

MANUALE DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO

Rivolto candidati
che si preparano
alla formazione
professionale.

Roberto Petrini



PER LA FORMAZIONE
PROFESSIONALE COMPLETA

e-Book



Manuale dell'operatore socio-sanitario

@ Roberto Petrini 2018

@ Edizioni Concorsipubblici.com 2018

prima edizione digitale: DATA

Edizioni Concorsipubblici.com

Via Castellabate, 30

47813 Bellaria Igea Marina (RN)

<http://www.librieconcorsi.com>

ISBN 978-88-85570-14-6

Indice

PARTE PRIMA

LA FIGURA DELL'OSS: QUADRO NORMATIVO, DEONTOLOGIA E METODOLOGIA DELL'ASSISTENZA

Capitolo 1

Quadro normativo: analisi del profilo dell'OSS

- 1.1 Il sistema sanitario nazionale (SSN)
- 1.2 Diritti e i doveri del dipendente
- 1.3 Diritti e i doveri del pubblico dipendente
- 1.4 Quadro normativo del profilo professionale dell'operatore socio-sanitario

Capitolo 2

Elementi di legislazione socio-sanitaria

- 2.1 Il sistema legislativo sociale

Capitolo 3

Strutture e servizi socio-sanitari

- 3.1 Strutture e servizi sanitari
- 3.2 Strutture e servizi sociali
- 3.3 I livelli essenziali di assistenza
 - 3.3.1 Il piano sanitario nazionale e regionale
 - 3.3.2 Il piano sociale nazionale e regionale

Capitolo 4

Etica e bioetica, la morale e la deontologia

- 4.1 Elementi di etica
- 4.2 I principi etici

4.3 I dilemmi etici e le teorie e tecniche di orientamento etico

4.4 Elementi di bioetica

4.5 Deontologia professionale

4.6 Etica e deontologia per l'operatore socio-sanitario

4.7 Il segreto professionale e la privacy

4.8 I comitati etici

4.9 I diritti umani

4.10 Il diritto alla salute

Capitolo 5

La rilevazione dei bisogni socio-assistenziali e il lavoro per obiettivi

5.1 I bisogni

Capitolo 6

Strumenti operativi per la gestione dell'assistenza

Capitolo 7

Il lavoro d'equipe

7.1 Il lavoro d'equipe. Competizione e collaborazione.

7.2 Il Conflitto

Capitolo 8

Modalità di erogazione e organizzazione dell'assistenza

8.1 I principali modelli organizzativi dell'assistenza

8.1.1 Modello organizzativo funzionale (per compiti)

8.1.2 Modello assistenziale per piccole equipe

8.1.3 Il modello assistenziale del nursing primario o "primary nursing"

8.1.4 Il modello della gestione del caso o "case management"

8.2 Il processo di nursing: progettazione, pianificazione, esecuzione e verifica

Capitolo 9

Strumenti per la documentazione dell'assistenza

Capitolo 10

Il piano assistenziale individuale (P.A.I.)

Capitolo 11

Il piano educativo individualizzato (P.E.I.)

Capitolo 12

Prevenzione e promozione della salute

Capitolo 13

Epidemiologia e catena epidemiologica

Capitolo 14

Profilassi delle malattie infettive

Capitolo 15

Pulizia, sanificazione, disinfestazione, detersione, disinfezione e sterilizzazione

Capitolo 16

Smaltimento rifiuti. Gestione e ciclo della biancheria

e rifacimento del letto libero

16.1 Smaltimento rifiuti

16.2 Gestione e ciclo completo della biancheria, rifacimento del letto libero

16.3 Rifacimento del letto libero

Capitolo 17

Infezioni ospedaliere e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza

17.1 Protezioni, lavaggio delle mani e manovre corrette

Capitolo 18

Ospedale, servizi territoriali e domiciliari, residenza sanitaria assistenziale (RSA)

