45 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 (normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro), presso ogni struttura deve essere presente la cassetta di pronto soccorso, il cui contenuto minimo è indicato nell'allegato 1) del Decreto del Ministero della Salute 15 luglio 2003, n. 388.

4.10 Assunzione fuori struttura

- a. Nel caso in cui la terapia debba essere assunta durante lo svolgimento di *un'attività fuori struttura*, l'operatore si premura di portare con sé i farmaci necessari badando di conservarli correttamente nel rispetto delle norme e di registrarne l'avvenuta assunzione nel modulo apposito.
- b. In caso di svolgimento di *uscite di più giorni (soggiorno)*, l'operatore, oltre ai farmaci necessari, nella sufficiente quantità ed in confezione completa di foglio illustrativo, prepara una cartellina contenente:
 - ✓ breve relazione clinica, del medico di base con indicazione dei principali problemi di salute e dei farmaci in uso
 - ✓ ricetta/prescrizione medica, indicante la posologia
 - ✓ tesserino SSN
 - ✓ modulo registrazione avvenuta assunzione

4.11 Gestione errata assunzione

In caso di errata assunzione, l'operatore segnala immediatamente il fatto al MMG o alla guardia medica; qualora si rilevino sintomi preoccupanti, l'operatore, di sua iniziativa oppure se non reperisce il MMG e non è orario di guardia medica, attiva l'intervento del 118, esplicitando chiaramente se:

- ✓ è stato assunto un farmaco errato o una dose errata
- ✓ il nome del farmaco
- ✓ la quantità assunta
- ✓ l'ora di assunzione
- ✓ la tipologia di cura in atto e la terapia dell'utente

L'evento critico dovrà essere sempre annotato sulla scheda individuale.

4.12 Terapia al bisogno

Il problema si può presentare essenzialmente quando non è in servizio il medico di famiglia a cui chiedere consiglio. Nell'orario di assenza del curante è attivo il servizio di Continuità assistenziale (ex guardia medica), dove dalle 20 alle 8 dei feriali, dalle ore 10 alle 20 nei prefestivi e dalle ore 8 alle 20 dei festivi, risponde un medico, a cui si può esporre il problema e da cui ricevere indicazioni.

5. PROTOCOLLO PER LA CORRETTA GESTIONE DELLE EMERGENZE E DEGLI EVENTI CRITICI

E' utile predisporre un protocollo da seguire in caso di emergenza. In tale situazione il personale deve avere a disposizione i riferimenti telefonici del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta a cui rivolgersi. Qualora il medico non sia reperibile occorre allertare la guardia medica o il 118.

L'istituzione di un registro di segnalazione degli eventi critici (che possono andare dagli errori di assunzione ad incidenti cosiddetti "domestici" come piccoli traumi, piccole ustioni ecc,) è utile al fine di attuare idonei correttivi.



CONCLUSIONI

Al termine di questo breve percorso ci auguriamo di aver fornito alcuni elementi semplici e chiari, utili per il lavoro quotidiano degli operatori.

Siamo convinti che poter disporre di strumenti validi ai fini dell'appropriatezza degli interventi e di una buona e corretta organizzazione del lavoro, produca una ricaduta anche in termini di un ottimale rapporto costi/benefici: costi in termini economici e di tempo lavoro, benefici che si esplicano nel soddisfacimento delle esigenze delle persone di cui ci si prende cura, attraverso l'attenzione e l'individualizzazione degli interventi.

In questo breve excursus abbiamo tentato di evidenziare alcuni punti fermi che devono regolare l'intervento professionale:

- ✓ la definizione del contesto in cui si opera, ovvero il *presidio comunitario di tipo familiare*;
- ✓ la nozione di capacità di agire;
- ✓ la responsabilità dell'operatore come "buon padre di famiglia";
- ✓ l'omissione di soccorso;
- ✓ la nozione di aiuto;
- ✓ la privacy;
- ✓ il richiamo alla deontologia professionale.

Le proposte operative sono state elaborate per fornire alcune indicazioni ai coordinatori e/o agli operatori, allo scopo di formulare e/o riformulare le procedure di ciascun servizio, al fine di garantire un corretto comportamento professionale. Nello stesso tempo le procedure di servizio devono risultare strumenti dinamici atti a semplificare il lavoro quotidiano e non a complicarlo con appesantimenti formali e soprattutto non devono essere "carta" prodotta a beneficio della Commissione di vigilanza!

