

1 Gennaio-Marzo 2013

# L'OSPEDALE

TRIMESTRALE DI IGIENE, TECNOLOGIA, MANAGEMENT  
DEGLI OSPEDALI E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

**ASSEMBLEA NAZIONALE SOCI  
ANMDO 14 DICEMBRE 2012**

**STATUTO della ASSOCIAZIONE  
NAZIONALE  
DEI MEDICI DELLE DIREZIONI  
OSPEDALIERE**

**REGOLAMENTO della  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
DEI MEDICI DELLE DIREZIONI  
OSPEDALIERE**

**CODICE ETICO della  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
DEI MEDICI DELLE DIREZIONI  
OSPEDALIERE**

**La resilienza**

**Riprogettare l'architettura  
organizzativa: un modello per  
la previsione dei fabbisogni  
ospedalieri di personale medico**

**Morti attese in ospedale.  
Studio pilota sui casi oncologici**

**Il benessere psicologico  
dei lavoratori in sanità**

**Centralizzazione del processo  
di decontaminazione  
ricondizionamento e sterilizzazione  
dei dispositivi riutilizzabili  
in ospedale e territorio:  
la centrale di sterilizzazione**

**ORIZZONTI**



# ASSEMBLEA NAZIONALE SOCI ANMDO 14 DICEMBRE 2012

Il 14 dicembre 2012 si è tenuta a Bologna l'Assemblea ordinaria generale dei Soci della nostra Associazione, al fine di modificare lo Statuto in essere per approvare il nuovo testo dello Statuto stesso a servizio dell'istanza di riconoscimento della personalità giuridica dell'Associazione da parte della Prefettura di Bologna e conseguentemente del nuovo Regolamento e del Codice Etico.

Di seguito si riporta un estratto del Verbale dell'Assemblea:

REPUBBLICA ITALIANA L'anno duemiladodici, il giorno quattordici del mese di dicembre. Alle ore 17 e 30 minuti. In Bologna, presso l'AEMILIA HOTEL in via G. Zacccherini Alvisi n. 16. Avanti a me dottor Roberto Moscatiello, notaio iscritto al Collegio notarile di Bologna e ivi residente, è presente il signor: **FINZI GIANFRANCO**, domiciliato ai fini del presente atto presso la sede legale dell'ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE. Il comparente, della cui identità personale io notaio sono certo, dichiara di trovarsi qui ove è riunita l'assemblea degli soci della "**ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE**" (in sigla "A.N.M.D.O."), con sede legale in comune di Bologna (BO), via Dell'Indipendenza n. 54, costituita con atto ricevuto dal notaio dottor Emilio Turbil il 21 marzo 1947 rep. 4986 e registrato a Torino - Atti Pubblici il 4 aprile 1947 al n. 313 e il cui statuto è stato da ultimo modificato con verbale ricevuto dal notaio dot-

tor Andrea Errani il 15 ottobre 2010 rep. 83552 e registrato all'Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Bologna il 18 ottobre 2012 al n. 14341, convocata in questi luogo, giorno e ora per discutere e deliberare sul seguente

ORDINE DEL GIORNO:

1) proposta di approvazione del nuovo testo dello statuto dell'Associazione a servizio dell'istanza di riconoscimento della personalità giuridica dell'Associazione stessa mediante iscrizione nell'apposito registro tenuto presso la competente Prefettura; 2) conseguente proposta di approvazione del nuovo testo del regolamento dell'Associazione; 3) proposta di approvazione del codice etico dell'Associazione; 4) deliberazioni inerenti e conseguenti. Ai sensi dell'art. 15.1., lett. d), dello statuto assume la presidenza dell'assemblea il comparente, Presidente Nazionale dell'Associazione, il quale

DATO ATTO:

■ che sono presenti (in proprio o per delega conservata agli atti dell'Associazione) e legittimati a intervenire i soci presenti (secondo l'accertamento fattone dal Presidente) dell'Associazione, come risulta dal foglio delle presenze conservato agli atti dell'Associazione;

■ che l'assemblea è stata regolarmente convocata in prima convocazione questa mattina alle ore 9 in questo stesso luogo e, in seconda convocazione, in questi luogo, giorno e ora;

■ che l'assemblea di prima convocazione è andata deserta;

■ che tutti i presenti si dichiarano sufficientemente edotti sugli argo-

menti posti all'ordine del giorno e nessuno si oppone alla loro trattazione;

DICHIARA regolarmente costituita la presente assemblea, atta a discutere e deliberare sull'enunciato ordine del giorno e mi domanda di redigerne il verbale. L'Assemblea acconsente alla trattazione congiunta degli argomenti all'ordine del giorno. Aperta la discussione sul primo punto all'ordine del giorno il Presidente spiega all'Assemblea che si rende necessario apportare alcune modifiche al vigente statuto espressamente richieste dalla Prefettura di Bologna - Ufficio Territoriale del Governo a servizio dell'istanza di riconoscimento della personalità giuridica dell'Associazione depositata il 21 febbraio 2011. Il Presidente illustra le modifiche di maggior impatto sullo statuto. Innanzi tutto si rende necessario specificare la consistenza dell'attività di tutela legale. Il Presidente propone di precisare nell'art. 2 dello statuto che quest'attività consiste nell'offrire consulenza e assistenza legale strumentale a quella di tutela sindacale. Occorre precisare nell'art. 4.3. dello statuto che i soci onorari vantano gli stessi diritti dei soci ordinari. Sempre nell'art. 4 dello statuto, con riferimento ai soci sostenitori di natura collettiva, occorre eliminare dal comma 5 la previsione che nei rapporti con l'Associazione la "*qualifica di socio è attribuita e riconosciuta esclusivamente al legale rappresentante pro tempore o al delegato dell'Ente di natura collettiva*" che lascia erroneamente intendere che socio sarebbe il legale rappre-

sentante e non l'Ente. Si rende necessario indicare nell'art. 9 dello statuto l'effettiva consistenza del patrimonio dell'Associazione distinguendo tra un fondo patrimoniale "statico" e un fondo di gestione "dinamico". Il primo, costituito dalle entrate straordinarie dell'Associazione, fissato in euro 50.000,00 e, il secondo, costituito dalle entrate ordinarie dell'Associazione, fissato in euro 30.000,00. Precisa il Presidente che in sede di valutazione dell'istanza di riconoscimento della personalità giuridica dell'Associazione, la Prefettura conduce un controllo di congruità tra il patrimonio e lo scopo dell'Associazione, verifica cioè che il patrimonio dell'Associazione sia sufficientemente "capiente" per il raggiungimento dello scopo dell'Associazione. I limiti su indicati sono stati consigliati dalla Prefettura. Il Presidente fa presente all'Assemblea che, allo scopo di non intaccare la consistenza del patrimonio, fintanto che l'Associazione non avrà ottenuto il riconoscimento della personalità giuridica verranno bloccati tutti i rimborsi di cui all'art. 7 dello statuto.

E' infatti oltremodo evidente che i valori su indicati esistono attualmente nel patrimonio dell'Associazione e dovranno altresì esistere al momento del deposito della documentazione integrativa all'istanza di riconoscimento che, diversamente, verrebbe rigettata. Si rende altresì necessario unificare la disciplina dell'iter di approvazione del bilancio, prima frazionata in diversi articoli dello statuto, in un unico articolo. Occorre inoltre introdurre la previsione di un controllo legale dei conti esterno all'Associazione a servizio dell'integrità del patrimonio dell'Associazione. Il Presidente propone quindi di modificare l'art. 10.2. dello statuto come segue: "Il bilancio di esercizio è predisposto dal Tesoriere Nazionale e, corredato delle osservazioni del Collegio dei Revisori dei Conti, viene presenta-



to per l'approvazione al Direttivo Nazionale. Il Direttivo Nazionale lo presenta poi all'Assemblea Nazionale. Il bilancio dovrà essere sottoposto ad una procedura di revisione contabile volontaria da parte di professionista iscritto al Registro dei Revisori Legali dei Conti. La procedura di approvazione deve essere terminata entro 6 (sei) mesi dalla chiusura dell'esercizio sociale di riferimento". Con l'occasione il Presidente propone di eliminare la previsione di cui all'art. 12.4. dello statuto del limite minimo di 30 (trenta) iscritti delle sezioni regionali che ha creato diversi problemi organizzativi a livello regionale.