18.1 Ospedale

18.2 Servizi territoriali: il distretto sanitario

18.3 Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

Capitolo 19

Protezione e sicurezza sul luogo di lavoro

Rischi professionali

Capitolo 20

Stress nei luoghi di lavoro e sindrome da burn out

PARTE SECONDA

LA RELAZIONE INTERPERSONALE TRA PAZIENTE E OPERATORE SOCIO-SANITARIO

Capitolo 21

La relazione interpersonale tra paziente e operatore socio-sanitario

21.1 La relazione

21.2 La comunicazione

21.3 Il linguaggio del corpo

21.4 Identificare le emozioni di base dalle espressioni facciali per “leggere” la relazione con il paziente

21.5 La prospettiva evoluzionistica di Liotti e Monticelli

21.6 La relazione paziente e operatore socio-sanitario. L’arte della collaborazione per fini comuni

21.7 Uso dell’umorismo nella relazione Paziente - OSS

21.8 L’assistenza psicologica

21.8 Assistenza psicologica al paziente oncologico

21.9 Assistenza psicologica al paziente anziano

21.10 Assistenza psicologica al paziente disabile

21.11 Assistenza psicologica al paziente con HIV

21.12 Assistenza psicologica al paziente con disturbi psichici

21.12.1 Approccio al paziente agitato o aggressivo

21.12.2 La contenzione fisica

PARTE TERZA

TECNICHE ASSISTENZIALI E DI ANIMAZIONE

Capitolo 22

Tecniche d'intervento e procedure di assistenza

22.1 Igiene personale e tricotomia

22.1.1 Igiene dei capelli

22.1.2 Igiene degli occhi

22.1.3 Igiene del naso

22.1.4 Igiene delle orecchie

22.1.5 Igiene del cavo orale nel paziente parzialmente dipendente e dipendente

22.1.6 Igiene perineale

22.1.7 Igiene dei piedi e mani

22.1.8 Il bagno a letto

22.1.9 Rifacimento letto occupato

22.1.10 Vestire e svestire

22.1.11 Tricotomia

22.2 Prevenzione e trattamento lesioni da decubito o ulcere da pressione. Ferite croniche e infette, medicazioni

22.2.1 Ferita

22.3 Mobilizzazione

22.3.1 Ausili

22.4 Alimentazione ed eliminazione

22.4.1 Distribuzione e somministrazione dei pasti

22.4.2 Nutrizione Artificiale (NA)

22.4.3 Eliminazione e raccolta campioni

22.4.4. L'apparato digerente

22.5 Pronto soccorso e primo intervento

22.6 Parametri vitali: misurazione della temperatura corporea, rilevazione pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiro

22.6.1 Misurazione temperatura corporea (T.C.)

22.6.2 Rilevazione pressione arteriosa e frequenza cardiaca

22.6.3 Rilevazione del respiro

22.7 Composizione della salma

Capitolo 23

Farmacologia e somministrazione farmaci

23.1 La farmacologia

Capitolo 24

Animazione e tecniche di animazione

24.1 Metodologia: analisi, progettazione, programmazione e attivazione, verifica degli interventi

24.2 Le tecniche di animazione

24.3 Attività di animazione con gli anziani

Riferimenti bibliografici

PARTE PRIMA

LA FIGURA DELL'OSS: QUADRO NORMATIVO, DEONTOLOGIA E METODOLOGIA DELL'ASSISTENZA

Capitolo I

Quadro normativo: analisi del profilo dell'OSS



I sistemi dei servizi sociali e sanitari mutano e si adeguano ai cambiamenti che avvengono nella società. Emergono nuovi bisogni e nuove criticità, di recente sono sorti nuovi servizi per assistere le persone con disagio psichico e in stato di handicap, attualmente nascono servizi di accoglienza e di inserimento sociale per l'immigrato. Un fenomeno rimane stabile ed orienta le attuali strategie socio-sanitarie ed è l'invecchiamento della popolazione, le aspettative di vita delle persone crescono e i nuovi nati diminuiscono.

Secondo l'ISTAT dal 2016 la popolazione totale residente in Italia è di 60 milioni e 656 mila, gli stranieri sono 5 milioni e 54 mila e rappresentano l'8,3% della popolazione totale, con un incremento rispetto al 2015 di 39 mila unità. La speranza di vita alla nascita, per gli uomini è di 80,1 anni e per le donne 84,7 anni. Gli ultra

sessantacinquenni sono 13,4 milioni cioè il 22% della popolazione totale; l'età media della popolazione è di 44,6 anni.

Dall'andamento dei dati rispetto gli anni precedenti si deduce chiaramente che la popolazione sta invecchiando, questo fa scaturire valutazioni che incidono sulla programmazione di una politica socio-sanitaria che sia in grado di rispondere in maniera efficace ed efficiente ai bisogni emergenti. È noto che l'età anziana spesso correla con condizioni di non autosufficienza e con l'aumento di malattie croniche, ciò ha ripercussioni e ricadute sui profili professionali che devono essere formati per garantire assistenza agli anziani, considerato che anche la famiglia sta cambiando e non riesce più a farsi carico, come in passato, della cura del proprio caro.