Siamo inoltre consapevoli di lasciare dei problemi aperti, suscettibili di ulteriori indagini e/o sviluppi nella prassi, tra i quali evidenziamo in particolare:

- ✓ il nodo fondamentale dei rapporti tra il medico di famiglia, il paziente e gli operatori;
- ✓ la gestione delle cosiddette "terapie al bisogno" ovvero quel q.b. che il medico "lascia" al paziente e all'operatore, in particolar modo di fronte a ricorrenti problemi di tipo comportamentale;
- ✓ i farmaci di automedicazione.

Infine una riflessione: la gestione degli aspetti sanitari non è solo aiuto all'assunzione delle terapie, ma va ricompresa, a pieno titolo, nei progetti individuali, in una visione della salute nell'accezione più ampia del termine come benessere globale della persona.



SITOGRAFIA

La normativa citata è consultabile ai seguenti links:

1. LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AGLI ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO

- Il Ministro dell'istruzione dell'Università e della Ricerca il Ministro della Salute, emanano le seguenti raccomandazioni:

"Somministrazione farmaci nelle scuole..." del 25/11/2005

http://www.normativasanitaria.it/renderNormsanPdf.spring;jsessionid=k07vYR8q132Rpp-AHQ2uSQ**?codLeg=40776&parte=1&serie=&anno=0

2. EDUCATORE PROFESSIONALE

- Ministero della Sanità - Decreto 08 ottobre 1998, n. 520 Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (G.U. Serie Generale, n. 98 del 28 aprile 1999)

<http://www.normativasanitaria.it/dettaglioAtto.spring?id=18707>

- Decreto ministeriale 29 marzo 2001.
Definizione delle figure professionali di cui all'art.6, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

https://bibliomed.bib.uniud.it/links/indice-link-utili/legislazione-sanitaria/deontologia/dm_118-2001.pdf

- Ministero della Sanita' - Decreto 27 Luglio 2000
Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di educatore professionale, ai finidell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base.

<http://web.scuolaiad.it/download/segreteria/dm equipollenze.pdf>

- Decreto Ministeriale 4 agosto 2000
Determinazione delle classi delle lauree universitarie Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 ottobre 2000 n. 245 - supplemento ordinario n. 170

<http://attiministeriali.miur.it/anno-2000/agosto/dm-04082000-%286%29.aspx>

- Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2009, n. 94-13034
Indicazioni in merito al personale con funzioni di educatore professionale operante nei servizi sanitari, socio - sanitari e sociali della Regione Piemonte.

http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2010/02/attach/dgr_13034_830_30122009.pdf

3. OPERATORE SOCIO SANITARIO – O.S.S.

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 46-5662 del 25/03/02
Recepimento dell'accordo sancito in conferenza Stato - Regioni in relazione al profilo dell'operatore socio- sanitario: approvazione delle linee di indirizzo per la formazione di base per il conseguimento della qualifica di operatore socio - sanitario.

http://www.provincia.torino.gov.it/solidarietasociale/file-storage/download/pdf/formazione/normativa/dgr_46.pdf

- D.G.R. 17 Giugno 2013, n. 10-5950

Nuove disposizioni in merito alla promozione di corsi formativi integrativi per gli operatori occupati addetti all'assistenza alla persona al fine del conseguimento della qualifica professionale dell'Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) e modifica della deliberazione di G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012.

<http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2013/27/suppo1/00000014.htm>

4. MINORI

- L. 4 maggio 1983, n. 184 s.m.i.
"Diritto del minore ad una famiglia"

http://www.camera.it/_bicamerali/leg14/infanzia/leggi/legge184%20del%201983.htm

- D.G.R. 18 Dicembre 2012, n. 25-5079

Approvazione della tipologia e dei requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori. Revoca della DGR n.41-12003 del 15.3.2004.

<http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2013/02/siste/00000087.htm>

5. PRIVACY

- Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

"Codice in materia di protezione dei dati personali"

<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/deleghe/03196dl.htm>

www.garanteprivacy.it

6. STUPEFACENTI

- Legge 21 febbraio 2006, n. 49

"Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi e modifiche al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309"

<http://www.camera.it/parlam/leggi/06049l.htm>

7. CASSETTA PRONTO SOCCORSO

- DECRETO 15 luglio 2003, n. 388

Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale, in attuazione dell'articolo 15, comma 3, del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni.

Allegato 1. "Contenuto minimo della cassetta di pronto soccorso"

<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2004/02/03/004G0046/sg>

I testi della normativa nazionale e regionale che stabiliscono i requisiti dei presidi socio assistenziali e socio sanitari si trovano in:

<http://www.comune.torino.it/servizisociali/vigilanza/normativa.htm>

I dati sui presidi socio assistenziali della Città di Torino, aggiornati al 31 dicembre di ogni anno si trovano i:

<http://www.comune.torino.it/servizisociali/vigilanza/riepilogo.htm>