Occorre ancora modificare l'incipit dell'art. 14.2. dello statuto come segue: "Il Direttivo Nazionale è l'organo amministrativo dell'Associazione. È investito dei più ampi poteri di amministrazione ordinaria e straordinaria dell'Associazione senza limitazione alcuna e, in particolare: a) [...]; b) [...]; c) delibera sulla data e sul luogo di convocazione dell'Assemblea Nazionale e approva il relativo ordine del giorno". Si vuole cioè, in previsione dell'iscrizione nel registro delle persone giuridiche, una precisa individuazione statutaria dell'organo dell'Associazione investito dei poteri di amministrazione dal momento che le genera-

lità dei consiglieri del Direttivo Nazionale dovranno risultare da quel registro. Sempre nell'art. 14 dello statuto si rende necessario modificare il terzo comma rendendo più chiara la distinzione tra quorum costitutivo e quorum deliberativo necessari per l'approvazione delle decisioni del Direttivo Nazionale. Si propone il seguente nuovo testo dell'ultimo capoverso del comma 3 dell'art. 14: *"Il Direttivo Nazionale è validamente costituito con la presenza della maggioranza dei suoi membri e delibera con il voto favorevole della maggioranza dei presenti. In caso di parità prevale il voto di chi presiede"*. Si propone ancora di eliminare le lett. g) e k) dell'art. 15.1., dello statuto e di sostituirle con la seguente ulteriore facoltà del Presidente Nazionale: *"può delegare parte dei suoi poteri a membri del Direttivo Nazionale, a membri del Consiglio Nazionale o ai Presidenti Regionali, Interregionali o delle Province autonome e può nominare procuratori per singoli atti o categorie di atti"*. Ciò all'evidente scopo di sopperire alle ipotesi di assenza o impedimento del Presidente Nazionale. Si propone poi, per evitare commistioni con il Direttivo Nazionale, di chiarire il ruolo del Consiglio Nazionale con il seguente nuovo art. 17 dello statuto: *"1. Il Consiglio Nazionale è composto da: a) i Presidenti delle Sedi Regionali e delle Province autonome; b) i membri del Direttivo Nazionale. 2. Il Consiglio Nazionale si riunisce in convocazione ordinaria almeno una volta all'anno o qualora metà dei suoi membri lo richieda al Presidente Nazionale oppure qualora lo ritenga opportuno il Direttivo Nazionale. 3. Il Consiglio Nazionale è convocato dal Presidente Nazionale a mezzo fax, e-mail o lettera raccomandata A/R inviati almeno 15 (quindici) giorni prima di quello fissato per l'adunanza, salvo necessità di convocazione urgente che non potrà comunque avere un*

*preavviso inferiore a 3 (tre) giorni. L'avviso di convocazione dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'adunanza, oltre l'ordine del giorno. 4. I componenti del Consiglio Nazionale restano in carica 4 (quattro) anni e possono essere rieletti. 5. Il Consiglio Nazionale è l'organo di raccordo tra gli organi periferici di cui al Capo V del presente statuto e gli organi nazionali di cui al Capo VI del presente statuto, delibera in ordine alla costituzione e allo scioglimento delle Sedi Regionali e ne approva i regolamenti"*. Il Presidente propone di modificare gli artt. 20 e 22 dello statuto attribuendo al Tesoriere Nazionale la responsabilità della tenuta del libro dei soci e dei registri contabili e al Segretario del Direttivo Nazionale la responsabilità della tenuta del libro delle deliberazioni dell'Assemblea Nazionale, del libro delle deliberazioni del Direttivo Nazionale e del Consiglio Nazionale e del libro delle deliberazioni del Collegio dei Revisori dei Conti. Ancora, allo scopo di garantire il corretto funzionamento del Direttivo Nazionale in caso di cessazione dalla carica di uno o più dei consiglieri per dimissioni, revoca, decadenza, perdita della qualità di associato, scadenza o altra causa, si propone di riscrivere gli ultimi due capoversi dell'art. 23.4. dello statuto come segue: *"In caso di cessazione dalla carica dei componenti del Direttivo Nazionale (dimissioni, revoca, decadenza, perdita della qualità di socio, scadenza o altra causa): a) fino a un massimo di 5 (cinque) componenti il Direttivo Nazionale provvederà alla loro cooptazione nel rispetto della rappresentatività regionale e delle province autonome. I componenti così nominati resteranno in carica fino alla successiva Assemblea Nazionale Elettiva; b) oltre i 5 (cinque) componenti dovrà essere convocata, nel più breve tempo possibile, l'Assemblea Nazionale per la*

*loro sostituzione. I componenti così nominati resteranno in carica fino alla scadenza del Direttivo Nazionale del quale entrano a far parte. La cessazione per dimissioni (o rinuncia) deve essere comunicata a mezzo lettera raccomandata A/R al Direttivo Nazionale ed è efficace dalla data di ricevimento della comunicazione (farà fede il timbro postale). La cessazione per revoca ha efficacia immediata dalla data della relativa Assemblea Nazionale. La cessazione per decadenza ha efficacia immediata. La cessazione per perdita della qualità di socio ha efficacia immediata eccezione fatta per il caso di perdita della qualità di socio per esclusione che sarà efficace inutilmente decorso il termine di impugnazione dell'esclusione innanzi al Collegio dei Revisori dei Conti o dalla data della pronuncia dello stesso organo sull'impugnazione del provvedimento di esclusione. Nel caso di cessazione della maggioranza dei componenti del Direttivo Nazionale decade l'intero Direttivo Nazionale e dovrà essere convocata, nel più breve tempo possibile, l'Assemblea Nazionale per la nomina del nuovo Direttivo Nazionale. Il Direttivo Nazionale uscente resta in carica fino all'insediamento del nuovo Direttivo Nazionale e, nel frattempo, potrà compiere soltanto atti di ordinaria amministrazione. La stessa disposizione si applica nel caso di cessazione per scadenza"*. Infine, si rende necessario modificare l'art. 24 dello statuto rendendo più chiara la distinzione tra quorum costitutivo e quorum deliberativo necessari per l'approvazione delle modifiche statutarie. Precisa il Presidente che i quorum rimangono invariati. Ricorda il Presidente che il nuovo statuto è stato direttamente concordato con il competente Ufficio della Prefettura di Bologna che ha dato rassicurazioni sul fatto che se questo statuto verrà approvato dall'odierna Assemblea e rimarrà invariata la consistenza patrimo-

niale dell'Associazione accoglierà l'istanza di riconoscimento.

Il Presidente si sofferma rapidamente sulle altre modifiche formali. Passando alla trattazione del secondo punto all'ordine del giorno, il Presidente spiega che, qualora venisse approvata la proposta di adozione del nuovo statuto, si renderebbe conseguentemente necessario adeguare anche il testo del vigente regolamento. Spiega il Presidente che le proposte modifiche consistono, per lo più, nell'adeguamento dei riferimenti tra lo statuto e il regolamento. Il Presidente espone rapidamente il nuovo testo del regolamento licenziato dal Direttivo Nazionale. In particolare, all'art. 7 del regolamento verrebbe precisato, come previsto dall'art. 7 dello statuto, che *“Le quote associative sono versate direttamente alla Tesoreria Nazionale mediante bonifico su conto corrente intestato all'Associazione”*.

Come previsto dall'art. 10.2. dello statuto, verrebbe riscritto l'art. 9 del regolamento e disciplinato l'iter di approvazione del bilancio. Il nuovo testo dell'art. 9 del regolamento è lo stesso dell'art. 10.2. dello statuto già proposto. Ricorda il Presidente che in nessun caso la disciplina regolamentare può derogare a quella statutaria potendo soltanto integrarla. Passando alla trattazione del terzo e ultimo punto all'ordine del giorno il Presidente illustra all'Assemblea il testo del codice etico licenziato dal Direttivo Nazionale. Rappresenta un insieme di principi e linee di comportamento ispirate alla correttezza delle azioni, alla trasparenza delle procedure, alla responsabilità dei comportamenti, alla solidarietà tra gli iscritti, alla valorizzazione della professione e del ruolo, all'indipendenza nei rapporti con i terzi e nella produzione scientifica, alla tutela degli iscritti e alla legalità della condotta.

Si propone di regolamentare “eticamente” i rapporti tra gli iscritti

e tra l'Associazione e i propri interlocutori. Rappresenta a tutti gli effetti uno strumento metagiuridico che si propone di orientare i comportamenti dei singoli iscritti, certificando l'adesione dell'Associazione e dei suoi iscritti all'insieme dei valori etici costituenti la finalità dell'Associazione.

L'adesione all'Associazione implica l'osservanza dello statuto e comporterebbe anche l'accettazione e la piena adesione al codice etico oggi proposto. Pertanto, con l'approvazione del codice etico ciascun iscritto dovrà conoscerlo e applicarlo. Con l'adozione di questo codice l'Associazione manifesterebbe la propria volontà di ispirare i propri comportamenti non soltanto al rispetto delle leggi e dello statuto, ma anche al rispetto dei principi morali, tanto più che la nostra Associazione, tra le più antiche associazioni mediche, è consapevole di operare in un ambito delicato, qual è quello sanitario, e di contribuire al bene primario della salute dei cittadini, al miglioramento del sistema sanitario e all'adozione di *best practice* in campo medico.