I primi profili professionali dedicati a tal fine, come quello dell'OSA (operatore socio assistenziale), erano rivolti implicitamente alla figura femminile, riconosciuta come da sempre depositaria di questo compito, prima in famiglia ora come professionista. I profili negli anni Ottanta erano definiti da un elenco di compiti e di prestazioni tradizionalmente svolti e assegnati alle donne come preparare i pasti, curare l'igiene della persona e degli ambienti, fare compagnia. Le donne non dovevano essere formate per svolgere questi compiti, ne consegue un notevole risparmio e un contenimento dei costi dei servizi. Negli anni a seguire queste "competenze di genere" non bastano più, occorre un sapere infermieristico ma anche una conoscenza degli strumenti e attrezzature utilizzabili per la riabilitazione, serve essere in grado di collaborare in complessi progetti di assistenza, di saper interagire con tutti gli altri operatori sanitari e sociali, occorre saper gestire situazioni critiche.

Si possono comunque definire tre macroaree di intervento, che si sovrappongono abbondantemente:

- **Area sociale**, con stati di bisogno che derivano dall'età avanzata, dalla stato psico-fisico, da carenze economiche e da stati di emarginazione e scarso inserimento nel tessuto sociale.
- **Area sanitaria**, tutela della salute del cittadino con prevenzione, cura e riabilitazione.
- **Area educativa**, interventi volti a favorire la crescita e lo sviluppo della persona.

I nuovi profili hanno creato a volte dissidi e incomprensioni, con le figure già esistenti come quella dell'educatore professionale e dell'infermiere. Ma, a ben vedere, ciò si verifica in ogni ambito dove la sovrapposizione di competenze è possibile e anche auspicata per dar corso ad un intervento integrato. Si cerca di spostare il focus da "chi deve eseguire cosa" al lavoro per obiettivi dove diviene importante non competere ma collaborare. Difatti, nel momento in cui aiuto il collega a raggiungere i suoi obiettivi, sto, di fatto, aiutando anche me stesso perché il successo di ogni operatore membro di una stessa equipe è fondamentale per il successo d'insieme. Nel gruppo che funziona in modo paritetico-collaborativo avremo un clima emotivo migliore rispetto al gruppo che funziona prettamente in modo agonistico, avremo una prevalenza di emozioni come gioia, fiducia reciproca, lealtà, empatia. Per passare dalla competizione all'agire cooperativo, si deve creare un periodo intermedio, dove emergano tolleranza e fiducia; dove può scaturire un pensiero cooperativo: "... è conveniente che tutti possano crescere professionalmente al fine di raggiungere il nostro compito istituzionale". Nel sistema paritetico c'è un'interdipendenza reciprocamente riconosciuta cioè se tu non fai quello che devi il tuo comportamento causerà il nostro insuccesso d'insieme.

Il profilo professionale dell'OSS nasce dall'esigenza di disporre di un operatore polivalente, in grado di intervenire in diversi contesti assistenziali e principalmente nelle situazioni caratterizzate dalla mancanza di autonomia dell'assistito in una concezione operativa centrata sulla persona e sui suoi bisogni. L'utente anziano aumenta in modo consistente e necessita di un intervento di tipo socio-assistenziale, il sistema dei servizi si sta sempre più integrando e richiede interventi assistenziali che possono essere ricondotti a provvedimenti di tipo sanitario, educativo, sociale. Le **RSA** (residenza sanitarie e assistenziali) vedono crescere al loro interno la parte costituita da anziani non autosufficienti con diverse patologie croniche, ne consegue un aumento della richiesta di assistenza sanitaria ma anche capacità relazionali per rapportarsi con l'anziano e la sua famiglia. Ugualmente i **servizi semiresidenziali** (centri diurni per anziani e disabili, i centri socio-riabilitativi) e i **servizi territoriali** (servizi di assistenza domiciliare, scuole, centri di accoglienza, presidi ospedalieri) necessitano di un operatore con una formazione integrata.

Con l'abrogazione negli anni Ottanta del percorso formativo dell'infermiere generico, si venne a creare una situazione dove gli infermieri professionali divennero il triplo dei generici con manifeste ripercussioni operative, dove il lavoro assistenziale di base veniva, di fatto, affidato all'unica figura che poteva svolgerla.