Questo codice etico sarebbe l'elemento catalizzatore della condizione morale degli iscritti e testimonierebbe dello sforzo di dar corpo alla dimensione etica della professione. Il Presidente mette ai voti le proposte per alzata di mano. L'Assemblea, dopo accurata discussione, con il voto unanime degli aventi diritto, secondo l'accertamento fattone dal Presidente,

DELIBERA:

1) di approvare tutte le modifiche statutarie proposte dal Presidente e, più in generale, di approvare il nuovo statuto nel testo licenziato dalla Prefettura di Bologna. Di approvare altresì, allo scopo di non intaccare la consistenza del patrimonio fin tanto che l'Associazione non avrà ottenuto il riconoscimento della personalità giuridica e comunque fin quando il Direttivo Nazionale

lo riterrà opportuno, di bloccare tutti i rimborsi di cui all'art. 7 dello statuto. Il Presidente mi consegna il testo dello statuto aggiornato con le deliberate modifiche, composto di 28 (ventotto) articoli e che si allega al presente atto sotto la lettera “A”; 2) di approvare tutte le modifiche al regolamento proposte dal Presidente e, più in generale, di approvare il nuovo regolamento nel testo licenziato dal Direttivo Nazionale. Il Presidente mi consegna il testo del regolamento aggiornato con le deliberate modifiche, composto di 31 (trentuno) articoli e che si allega al presente atto sotto la lettera “B”; 3) di approvare il codice etico illustrato dal Presidente e, più in generale, di approvare il codice etico nel testo licenziato dal Direttivo Nazionale. Il Presidente mi consegna il testo del codice etico, composto di 7 (sette) articoli e che si allega al presente atto sotto la lettera “C”; 4) di dare mandato al Direttivo Nazionale e, per esso, al Presidente Nazionale, di porre in essere tutti gli adempimenti inerenti e conseguenti alle deliberazioni assunte e, in special modo, di portare a termine l'istanza di riconoscimento della personalità giuridica dell'Associazione. Null'altro essendovi da deliberare, e nessuno più chiedendo la parola, il Presidente dichiara chiusa la presente assemblea essendo le ore 18 e 45 minuti. Le spese del presente atto, e ogni altra inerente e conseguente, sono a carico dell'Associazione. Ho omesso la lettura degli allegati per espressa dispensa avutane dal comparente. E richiesto io notaro ho letto al comparente, che lo approva e lo sottoscrive alle ore 18 e 50 minuti, quest'atto, scritto in parte a macchina da me notaro e completato di mia mano su tre fogli per undici pagine e sin qui della dodicesima.

F.to **Gianfranco Finzi**

F.to **Roberto Moscatiello Notaro**

# STATUTO della ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE

## **Capo I - Delle denominazione, sede, durata e scopo**

- Art. 1 - Denominazione, sede e durata
- Art. 2 - Scopo
- Art. 3 - Struttura

## **Capo II - Dei soci**

- Art. 4 - Soci
- Art. 5 - Ammissione dei soci
- Art. 6 - Limitazioni all'accesso alle cariche sociali
- Art. 7 - Quota associativa
- Art. 8 - Morte, decadenza, recesso ed esclusione

## **Capo III - Del patrimonio**

- Art. 9 - Patrimonio
- Art. 10 - Esercizio sociale

## **Capo IV - Degli organi**

- Art. 11 - Organi sociali

## **Capo V - Della struttura a livello regionale**

- Art. 12 - Assemblee delle Sedi Regionali, Interregionali e delle Province autonome

## **Capo VI - Della struttura a livello nazionale**

- Art. 13 - Assemblea Nazionale
- Art. 14 - Direttivo Nazionale
- Art. 15 - Presidente Nazionale
- Art. 16 - Vice Presidenti
- Art. 17 - Consiglio Nazionale
- Art. 18 - Segretari Generali
- Art. 19 - Collegio dei Revisori dei Conti
- Art. 20 - Tesoriere Nazionale
- Art. 21 - Rappresentante della Direzione della Qualità
- Art. 22 - Segretario del Direttivo Nazionale
- Art. 23 - Modalità delle elezioni
- Art. 24 - Modifiche statutarie

## **Capo VII - Dello scioglimento**

- Art. 25 - Scioglimento e devoluzione del patrimonio

## **Capo VIII - Delle norme di chiusura**

- Art. 26 - Libri sociali

- Art. 27 - Delega al Direttivo Nazionale

- Art. 28 - Rinvio

## **Capo I - Delle denominazione, sede, durata e scopo**

### **Art. 1 - Denominazione, sede e durata**

1. E' costituita un'associazione senza scopo di lucro sotto la denominazione "**ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE**" (in sigla "A.N.M.D.O."), con sede in comune di Bologna (BO), via Dell'Indipendenza n. 54, codice fiscale 90003900280 e partita I.V.A. 02678321205.

L'Associazione è costituita a tempo indeterminato e potrà essere sciolta con deliberazione dell'Assemblea Nazionale.

### **Art. 2 - Scopo**

1. L'Associazione ha finalità scientifiche e di tutela legale e sindacale.

2. Le finalità scientifiche sono le seguenti:

- a) contribuire in maniera determinante al miglioramento continuo dell'organizzazione ospedaliera e di sanità pubblica sotto il profilo della programmazione, organizzazione e gestione aziendale, dell'organizzazione igienico - sanitaria e delle tecniche assistenziali e del *management* sanitario;
- b) promuovere, per mezzo di corsi di perfezionamento, di corsi di formazione manageriale ai sensi delle vigenti normative, di viaggi e convegni di studio, la migliore formazione tecnica e professionale dei medici di cui al successivo art. 4;
- c) collaborare con l'Autorità sanitaria anche ai fini dell'aggiornamento delle disposizioni vigenti in materia ospedaliera e di sanità pubblica;
- d) indire manifestazioni culturali specifiche anche nell'interesse di tutti i professionisti che operano in sanità;
- e) avvalorare la funzione direttiva e manageriale tutelandone il prestigio a tutti gli effetti;
- f) promuovere scambi culturali con Associazioni estere similari;
- g) impegnarsi nel campo della formazione conti-

nua in sanità, organizzando programmi ed eventi educazionali per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) dei professionisti (soci o non soci) della sanità in Italia ottenendo, all'uopo, l'accreditamento istituzionale di *provider* ECM presso le competenti Autorità.

**3.** Le finalità di tutela legale e sindacale sono le seguenti:

a) rappresentanza sindacale dei medici dell'area igienico - organizzativa e di *management* sanitario, di prevenzione e dei servizi territoriali, delle aziende sanitarie pubbliche e tutela del loro ruolo. Ai fini dell'art. 6 del CCNQ integrativo del 24 settembre 2007, l'attività sindacale svolta a favore degli iscritti che intrattengono rapporti di lavoro con le pubbliche amministrazioni del Comparto sanità, è attribuita in via esclusiva all'Associazione sindacale "ANPO - ASCOTI - FIALS MEDICI", a favore della quale vengono fin d'ora trasferite le deleghe ad oggi rilasciate dei singoli associati e cui nel futuro le deleghe verranno alla stessa direttamente confermate dagli iscritti, secondo le modalità di cui al regolamento dell'Associazione sindacale "ANPO - ASCOTI - FIALS MEDICI";

b) rappresentanza sindacale dei medici dell'area igienico - organizzativa e di *management* sanitario, di prevenzione e dei servizi territoriali, delle aziende sanitarie private e tutela del loro ruolo;

c) offrire consulenza e assistenza legale strumentale a quella di tutela sindacale;

d) offrire tutela legale e giudiziale per realizzare il più elevato grado di difesa dei diritti della categoria rappresentata.

**4.** Per l'esercizio della propria attività l'Associazione potrà avvalersi dell'opera dei soci, di coloro (soci o non soci) che offriranno in modo volontario la loro collaborazione, dei propri dipendenti e di consulenti. L'Associazione potrà anche avvalersi di appositi gruppi di lavoro e/o tecnici e/o di studio strutturati e organizzati secondo necessità. Tali organismi extra - statutari (siano essi strutturati in forma collegiale predefinita o aperta, con cariche e funzioni paritarie o verticistiche) dovranno operare in base alle indicazioni del Direttivo Nazionale che ne nominerà i componenti i quali dovranno rendicontare della propria attività e risponderne al Direttivo Nazionale stesso. Ogni funzione, compito o carica negli organismi extra - statutari può essere esclusivamente ricoperta da associati e s'intende gratuita, salva la disciplina di cui al successivo art. 11.3.

### Art. 3 - Struttura

**1.** L'Associazione è articolata in una Sezione per la tutela legale e sindacale e in una Sezione scientifica.

## Capo II - Dei soci

### Art. 4 - Soci

**1.** Possono essere iscritti ad entrambe le sezioni i seguenti "**Soci ordinari**":

a) i medici dipendenti e/o a contratto, anche libero professionale, in servizio nelle Direzioni Sanitarie e Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero delle Aziende Ospedaliere, dei Policlinici Universitari, degli Ospedali pubblici presidi delle Aziende U.S.L., degli I.R.C.C.S. pubblici e privati, degli Ospedali classificati convenzionati, degli Istituti Ospedalieri di Diritto Privato (Case di Cura), nonché di altre strutture di ricovero e cura comunque denominate;

b) i Direttori Sanitari a contratto delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende U.S.L., dei Policlinici Universitari, degli I.R.C.C.S. pubblici o privati, degli Ospedali pubblici presidi delle aziende U.S.L., degli Ospedali classificati convenzionati e degli Istituti Ospedalieri di Diritto Privato (Case di Cura), nonché di altre strutture di ricovero e cura comunque denominate;

c) i medici addetti all'organizzazione dei servizi territoriali e dei distretti socio - sanitari e i medici dei Dipartimenti di Sanità Pubblica/Prevenzione, sia dipendenti, sia a contratto quinquennale, sia a contratto libero professionale;

d) i medici specialisti in Igiene e Medicina Preventiva o disciplina equipollente non strutturati, con frequenza continuativa e documentata presso le Direzioni Sanitarie di cui alle precedenti lett. a) e b) ovvero presso i distretti socio - sanitari e i Dipartimenti di Sanità Pubblica/Prevenzione di cui alla precedente lett. c);

e) i medici igienisti che svolgono funzioni di Direttori Generali di Aziende Ospedaliere e di Aziende U.S.L., i medici di Sanità Pubblica addetti a servizi di programmazione e organizzazione delle Regioni e delle Province autonome, dei Ministeri e delle Agenzie Sanitarie regionali e delle Istituzioni sanitarie nazionali già appartenenti alle carriere di sanità pubblica;

f) i medici in pensione già appartenenti ad almeno una delle categorie di cui ai precedenti punti a), b), c) ed e);

g) i professori e i ricercatori universitari di igiene laureati in medicina e chirurgia;

h) i medici specialisti in Igiene e Medicina Preventiva o disciplina equipollente non strutturati, che svolgono attività libero professionale in campo igienistico e del *management* sanitario.

**2.** Possono essere "**Soci di sezione**":

a) coloro i quali, pur appartenendo ad una delle categorie di cui al precedente comma 1, all'atto dell'adesione all'Associazione chiedono l'iscrizione ad una soltanto delle Sezioni;

b) i medici specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva o disciplina equipollente che frequentino anche le Direzioni Sanitarie o i distretti socio - sanitari, i Dipartimenti di Sanità Pubblica/Prevenzione, i quali possono chiedere l'iscrizione alla sola Sezione scientifica.

Poichè gli Organi amministrativi e di controllo dell'Associazione devono essere rappresentativi dell'intera base associativa, ai soci di sezione è precluso l'accesso alle cariche e alle funzioni amministrative e rappresentative dell'Associazione (e, se eletti, decadono automaticamente) ed è altresì precluso il diritto di voto nelle materie estranee alla Sezione di appartenenza.

**3. Sono "Soci onorari"** coloro che per particolari meriti, per specifica competenza o per il forte contributo espresso a sostegno dell'attività dell'Associazione vengono nominati dal Direttivo Nazionale. I soci onorari hanno gli stessi diritti e doveri dei soci ordinari.

**4. Sono "Soci istituzionali"** le istituzioni e le organizzazioni governative, regionali e nazionali che operano o interagiscono nel campo sanitario.

**5. Sono "Soci sostenitori":**

a) gli Enti privati (associazioni, fondazioni e comitati) locali e nazionali che perseguono finalità analoghe a quelle dell'Associazione;

b) gli Studi di liberi professionisti che perseguono finalità analoghe a quelle dell'Associazione;

c) le imprese che contribuiscono all'Attività dell'Associazione;

d) le persone fisiche che contribuiscono all'attività dell'Associazione.

I soci istituzionali e i soci sostenitori se Enti di natura collettiva pubblici o privati (dotati di soggettività o personalità giuridica) partecipano all'Associazione tramite il loro legale rappresentante *pro tempore* ovvero un loro delegato all'uopo nominato. Ai fini di garantire la piena autonomia avverso influenze esterne nelle scelte di politica amministrativa dell'Associazione, ai soci istituzionali e ai soci sostenitori è precluso l'accesso alle cariche e alle funzioni amministrative e rappresentative dell'Associazione (e, se eletti, decadono automaticamente) ed è altresì precluso il diritto di voto.

#### **Art. 5 - Ammissione dei soci**

**1.** L'ammissione dei soci è deliberata dal Direttivo Nazionale su proposta del Presidente della singola Sezione Regionale, Interregionale o delle Province autonome. In caso di mancato accoglimento il Direttivo Nazionale non è tenuto a rendere nota la motivazio-

ne. Al momento dell'ammissione il socio è tenuto al pagamento della quota associativa.

Dal momento in cui viene associato, l'aderente si obbliga al rispetto dello Statuto, delle norme e dei regolamenti dell'Associazione, e si fa carico di promuovere la sempre maggiore diffusione degli obiettivi che l'Associazione stessa si prefigge.

**2.** Coloro i quali non avranno presentato la loro richiesta di recesso dall'Associazione entro il 31 (trentuno) dicembre di ogni anno saranno considerati soci anche per l'anno successivo e obbligati al pagamento della quota associativa.

#### **Art. 6 - Limitazioni all'accesso alle cariche sociali**

**1.** Non possono rivestire qualsivoglia carica o funzione all'interno dell'Associazione o degli organismi extra - statutari di cui all'art. 2, comma 4 e, se eletti, decadono automaticamente, coloro verso i quali sia stata pronunciata dichiarazione di fallimento o comunque di insolvenza, ovvero la condanna, anche se soggetta ad impugnazione, pronunciata da giurisdizione italiana o estera per reati contro la fede pubblica, il patrimonio o comunque infamanti.

#### **Art. 7 - Quota associativa**

**1.** Il Direttivo Nazionale stabilisce annualmente con propria delibera le quote di iscrizione associative comprensive di abbonamento alle riviste "L'ospedale" e "A.N.M.D.O. News" distinguendo le tipologie dovute per sezioni e per categoria di associato.

Le quote associative sono versate direttamente alla Tesoreria Nazionale mediante bonifico su conto corrente intestato all'Associazione.

Le Sedi Regionali, Interregionali e delle Province Autonome non sono dotate di autonomia finanziaria e patrimoniale. Le spese di gestione anticipate dalle singole Sedi Regionali, Interregionali e delle Province Autonome saranno rimborsate - dietro esibizione di regolare fattura intestata all'Associazione - con il fondo di gestione dell'Associazione stessa nella misura massima del 20% (venti per cento) delle quote associative riferibili a quella singola Sede Regionale, Interregionale o della Provincia Autonoma cui è imputabile la spesa. Le spese eccedenti il limite predetto e quelle non regolarmente fatturate non sono imputabili all'Associazione e resteranno a carico di coloro i quali le avranno anticipate.

#### **Art. 8 - Morte, decadenza, recesso ed esclusione**

**1.** La qualità di socio si perde per morte, decadenza, recesso ed esclusione.

2. Decadono dalla qualità di soci coloro che non siano in regola con il versamento delle quote associative e che non abbiano provveduto a regolarizzare la propria posizione entro 30 (trenta) giorni dall'invito espresso in forma scritta in tal senso loro inviato con qualunque mezzo dall'Associazione. Spirato inutilmente l'indicato termine, il socio s'intenderà automaticamente decaduto senza necessità di alcun provvedimento o ulteriore comunicazione.

3. Il Direttivo Nazionale può escludere il socio che abbia perso i requisiti di cui agli articoli precedenti, che abbia tenuto un comportamento in contrasto con gli scopi perseguiti dall'Associazione o che si sia dimostrato indegno di farne parte.

Sono esclusi di diritto, e il Direttivo Nazionale si limita a prendere atto dell'esclusione, quei soci che, per effetto di provvedimenti definitivi pronunciati nell'ambito della giurisdizione italiana e/o di giurisdizioni estere, siano stati dichiarati falliti o comunque insolventi, ovvero siano stati condannati per reati contro la fede pubblica, contro il patrimonio o comunque per reati infamanti.

Il provvedimento di esclusione deve essere comunicato mediante lettera raccomandata A/R al socio escluso il quale, entro 30 (trenta) giorni, può impugnare motivatamente il provvedimento dinanzi al Collegio dei Revisori dei Conti con ricorso diretto al Presidente Nazionale. Il Collegio dei Revisori dei Conti decide sul ricorso alla prima riunione utile dandone notizia all'interessato.

4. Ogni socio può recedere in qualsiasi momento dall'Associazione mediante comunicazione a mezzo lettera raccomandata A/R diretta al Presidente Nazionale, salva la limitazione temporale di cui al precedente art. 5.2. È espressamente esclusa la temporaneità della partecipazione alla vita associativa.

5. La qualità di socio e la relativa quota associativa non sono trasmissibili né *inter vivos* né *mortis causa*, né possono essere oggetto di rivalutazione monetaria.

6. La perdita della qualità di socio comporta quella del diritto a valersi dei servizi dell'Associazione. Qualora la perdita intervenga nel corso di un esercizio sociale i soci decaduti, esclusi o receduti, o i successori del socio defunto, non hanno diritto alla restituzione parziale della quota associativa eventualmente versata e riferentesi all'esercizio in corso. Il socio che perde tale qualità non ha diritto alcuno sul patrimonio dell'Associazione.