Quindi il ministero della Sanità in accordo con le varie categorie professionali concordarono sulla necessità di ricostituire il profilo di un operatore di base, che supportasse il lavoro dell'infermiere. Dapprima si istituirono dei corsi di qualificazione per **ausiliario socio-sanitario** con 250 ore di formazione tra teoria e pratica; la decisione circa la necessità di attivare tali corsi venne affidata alla

Regione. L'ausiliario così formato iniziò a collaborare nelle attività assistenziali con l'infermiere e lasciò in parte alcuni compiti di sanificazione ambientale e attività alberghiere. Le pulizie e le attività alberghiere (ristorazione, fornitura biancheria) vennero affidate progressivamente ad aziende esterne. Ovviamente non tutte le Regioni si mossero con uguale tempismo e velocità, la condizione fu regolarizzata nel 1984, con l'emanazione del decreto ministeriale n. 45, dove venne individuato il **profilo professionale dell'ausiliario socio-sanitario** al quale vennero attribuiti compiti quali:

- Pulizia degli ambienti di degenza ospedaliera (comodino, testata del letto).
- Trasporto degli infermi in barella e carrozzella e loro accompagnamento se deambulanti con difficoltà.
- Collaborazione con il personale infermieristico nelle pulizie del malato allettato e nelle manovre di posizionamento del letto.
- È responsabile della corretta esecuzione dei compiti che gli sono stati affidati dal caposala e prende parte alla programmazione degli interventi assistenziali per il degente.

La figura così formata iniziò a collaborare con l'infermiere in tutti i luoghi di cura del Servizio sanitario nazionale. In molte sedi, tuttavia, il personale così qualificato rimase a svolgere le pregresse mansioni per l'impossibilità organizzativa di attualizzare dei nuovi piani di lavoro.

Con il DPR n. 384 del 28 novembre 1990, dopo l'ennesima emergenza infermieristica, fu emesso il profilo professionale

dell'**operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA)**, accesso con il diploma di scuola media secondaria di primo grado e 670 ore formative divise fra teoria e pratica; di seguito alcune parti del mansionario:

L'operatore tecnico addetto all'assistenza svolge la propria attività nei seguenti campi e opera sotto la diretta responsabilità dell'operatore professionale di 1° categoria coordinatore (caposala) o in assenza di quest'ultimo dell'infermiere professionale responsabile del turno di lavoro:

- *attività alberghiere;*
- *pulizia e manutenzione di utensili, apparecchi, presidi usati dall'utente e dal personale medico e infermieristico per l'assistenza del malato;*
- *collaborazione con l'infermiere professionale per atti di accudimento semplici del malato.*

Nell'ambito di competenza, oltre a svolgere i compiti dell'ausiliario addetto ai servizi socio-sanitari, esegue le seguenti ulteriori funzioni:

- *lavaggio, asciugatura e preparazione del materiale da inviare alla sterilizzazione e relativa conservazione;*
- *trasporto degli infermi in barella e in carrozzella e loro accompagnamento se deambulanti con difficoltà;*
- *trasporto del materiale biologico, sanitario ed economico, secondo protocolli stabiliti;*
- *rifacimento del letto non occupato e igiene dell'unità di vita del soggetto (comodino, letto, apparecchiature);*
- *preparazione dell'ambiente e dell'utente per il pasto e aiuto nella distribuzione e nell'assunzione;*

- *riordinamento del materiale e pulizia del malato dopo il pasto;*
- *aiuto alla persona nel cambio della biancheria e nelle operazioni fisiologiche;*
- *comunicazione all'infermiere professionale di quanto sopravviene durante il suo lavoro in quanto ritenuto incidente sull'assistito e sull'ambiente;*
- *partecipazione con l'equipe di lavoro, limitatamente ai propri compiti;*
- *esecuzione dei compiti affidati dalla caposala.*

In collaborazione o su indicazione dell'infermiere professionale provvede:

- *al rifacimento del letto occupato;*
- *all'igiene personale del soggetto;*
- *al posizionamento e al mantenimento delle posizioni terapeutiche.*

Per svolgere mansioni più complesse e rischiose, si è pensato poi ad una formazione integrativa (circa 300 ore) che permette così a tale figura professionale di avvicinarsi ai compiti contenuti nel vecchio mansionario dell'infermiere generico. Quindi oltre a svolgere i compiti del proprio profilo, aiuta l'infermiere in tutte le attività assistenziali e, in base all'organizzazione del gruppo di lavoro di provenienza e conformemente alle direttive del personale infermieristico, provvede a:

- *somministrare la terapia orale, intramuscolare e sottocutanea;*
- *eseguire bagni terapeutici, impacchi, frizioni e bendaggi;*
- *rilevare i parametri vitali (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, e temperatura corporea);*

- praticare clisteri;
- mobilitare i pazienti per la prevenzione delle lesioni da decubito;
- raccogliere escrezioni e secrezioni a scopo diagnostico;
- riordinare, pulire, disinfettare e sterilizzare apparecchiature, attrezzature sanitarie, dispositivi medici;
- somministrare i pasti e le diete;
- preparare la salma;
- eseguire tricotomie.

1.1 Il sistema sanitario nazionale (SSN)

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è stato costituito nel 1978 (legge 833/78); ha subito tre riorganizzazioni; ma i principi di base restano invariati e derivano dal dettato costituzionale del diritto alla salute:

- Tutta la popolazione è garantita nel suo diritto di tutela della salute, senza distinzione di reddito, attraverso un sistema di finanziamento che proviene in parte dai contributi dei lavoratori ma anche da risorse reperite dal fisco.
- Vi sono tuttavia dei livelli minimi di copertura sanitaria, le cure sono gratuite entro certi livelli di reddito (e se sono presenti invalidità, o malattie croniche) che possono essere integrati con formule assicurative volontarie.

Attualmente il SSN è stato affidato quasi per intero alle **Regioni**, esse hanno ampio margine per decidere come programmare, progettare e gestire l'offerta sanitaria nel loro territorio. Inoltre sono sempre le Regioni ad essere responsabili della copertura finanziaria di tale sistema che possono rifinanziare anche con tassazioni aggiuntive. Allo Stato compete ancora la definizione dei livelli minimi di assistenza sanitaria che devono essere garantiti in tutto il Paese.

Il sistema prevede un'organizzazione aziendalistica con all'interno strutture pubbliche ma anche private. Quest'ultime devono essere **autorizzate** cioè possedere requisiti strutturali, impiantistici e organizzativi adeguati al tipo di prestazioni che intendono erogare. Una struttura autorizzata può collocarsi sul mercato ed erogare le prestazioni che le sono state riconosciute e ricevere un compenso direttamente dai clienti. Mentre un'azienda **accreditata**, eroga prestazioni che verranno in seguito rimborsate dall'azienda sanitaria pubblica, ciò implica il possesso di ulteriori requisiti e di ulteriori controlli anche periodici.

La **struttura organizzativa** dell'azienda sanitaria pubblica regionale, di solito, implica un'organizzazione che prevede un vertice aziendale con funzioni di direzione, programmazione e controllo. Altre macrostrutture (presidi, dipartimenti, distretti) che si occupano di erogare prestazioni sanitarie (prevenzione, cura e riabilitazione) che a loro volta si possono articolare in unità operative semplici, in genere connesse tra loro. Spesso i maggiori ospedali pubblici e tutti quelli con la presenza del corso di laurea in Medicina e Chirurgia sono diventati nel tempo autonome aziende sanitarie.

La **politica sanitaria** dell'azienda pubblica viene definita dalla direzione generale e dal collegio sindacale e da organi di supporto quali il consiglio dei sanitari e dal collegio di direzione. È anche garantito

un raccordo con la comunità locale e/o con le Unioni dei comuni, dove la rappresentanza politica, incontrandosi con la direzione, riferisce e descrive le esigenze del territorio che amministra.

I **principi** che regolano le aziende sanitarie pubbliche sono:

- Il **principio di autonomia**: vale a dire la capacità di collegare le risorse disponibili con i traguardi aziendali. L'azienda è autonoma a livello organizzativo, amministrativo, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnico.
- Il **principio di economicità**: usare nel modo più efficiente possibile le risorse per raggiungere gli scopi di salute della popolazione.
- Il **principio di responsabilità**: controllo sugli esiti e sull'operato dell'azienda, sui risultati complessivi.

1.2 Diritti e i doveri del dipendente

L'operatore socio-sanitario può trovare una collocazione lavorativa in una ampia varietà di situazioni istituzionali; dall'azienda sanitaria pubblica a una casa di riposo, ma anche in una struttura termale o in qualche cooperativa. Può operare come dipendente o come socio-lavoratore per una cooperativa, quindi con forme contrattuali diverse.