### Capo III - Del patrimonio

#### Art. 9 - Patrimonio

1. Il patrimonio dell'Associazione si compone di un fondo patrimoniale e di un fondo di gestione.

2. Il fondo patrimoniale è di euro 50.000,00 (cinquantamila). Esso è costituito dalle entrate straordinarie dell'Associazione quali:

- a) i conferimenti iniziali disposti dai soci;
- b) i beni immobili che diverranno di proprietà dell'Associazione;
- c) eventuali lasciti, donazioni, elargizioni, disposti a favore dell'Associazione;
- d) ogni altra entrata destinata ad incrementarlo.

3. Il fondo di gestione è attualmente di euro 30.000,00 (trentamila). Esso è costituito dalle entrate ordinarie dell'Associazione quali:

- a) il reddito del fondo patrimoniale;
- b) utili, avanzi di gestione, fondi e riserve accantonati dall'Associazione;
- c) il ricavato dell'organizzazione di manifestazioni, congressi, convegni e, più in generale, i proventi dell'attività dell'Associazione;
- d) le quote associative;
- e) qualsiasi altra entrata economico - finanziaria.

4. È fatto divieto di distribuire, anche in modo indiretto, utili o avanzi di gestione, nonché fondi, riserve o capitale durante la vita dell'Associazione, salvo che la destinazione o la distribuzione non siano imposte dalla legge.

#### Art. 10 - Esercizio sociale

1. L'esercizio sociale e finanziario corrisponde all'anno solare. Il primo esercizio si chiuderà al 31 (trentuno) dicembre dell'anno corrente.

2. Il bilancio di esercizio è predisposto dal Tesoriere Nazionale e, corredato delle osservazioni del Collegio dei Revisori dei Conti, viene presentato per l'approvazione al Direttivo Nazionale. Il Direttivo Nazionale lo presenta poi all'Assemblea Nazionale. Il bilancio dovrà essere sottoposto ad una procedura di revisione contabile volontaria da parte di professionista iscritto al Registro dei Revisori Legali dei Conti.

La procedura di approvazione deve essere terminata entro 6 (sei) mesi dalla chiusura dell'esercizio sociale di riferimento.

## **Capo IV - Degli organi**

### **Art. 11 - Organi sociali**

1. L'Associazione è articolata in Sedi Regionali, Interregionali e delle Province autonome.

2. Sono organi dell'Associazione:

- a) le Assemblee istituite presso le Sedi Regionali, Interregionali e delle Province autonome;
- b) l'Assemblea Nazionale;
- c) il Direttivo Nazionale;
- d) il Presidente Nazionale;
- e) i Vice Presidenti;
- f) il Consiglio Nazionale;
- g) il Segretario Generale per la sezione scientifica;
- h) il Segretario Generale per la sezione di tutela legale e sindacale;
- i) il Collegio dei Revisori dei Conti;
- j) il Rappresentante per la Direzione della Qualità;
- k) il Tesoriere Nazionale;
- l) il Segretario del Direttivo Nazionale.

3. Nessuna carica sociale è retribuita. Il Direttivo Nazionale potrà deliberare la corresponsione di un contributo in forma di rimborso delle spese sostenute ai singoli componenti degli organi sociali e agli associati formalmente incaricati di svolgere attività in nome e per conto dell'Associazione.

## **Capo V - Della struttura a livello regionale**

### **Art. 12 - Assemblee delle Sedi Regionali, Interregionali e delle Province autonome**

1. Presso ciascuna Sede Regionale, Interregionale o di Provincia autonoma è istituita la rispettiva Assemblea Regionale, Interregionale o della Provincia autonoma che comprende tutti gli iscritti all'Associazione presso la Regione o la Provincia autonoma.

2. Ogni Assemblea Regionale, Interregionale e/o della Provincia Autonoma nomina con elezioni da svolgersi entro i 3 (tre) mesi successivi alla data dell'Assemblea Nazionale Elettiva:

- a) il Presidente della Sede Regionale, Interregionale o della Provincia autonoma, membro di diritto del Consiglio Nazionale, cui compete la legale rappresentanza per l'attuazione delle decisioni adottate dal Direttivo Regionale compete;
- b) il Segretario Regionale per la sezione scientifica e il Segretario Regionale per la sezione di tutela legale e sindacale;
- c) il Segretario Tesoriere Regionale il quale ha l'obbligo

di elaborare le risultanze contabili regionali;

- d) un numero di delegati per il Consiglio Nazionale pari al numero complessivo degli iscritti ad entrambe le sezioni diviso quindici (i decimali vanno arrotondati al numero superiore) che svolgano anche la funzione di consiglieri regionali.

3. La Sede Regionale, Interregionale o di Provincia autonoma inoltrerà al Presidente Nazionale il proprio regolamento che potrà prevedere un'articolazione, in tutto o in parte, simile all'articolazione nazionale in rapporto al numero degli iscritti. Svolge in ambito regionale i compiti istituzionali dell'Associazione nei limiti e nel rispetto delle strategie generali, promuovendo anche iniziative culturali e scientifiche.

4. Il Direttivo Nazionale esercita il controllo e la vigilanza sull'amministrazione delle Sedi Regionali, Interregionali e delle Province autonome e, in particolare:

- a) provvede alla rimozione del Presidente, dei Segretari e del Tesoriere Regionali, Interregionali e delle Province autonome qualora non agiscano in conformità allo statuto e allo scopo dell'Associazione, alla legge o, comunque, rilevi gravi irregolarità nell'adempimento delle rispettive funzioni. In tal caso, fin quando l'Assemblea locale non avrà provveduto alla loro sostituzione, il Direttivo Nazionale provvede alla nomina di un commissario straordinario previo parere del Collegio dei Revisori dei Conti;
- b) annulla con provvedimento definitivo gli atti e le deliberazioni degli organi a livello regionale contrari a norme imperative, allo statuto, all'ordine pubblico o al buon costume, sentito il parere del Collegio dei Revisori dei Conti e dell'organo locale che quell'atto o quella deliberazione ha posto in essere. L'annullamento della deliberazione non pregiudica i diritti acquistati dai terzi di buona fede in base ad atti compiuti in esecuzione della deliberazione medesima. Le azioni contro gli amministratori e i rappresentanti a livello regionale per fatti riguardanti la loro responsabilità sono deliberate dal Direttivo Nazionale e sono esercitate dal Presidente Nazionale.

## **Capo VI - Della struttura a livello nazionale**

### **Art. 13 - Assemblea Nazionale**

1. L'Assemblea Nazionale è composta da tutti gli iscritti all'Associazione in regola con il versamento della quota associativa. Ogni socio ha diritto ad un voto. L'Assemblea Nazionale è Ordinaria o Elettiva. L'Assemblea Nazionale Ordinaria si riunisce una volta ogni anno in occasione del Congresso Nazionale per

approvare le linee e gli indirizzi generali dell'Associazione.

L'Assemblea Nazionale Elettiva si riunisce una volta ogni 4 (quattro) anni in occasione del Congresso Nazionale per eleggere le cariche sociali.

**2.** In occasione dell'Assemblea Nazionale Elettiva:

a) i soci dell'A.N.M.D.O. iscritti alle singole sezioni eleggono nel loro ambito il Segretario Generale della sezione che fa parte di diritto del Direttivo Nazionale;

b) i soci dell'A.N.M.D.O. iscritti ad entrambe le sezioni eleggono nel loro ambito 21 (ventuno) membri che entrano a far parte del Direttivo Nazionale.

**3.** L'Assemblea Nazionale è convocata dal Presidente Nazionale a mezzo *e-mail*, *fax* o lettera raccomandata A/R inviati almeno 15 (quindici) giorni prima di quello fissato per l'adunanza, salvo necessità di convocazione urgente che non potrà comunque avere un preavviso inferiore a 3 (tre) giorni. L'avviso di convocazione dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'adunanza, oltre l'ordine del giorno stabiliti dal Direttivo Nazionale.

**4.** Quanto alle modalità di esercizio del voto viene fatto riferimento al successivo art. 23.

Ciascun socio che abbia diritto al voto può disporre di un massimo di 3 (tre) deleghe di soci iscritti all'A.N.M.D.O. e in regola con il versamento della quota associativa, fermo restando che solo i soci iscritti ad entrambe le sezioni possono votare per l'elezione dei 21 (ventuno) membri che andranno a comporre il Direttivo Nazionale e che le deleghe in loro possesso dovranno riferirsi a soci anch'essi iscritti ad entrambe le sezioni.

I soci iscritti ad una sola sezione potranno votare esclusivamente per l'elezione del Segretario Generale di quella sezione e per stabilire linee e indirizzi generali dell'Associazione avvalendosi eventualmente di deleghe di soci iscritti alla sezione stessa.

**5.** L'Assemblea Nazionale in prima convocazione è validamente costituita con la presenza di almeno 2/3 (due terzi) degli iscritti, deleghe comprese. In seconda convocazione, che potrà avere luogo nello stesso giorno dopo almeno un'ora dalla prima, l'Assemblea Nazionale è validamente costituita qualunque sia il numero dei presenti. Le deliberazioni, sia in prima sia in seconda convocazione, sono adottate a maggioranza dei presenti.

Sono fatte salve le diverse e più elevate maggioranze richieste dalla legge o dal presente Statuto.

**6.** L'Assemblea Nazionale ha le seguenti attribuzioni:

a) fissare le linee e gli indirizzi generali dell'Associazione;

b) deliberare in merito alle eventuali proposte di modifica dello statuto;

c) eleggere il Direttivo Nazionale e i Segretari Generali di Sezione;

d) nominare i membri del Collegio dei Revisori dei Conti.

#### **Art. 14 - Direttivo Nazionale**

**1.** Il Direttivo Nazionale è composto da un massimo di 24 (ventiquattro) membri e, segnatamente:

a) i 21 (ventuno) membri eletti dall'Assemblea Nazionale come da precedente art. 13;

b) i 2 (due) Segretari Generali per la sezione sindacale e per la sezione scientifica come da precedente art. 13;

c) il Presidente ultimo scaduto.

**2.** Il Direttivo Nazionale è l'organo amministrativo dell'Associazione. È investito dei più ampi poteri di amministrazione ordinaria e straordinaria dell'Associazione senza limitazione alcuna e, in particolare:

a) elegge tra i suoi membri il Presidente Nazionale;

b) elegge tra i suoi membri i Vice Presidenti, il Segretario del Direttivo Nazionale, il Tesoriere Nazionale e il Rappresentante per la qualità;

c) delibera sulla data e sul luogo di convocazione dell'Assemblea Nazionale e approva il relativo ordine del giorno;

d) decide sull'ammissione, decadenza ed esclusione dei soci;

e) stabilisce annualmente le quote di iscrizione;

f) designa colleghi a rappresentare l'Associazione nelle Commissioni Ministeriali, in quelle di altre Associazioni ed Enti, quali relatori in congressi, convegni, seminari;

g) costituisce nel suo insieme il Comitato di direzione rivista delle riviste "L'ospedale" e "A.N.M.D.O. News" e provvede alla designazione del Comitato scientifico e del Comitato di redazione su proposta del Presidente e del Segretario scientifico nazionale;

h) presenta all'Assemblea per la relativa approvazione il bilancio annualmente predisposto dal Tesoriere Nazionale con le osservazioni del Collegio dei Revisori dei Conti;

i) delibera in merito ad eventuali revisioni dell'attribuzione delle attività sindacali;

j) nomina, su proposta del Presidente Nazionale, determinandone la durata in carica, il Comitato scientifico e il Coordinatore che lo presiede, il Responsabile

Segreteria, il Responsabile Amministrativo, il Responsabile Informatico, il Responsabile Qualità per l'attività ECM e, comunque, tutti i responsabili e/o gli organi che dovessero essere richiesti dalla normativa e dai regolamenti di volta in volta vigenti in materia di attività ECM. Tutti i responsabili e/o gli organi preposti all'attività ECM sono organi extra-statutari. In deroga al disposto dell'art. 2, comma 4, i responsabili e/o gli organi ECM e, in generale, tutti i soggetti direttamente interessati all'attività ECM dell'Associazione, possono essere soci o non soci. Allo scopo di garantire l'assoluta indipendenza nell'organizzazione dell'attività ECM dell'Associazione, ed a pena di decadenza dalla carica rivestita, nessuno dei soggetti direttamente interessati all'attività ECM dell'Associazione può avere interessi commerciali diretti (in proprio) o indiretti (per il tramite del coniuge o dei parenti e degli affini fino al secondo grado) nell'ambito della Sanità.

**3.** Il Direttivo Nazionale è convocato dal Presidente Nazionale a mezzo *fax*, *e-mail* o lettera raccomandata A/R inviati almeno 15 (quindici) giorni prima di quello fissato per l'adunanza, salvo necessità di convocazione urgente che non potrà comunque avere un preavviso inferiore a 3 (tre) giorni. L'avviso di convocazione dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'adunanza, oltre l'ordine del giorno.

Il Direttivo Nazionale si riunisce almeno una volta ogni 3 (tre) mesi e, comunque, ogniqualvolta 1/3 (un terzo) dei suoi membri lo richieda.

Il Direttivo Nazionale è validamente costituito con la presenza della maggioranza dei suoi membri e delibera con il voto favorevole della maggioranza dei presenti. In caso di parità prevale il voto di chi presiede.

**4.** I componenti del Direttivo Nazionale restano in carica 4 (quattro) anni e possono essere rieletti.

#### **Art. 15 - Presidente Nazionale**

**1.** Il Presidente Nazionale:

- a) ha la rappresentanza morale dell'Associazione;
- b) ha la rappresentanza legale dell'Associazione di fronte ai terzi e in giudizio;
- c) è scelto tra i membri del Direttivo Nazionale che sono stati eletti dai soci iscritti da entrambe le sezioni sindacale e scientifica nel corso dell'Assemblea Nazionale Elettiva;
- d) è eletto con il voto favorevole della maggioranza assoluta dei membri del Direttivo Nazionale;
- e) predisporre la convocazione e presiede le riunioni dell'Assemblea Nazionale, del Consiglio Nazionale e del Direttivo Nazionale. In caso di temporanea impossibilità è sostituito dal Vice Presidente più anziano

per età;

f) sovrintende, insieme al Direttivo Nazionale, all'attività delle Segreterie Generali;

g) provvede a dare attuazione insieme al Direttivo Nazionale agli indirizzi generali approvati dall'Assemblea Nazionale;

h) è Direttore Editoriale della rivista "L'ospedale" e di "ANMDO News";

i) dura in carica 4 (quattro) anni e può essere rieletto;

j) ha la facoltà di nominare avvocati nelle liti attive e passive riguardanti l'Associazione davanti a qualsiasi Autorità Giudiziaria o Amministrativa ed a qualsiasi grado di giurisdizione, fermo restando che tali decisioni dovranno essere portate all'attenzione del Direttivo Nazionale per la ratifica;

k) ha facoltà di proposizione di interventi *ad adiuvandum* nei giudizi promossi dai singoli associati o da altro soggetto appartenente alla categoria rappresentata;

l) ha facoltà di agire e resistere in giudizio per tutelare e assistere la categoria rappresentata;

m) può delegare parte dei suoi poteri a membri del Direttivo Nazionale, a membri del Consiglio Nazionale o ai Presidenti Regionali, Interregionali o delle Province autonome e può nominare procuratori per singoli atti o categorie di atti.

#### **Art. 16 - Vice Presidenti**

**1.** Il Direttivo Nazionale elegge tra i suoi membri 3 (tre) Vice Presidenti che riferiranno al Direttivo Nazionale in merito alle Regioni e Province autonome di loro competenza. Ad un Vice Presidente viene conferita la delega per le attività organizzative, ad un Vice Presidente la delega per le attività di tutela legale e sindacale e ad un Vice Presidente la delega per le attività scientifiche. L'elezione a Vice Presidente avviene attraverso il conferimento delle indicate deleghe.

#### **Art. 17 - Consiglio Nazionale**

**1.** Il Consiglio Nazionale è composto da:

- a) i Presidenti delle Sedi Regionali e delle Province autonome;
- b) i membri del Direttivo Nazionale.

**2.** Il Consiglio Nazionale si riunisce in convocazione ordinaria almeno una volta all'anno o qualora metà dei suoi membri lo richieda al Presidente Nazionale oppure qualora lo ritenga opportuno il Direttivo Nazionale.

**3.** Il Consiglio Nazionale è convocato dal Presidente

Nazionale a mezzo *fax*, *e-mail* o lettera raccomandata A/R inviati almeno 15 (quindici) giorni prima di quello fissato per l'adunanza, salvo necessità di convocazione urgente che non potrà comunque avere un preavviso inferiore a 3 (tre) giorni. L'avviso di convocazione dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'adunanza, oltre l'ordine del giorno.

4. I componenti del Consiglio Nazionale restano in carica 4 (quattro) anni e possono essere rieletti.

5. Il Consiglio Nazionale è l'organo di raccordo tra gli organi periferici di cui al Capo V del presente statuto e gli organi nazionali di cui al Capo VI del presente statuto, delibera in ordine alla costituzione e allo scioglimento delle Sedi Regionali e ne approva i regolamenti.

#### **Art. 18 - Segretari Generali**

1. I Segretari Generali di sezione non possono essere eletti né alla carica di Presidente Nazionale, né a quelle di Vice Presidente per il periodo in cui rivestono tale carica.

2. I Segretari Generali di sezione si avvalgono ciascuno di una Segreteria generale. Ognuna delle due segreterie è composta da 6 (sei) membri, di cui 2 (due) scelti dal Direttivo Nazionale nel proprio ambito tra coloro che non sono né Presidente nazionale, né Vice Presidenti Nazionali, né, ovviamente, Segretari Generali. Gli altri 4 (quattro) membri di ognuna delle 2 (due) segreterie vengono scelti autonomamente da ciascun Segretario Generale per la segreteria di propria competenza, tra tutti i soci iscritti e proposti al Direttivo Nazionale per la ratifica.