Il lavoratore ha l'obbligo della fedeltà e della diligenza, più gli obblighi previsti dal contratto collettivo di lavoro. Nel suo comportamento l'OSS agisce secondo il **principio della responsabilità diretta** per le azioni che pone in atto. Nel caso di danni provocati a

persone o a cose, e a seconda della loro gravità, può essere perseguito a livello amministrativo e contabile, civile, penale. Per il danno civile verso terzi, di solito, è prevista una copertura assicurativa in favore dei propri dipendenti così come il patrocinio legale, ma non nei casi di colpa grave. Molte amministrazioni private e pubbliche infatti consigliano di stipulare assicurazioni integrative per tali evenienze.

Il dipendente che compie delle infrazioni dei doveri d'ufficio può essere sottoposto a un **procedimento disciplinare** dove può essere assistito da un sindacalista, se non vengono riconosciute le ragioni del dipendente e in caso di colpa, può essere penalizzato con sanzioni crescenti dal rimprovero verbale, poi scritto, multa, sospensione dal servizio, licenziamento con preavviso, licenziamento senza preavviso.

I **diritti** specifici del dipendente sono in genere spiegati nel contratto collettivo di lavoro, ma in generale essi sono la libertà sindacale e il diritto allo sciopero (se l'OSS opera in servizi pubblici essenziali può essere precettato). Ha diritto a ferie, riposi settimanali o compensativi, permessi retribuiti (anche per aggiornamento professionale); ha diritto alla maternità, malattia, infortunio.

In caso di **assenza per malattia** deve comunicare tempestivamente al servizio di appartenenza la sua durata e il numero di protocollo identificativo del certificato prodotto dal medico di medicina generale; questo serve anche per eventuali prosecuzioni. Sarà cura del medico di medicina generale inviare, per via telematica, la copia della certificazione di malattia agli uffici competenti. Le fasce orarie di reperibilità del lavoratore, entro le quali possono essere effettuate eventuali visite mediche di controllo, sono diverse per il lavoratore privato e dipendente del pubblico impiego. Per il privato la fascia oraria di reperibilità è dalle ore 10 alle 12 e dalle 17 alle 19 di tutti i giorni; per il dipendente pubblico invece dalle ore 9 alle 13 e dalle 15 alle 18 anche in questo caso di tutti i giorni.

In caso di **infortunio sul lavoro** il dipendente deve avvisare tempestivamente il suo datore di lavoro e recarsi, il prima possibile, al pronto soccorso per la registrazione dell'infortunio, aprire una pratica INAIL ed attivare i percorsi diagnostico-terapeutici del caso. Se l'assenza si protrae fino a superare sessanta giorni il dipendente dovrà effettuare un visita INAIL prima di rientrare in servizio.

1.3 Diritti e i doveri del pubblico dipendente

Il contratto di pubblico impiego è un contratto bilaterale, dal quale ne deriva una serie di diritti e di doveri per il lavoratore e per l'azienda. I doveri del pubblico dipendente principalmente sono di fedeltà alla Repubblica, di imparzialità e buon andamento, fino all'obbligo di favorire rapporti di fiducia con l'utenza del servizio pubblico. Inoltre sono sanciti i doveri di diligenza, obbedienza e fedeltà come per tutti gli altri lavoratori.

Il dipendente pubblico nell'ambito dell'attività lavorativa deve attenersi ad obblighi che derivano dai principi costituzionali, quali principi di fedeltà alla nazione, imparzialità e buon andamento nonché contenuti nel codice civile, nelle norme nazionali sul pubblico impiego e nei contratti collettivi dei vari comparti. I dipendenti devono ispirarsi, nel loro agire quotidiano, ai contenuti dei relativi profili professionale, degli ordinamenti didattici e degli specifici codici deontologici, nonché ai principi generali del codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, di cui al decreto del ministero della funzione pubblica del 28/11/2000 (G.U. n.84 del 10/04/01) riportato per intero qui di seguito:

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA
DECRETO 28 novembre 2000

*Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni
(Pubblicato sulla G.U. n. 84 del 10 aprile 2001)*

IL MINISTRO PER LA FUNZIONE PUBBLICA

*Visto l'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, recante delega al
Governo per la razionalizzazione e la revisione della disciplina in materia di
pubblico impiego;*