Fanno parte di diritto della Segreteria scientifica nazionale il Presidente Nazionale, il Vice Presidente con delega per l'attività scientifica, il Vice Presidente con delega all'attività organizzativa e il Segretario del Direttivo nazionale. Fanno parte di diritto della Segreteria nazionale per la tutela legale e sindacale il Presidente Nazionale, il Vice Presidente con delega al riguardo, il Vice Presidente con delega all'attività organizzativa e il Segretario del Direttivo nazionale.

3. Ciascun Segretario Generale, avvalendosi della propria Segreteria, entro 60 (sessanta) giorni dalla nomina, dovrà predisporre un regolamento attuativo che dovrà essere sottoposto, per la ratifica, al Direttivo Nazionale.

4. Ciascun Segretario Generale cura, avvalendosi della propria segreteria, l'esecuzione delle decisioni adotta-

te dal Direttivo Nazionale.

5. Il Segretario Generale per le attività di tutela legale e sindacale ha la rappresentanza sindacale dell'Associazione per quanto non previsto dall'art. 2, comma 3 e cura i rapporti con l'Associazione sindacale "ANPO - ASCOTI - FIALS MEDICI".

#### **Art. 19 - Collegio dei Revisori dei Conti**

1. Il Collegio dei Revisori dei Conti è composto da 5 (cinque) membri nominati dall'Assemblea Nazionale e durano in carica 4 (quattro) anni. Il Collegio nella sua prima riunione elegge a maggioranza nel suo ambito il Presidente.

Al Collegio è affidato il compito di provvedere alle operazioni di verifica e di controllo previste dalla legge e, in particolare, di redigere le osservazioni al bilancio.

2. Al Collegio sono altresì affidate le funzioni tipiche del Collegio dei Probiviri di soluzione delle conflittualità all'interno dell'Associazione e così di prendere in esame le eventuali controversie tra i soci, tra gli organi sociali ed esprime il proprio parere su di esse come anche su qualsiasi fatto che gli venga sottoposto dal Direttivo Nazionale.

#### **Art. 20 - Tesoriere Nazionale**

1. Il Tesoriere Nazionale, su delega del Presidente Nazionale, dispone delle attività economiche e delle operazioni sui conti correnti dell'Associazione; è custode del patrimonio dell'Associazione, ne esige le rendite, esegue i pagamenti su ordine scritto del Presidente.

Il Tesoriere Nazionale è responsabile nei confronti dell'Associazione della regolare tenuta della contabilità e degli adempimenti di legge connessi all'attività economica dell'Associazione, rendiconta annualmente con propria relazione amministrativo - finanziaria sui bilanci consuntivi e preventivi per rassegnarli al Presidente Nazionale per l'illustrazione all'Assemblea Nazionale. A tal uopo, il Tesoriere Nazionale tiene il registro di entrata e di uscita che deve avere, tra l'altro, capitoli speciali intestati alle singole sedi regionali. È anche responsabile della tenuta dei libri sociali di cui alle lett. d) ed e) del successivo art. 26.

Il Tesoriere Nazionale realizza all'inizio di ogni anno la campagna per la raccolta delle iscrizioni coordinando i Tesorieri Regionali, riscuote le quote associative e sollecita i soci morosi.

Ogni tesoriere è responsabile degli adempimenti connessi in riferimento al tempo del mandato espletato, non essendo trasferibili responsabilità e oneri in occa-

sione di successione di cariche, mandati e/o gestioni diverse.

2. Ciascun Tesoriere Regionale, Interregionale e delle Province autonome ha l'obbligo dell'invio del rendiconto annuale al Tesoriere Nazionale entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento.

#### **Art. 21 - Rappresentante della Presidenza per la Qualità**

1. Il Rappresentante della Presidenza per la Qualità supporta il Presidente Nazionale nella gestione e nell'applicazione degli elementi del Sistema di Gestione per la Qualità, in particolare:

- a) garantisce la funzionalità degli strumenti a supporto della comunicazione e dell'informazione;
- b) partecipa alla preparazione della politica dell'Associazione e coordina la stesura della pianificazione degli obiettivi e dei relativi indicatori;
- c) supporta il Presidente Nazionale nella gestione dell'incontro di riesame della direzione, coadiuvandolo nella scelta degli indicatori;
- d) coordina la raccolta degli indicatori di riesame della direzione e prepara la matrice di riesame in collaborazione con le funzioni coinvolte;
- e) redige e distribuisce il verbale di riesame;
- f) coordina la gestione delle azioni correttive/preventive e di miglioramento dell'Associazione;
- g) coordina la preparazione della documentazione dell'Associazione;
- h) valuta il raggiungimento degli obiettivi ECM pre-determinati.

#### **Art. 22 - Segretario del Direttivo Nazionale**

1. Il Segretario predispone gli ordini del giorno su indicazione del Presidente ed è responsabile dell'esecuzione delle delibere dell'Assemblea Nazionale, del Direttivo Nazionale e del Consiglio Nazionale. Redige i verbali delle varie riunioni, assiste il Presidente nel disbrigo delle pratiche generali dell'Associazione e tiene la corrispondenza. È anche responsabile della tenuta dei libri sociali di cui alle lett. a), b) e c) del successivo art. 26.

#### **Art. 23 - Modalità delle elezioni**

1. L'elezione dei 21 (ventuno) componenti il Direttivo Nazionale espressi dall'Assemblea Nazionale e dei membri del Collegio dei Revisori dei Conti avviene mediante la presentazione di una o più liste chiuse ciascuna sottoscritta da almeno 40 (quaranta) iscritti e depositata presso la segreteria dell'Associazione

almeno 60 (sessanta) giorni prima delle operazioni di voto.

Ciascuna lista deve essere corredata da un documento programmatico quadriennale recante l'indicazione degli obiettivi che s'intendono perseguire e delle generalità dei soci che s'intende proporre per rivestire le cariche di Presidente Nazionale e di Segretari Generali.

Nessun socio può essere candidato in più di una lista.

2. L'elezione avviene, predisposto il seggio elettorale, tramite votazione delle liste chiuse, composte, presentate e depositate secondo le predette modalità e votate per scrutinio palese, risultando eletti i componenti individuati dalla lista che raccoglie il maggior numero di voti.

Ogni altra votazione nell'ambito dell'Associazione Nazionale e del Consiglio Nazionale avviene attraverso voto palese.

3. Il seggio elettorale in via ordinaria è costituito nella sede dell'Assemblea Nazionale ed è composto da 3 (tre) persone designate dal Presidente Nazionale che dovranno sovrintendere e garantire il regolare espletamento delle operazioni preliminari al voto, della votazione e del successivo scrutinio.

Ai componenti il seggio elettorale è riservata la ratifica di eventuali nomine per acclamazione espresse dall'Assemblea Nazionale.

4. In caso di cessazione dalla carica dei componenti del Direttivo Nazionale (dimissioni, revoca, decadenza, perdita della qualità di socio, scadenza o altra causa):

a) fino a un massimo di 5 (cinque) componenti il Direttivo Nazionale provvederà alla loro cooptazione nel rispetto della rappresentatività regionale e delle province autonome. I componenti così nominati resteranno in carica fino alla successiva Assemblea Nazionale Elettiva;

b) oltre i 5 (cinque) componenti dovrà essere convocata, nel più breve tempo possibile, l'Assemblea Nazionale per la loro sostituzione. I componenti così nominati resteranno in carica fino alla scadenza del Direttivo Nazionale del quale entrano a far parte.

La cessazione per dimissioni (o rinuncia) deve essere comunicata a mezzo lettera raccomandata A/R al Direttivo Nazionale ed è efficace dalla data di ricevimento della comunicazione (farà fede il timbro postale). La cessazione per revoca ha efficacia immediata dalla data della relativa Assemblea Nazionale.

La cessazione per decadenza ha efficacia immediata. La cessazione per perdita della qualità di socio ha ef-

ficacia immediata eccezione fatta per il caso di perdita della qualità di socio per esclusione che sarà efficace inutilmente decorso il termine di impugnazione dell'esclusione innanzi al Collegio dei Revisori dei Conti o dalla data della pronuncia dello stesso organo sull'impugnazione del provvedimento di esclusione. Nel caso di cessazione della maggioranza dei componenti del Direttivo Nazionale decade l'intero Direttivo Nazionale e dovrà essere convocata, nel più breve tempo possibile, l'Assemblea Nazionale per la nomina del nuovo Direttivo Nazionale. Il Direttivo Nazionale uscente resta in carica fino all'insediamento del nuovo Direttivo Nazionale e, nel frattempo, potrà compiere soltanto atti di ordinaria amministrazione. La stessa disposizione si applica nel caso di cessazione per scadenza.

#### **Art. 24 - Modifiche statutarie**

1. Le modificazioni del presente statuto sono di competenza dell'Assemblea Nazionale che:

- a) in prima convocazione è regolarmente costituita con la presenza di almeno 2/3 (due terzi) dei soci e delibera con il voto favorevole della maggioranza dei presenti;
- b) in seconda convocazione è regolarmente costituita qualunque sia il numero dei presenti e delibera con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

#### **Capo VII - Dello scioglimento**

##### **Art. 25 - Scioglimento e devoluzione del patrimonio**

1. Lo scioglimento dell'Associazione e la devoluzione del patrimonio della stessa sono deliberati dall'Assemblea Nazionale con il voto favorevole di almeno 3/4 (tre quarti) dei soci. L'Assemblea Nazionale provvederà altresì alla nomina di uno o più liquidatori.