*Visto l'art. II, comma 4, della legge 15 marzo 1997, n. 59, il quale, nel più
ampio quadro della delega conferita al Governo per la riforma della pubblica
amministrazione, ha, tra l'altro, specificamente conferito al Governo la
delega per apportare modificazioni ed integrazioni al decreto legislativo 3
febbraio 1993, n. 29;*

*Visto il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 80, recante nuove
disposizioni in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nelle
amministrazioni pubbliche, di giurisdizione nelle controversie di lavoro e di
giurisdizione amministrativa, emanate in attuazione dell'art. II, comma 4,
della predetta legge n. 59 del 1997;*

*Visto, in particolare, l'art. 58-bis del decreto legislativo 3 febbraio 1993,
n. 29, come sostituito dall'art. 27 del predetto decreto legislativo n. 80 del 1998;*

*Visto il decreto del Ministro della funzione pubblica 31 marzo 1994,
con il quale è stato adottato il codice di comportamento dei dipendenti delle
pubbliche amministrazioni ai sensi dell'art. 58-bis del predetto decreto
legislativo n. 29 del 1993;*

Ritenuta la necessità di provvedere all'aggiornamento del predetto

codice di comportamento alla luce delle modificazioni intervenute all'art. 58-bis del decreto legislativo n. 29 del 1993;

Sentite le confederazioni sindacali rappresentative;

Decreta:

Art. 1.

Disposizioni di carattere generale

1. I principi e i contenuti del presente codice costituiscono specificazioni esemplificative degli obblighi di diligenza, lealtà e imparzialità, che qualificano il corretto adempimento della prestazione lavorativa. I dipendenti pubblici - escluso il personale militare, quello della polizia di Stato ed il Corpo di polizia penitenziaria, nonchè i componenti delle magistrature e dell'Avvocatura dello Stato - si impegnano ad osservarli all'atto dell'assunzione in servizio.

2. I contratti collettivi provvedono, a norma dell'art. 58-bis, comma 3, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, al coordinamento con le previsioni in materia di responsabilità disciplinare. Restano ferme le disposizioni riguardanti le altre forme di responsabilità dei pubblici dipendenti.

3. Le disposizioni che seguono trovano applicazione in tutti i casi in cui non siano applicabili norme di legge o di regolamento o comunque per i profili non diversamente disciplinati da leggi o regolamenti. Nel rispetto dei principi enunciati dall'art. 2, le previsioni degli articoli 3 e seguenti possono essere integrate e specificate dai codici adottati dalle singole amministrazioni ai sensi dell'art. 58-bis, comma 5, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29.

Art. 2.

Principi

1. Il dipendente conforma la sua condotta al dovere costituzionale di servire esclusivamente la Nazione con disciplina ed onore e di rispettare

i principi di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione. Nell'espletamento dei propri compiti, il dipendente assicura il rispetto della legge e persegue esclusivamente l'interesse pubblico; ispira le proprie decisioni ed i propri comportamenti alla cura dell'interesse pubblico che gli è affidato.

2. Il dipendente mantiene una posizione di indipendenza, al fine di evitare di prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni, anche solo apparenti, di conflitto di interessi. Egli non svolge alcuna attività che contrasti con il corretto adempimento dei compiti d'ufficio e si impegna ad evitare situazioni e comportamenti che possano nuocere agli interessi o all'immagine della pubblica amministrazione.

3. Nel rispetto dell'orario di lavoro, il dipendente dedica la giusta quantità di tempo e di energie allo svolgimento delle proprie competenze, si impegna ad adempierle nel modo più semplice ed efficiente nell'interesse dei cittadini e assume le responsabilità connesse ai propri compiti.

4. Il dipendente usa e custodisce con cura i beni di cui dispone per ragioni di ufficio e non utilizza a fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio.

5. Il comportamento del dipendente deve essere tale da stabilire un rapporto di fiducia e collaborazione tra i cittadini e l'amministrazione. Nei rapporti con i cittadini, egli dimostra la massima disponibilità e non ne ostacola l'esercizio dei diritti.

Favorisce l'accesso degli stessi alle informazioni a cui abbiano titolo e, nei limiti in cui ciò non sia vietato, fornisce tutte le notizie e informazioni necessarie per valutare le decisioni dell'amministrazione e i comportamenti dei dipendenti.

6. Il dipendente limita gli adempimenti a carico dei cittadini e delle imprese a quelli indispensabili e applica ogni possibile misura di