In caso di scioglimento dell'Associazione o comunque di sua cessazione per qualsiasi causa, il patrimonio dell'Associazione stessa dovrà essere devoluto ad altra associazione con finalità analoghe o ai fini di pubblica utilità sentito l'organismo di controllo di cui all'art. 3, comma 190, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, salvo diversa destinazione imposta dalla legge.

#### **Capo VIII - Delle norme di chiusura**

##### **Art. 26 - Libri sociali**

1. L'Associazione deve tenere:

- a) il libro delle deliberazioni dell'Assemblea Nazionale;

b) i libri delle deliberazioni del Direttivo Nazionale e del Consiglio Nazionale;

c) il libro delle deliberazioni del Collegio dei Revisori dei Conti;

d) il libro dei soci;

e) i registri contabili obbligatori che devono avere, tra l'altro, capitoli speciali intestati alle singole sezioni, e il libro degli inventari.

Ogni socio ha diritto, a proprie spese, di consultare presso la sede dell'Associazione e ottenere copie dei libri sociali.

##### **Art. 27 - Delega al Direttivo Nazionale**

1. Il Direttivo Nazionale è delegato ad apportare al presente Statuto tutte quelle modifiche che si rendessero necessarie per adeguarlo ad eventuali inderogabili disposizioni di legge e che dovranno poi essere ratificate dall'Assemblea.

##### **Art. 28 - Rinvio.**

1. Per tutto quanto non è previsto dal presente Statuto si fa riferimento alle norme del codice civile e alla normativa vigente in materia di associazioni e sindacati.

# REGOLAMENTO della ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE

Il presente regolamento è attuativo dello statuto dell'Associazione approvato dall'Assemblea Nazionale il **14 dicembre 2012**.

## Art. 1 – Modalità di convocazione

**1.1.** L'Assemblea Nazionale è convocata dal Presidente Nazionale a mezzo *e-mail*, *fax* o lettera raccomandata A/R inviati almeno 15 (quindici) giorni prima di quello fissato per l'adunanza, salvo necessità di convocazione urgente che non potrà comunque avere un preavviso inferiore a 3 (tre) giorni. L'avviso di convocazione dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'adunanza, oltre l'ordine del giorno stabiliti dal Direttivo Nazionale.

L'Assemblea Nazionale deve essere convocata quando se ne ravvisa la necessità o quando ne è fatta richiesta motivata da almeno 1/10 (un decimo) degli associati. In quest'ultimo caso, se gli amministratori non vi provvedono, la convocazione può essere ordinata dal Presidente del Tribunale.

**1.2.** Il Consiglio Nazionale è convocato dal Presidente Nazionale a mezzo *fax*, *e-mail* o lettera raccomandata A/R inviati almeno 15 (quindici) giorni prima di quello fissato per l'adunanza, salvo necessità di convocazione urgente che non potrà comunque avere un preavviso inferiore a 3 (tre) giorni. L'avviso di convocazione dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'adunanza, oltre l'ordine del giorno.

Il Consiglio Nazionale deve essere convocato quando se ne ravvisa la necessità, quando ne è fatta richiesta motivata da almeno 1/2 (un mezzo) dei suoi membri ovvero quando ne è deliberata la convocazione dal Direttivo Nazionale (preferibilmente in occasione del Congresso Nazionale).

**1.3.** Il Direttivo Nazionale è convocato dal Presidente Nazionale a mezzo *fax*, *e-mail* o lettera raccomandata A/R inviati almeno 15 (quindici) giorni prima di quello fissato per l'adunanza, salvo necessità di convocazione urgente che non potrà comunque avere un preavviso

inferiore a 3 (tre) giorni. L'avviso di convocazione dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'adunanza, oltre l'ordine del giorno.

Il Direttivo Nazionale si riunisce almeno una volta ogni 3 (tre) mesi e, comunque, ogniqualvolta 1/3 (un terzo) dei suoi membri lo richieda.

**1.4.** Le richieste di convocazione straordinaria devono essere dirette al Presidente Nazionale che, verificata la sussistenza delle condizioni di cui *supra*, provvede alla redazione e alla spedizione dell'avviso di convocazione con le modalità di cui ai precedenti commi. In caso di assenza o impedimento del Presidente Nazionale provvede il Vice Presidente più anziano d'età.

**1.5.** Le Assemblee Regionali sono convocate dal rispettivo Presidente Regionale a mezzo *fax*, *e-mail* o lettera raccomandata A/R inviati almeno 15 (quindici) giorni prima di quello fissato per l'adunanza, salvo necessità di convocazione urgente che non potrà comunque avere un preavviso inferiore a 3 (tre) giorni. L'avviso di convocazione dovrà contenere l'indicazione dell'ordine del giorno, del luogo, del giorno e dell'ora dell'adunanza.

Le Assemblee Regionali devono essere convocate quando se ne ravvisa la necessità o quando ne è fatta richiesta motivata da almeno 1/10 (un decimo) degli associati della rispettiva Sede Regionale, Interregionale o di Provincia autonoma e, comunque, almeno una volta all'anno (preferibilmente in occasione del Congresso Nazionale).

## Art. 2 – Modalità delle elezioni

**2.1.** L'elezione dei 21 (ventuno) componenti il Direttivo Nazionale espressi dall'Assemblea Nazionale e dei membri del Collegio dei Revisori dei Conti avviene con le modalità di cui all'art. 23 dello Statuto. Ogni altra votazione in seno all'Assemblea Nazionale avviene con voto palese.

**2.2.** Ogni votazione in seno al Consiglio Nazionale avviene con votazione palese.

**2.3.** Ogni votazione in seno al Direttivo Nazionale avviene con voto palese.

**2.4.** L'elezione dei membri dei Direttivi Regionali (il cui numero è definito dai singoli Regolamenti regionali) avviene mediante la presentazione di una o più liste chiuse ciascuna sottoscritta da almeno il 20% (venti per cento) degli iscritti e depositata presso la segreteria nazionale almeno 30 (trenta) giorni prima delle operazioni di voto.

Ciascuna lista deve essere corredata da un documento programmatico quadriennale recante l'indicazione degli obiettivi che si intendono perseguire e deve indicare i soci che di intendono proporre per rivestire le cariche di Presidente Regionale e di Segretari Regionali. Nessun socio può essere candidato in più di una lista.

L'elezione avviene, predisposto il seggio elettorale, tramite votazione delle liste chiuse depositate secondo le predette modalità e votate per scrutinio palese, risultando eletti i componenti individuati nella lista che raccoglie il maggior numero di voti.

Ogni altra votazione in seno alle Assemblee Regionali avviene con voto palese per alzata di mano.

Il seggio elettorale in via ordinaria è costituito nella sede dell'Assemblea Regionale è composto da 3 (tre) associati designati dall'Assemblea Regionale che dovranno sovrintendere e garantire il regolare espletamento delle operazioni preliminari al voto, della votazione e del successivo scrutinio ed è presieduto dal più anziano dei componenti del seggio elettorale stesso.

Successivamente all'elezione del Presidente Regionale, il Direttivo Regionale procede all'elezione delle altre cariche sociali di competenza e, segnatamente:

- elegge il Vice Presidente;
- elegge il Segretario del Direttivo Regionale su proposta del Presidente Regionale;
- elegge il Tesoriere Regionale su proposta del Presidente Regionale.

### **Art. 3 – Deleghe**

**3.1.** Salvo il disposto dell'art. 13.4. dello Statuto, le deleghe per la rappresentanza nelle Assemblee (Nazionale e Regionali) devono essere conferite per iscritto e i documenti relativi devono essere conservati agli atti dell'Associazione.

La delega può essere conferita solo per singole assemblee con effetto anche per le successive convocazioni. La delega non può essere rilasciata con il nome del rappresentante in bianco ed è sempre revocabile nonostante ogni patto contrario. Il rappresentante può a sua volta farsi sostituire soltanto da chi sia

espressamente indicato nella delega. La delega deve essere conferita ad altro socio. La delega non può essere conferita ai membri degli Organi amministrativi dell'Associazione.

La partecipazione alle riunioni degli Organi amministrativi e di controllo (nazionali e regionali) è personale e non è ammesso il voto per delega.

Spetta a chi presiede la riunione di verificare la regolarità formale e sostanziale delle deleghe.

### **Art. 4 – Presidenza delle riunioni**

**4.1.** L'Assemblea Nazionale, il Direttivo Nazionale ed il Consiglio Nazionale sono presieduti dal Presidente Nazionale e, in mancanza, dal Vice-Presidente più anziano d'età. In mancanza, l'Assemblea Nazionale, il Direttivo Nazionale ed il Consiglio Nazionale sono presieduti dalla persona eletta con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

Il Presidente è assistito dal Segretario del Direttivo Nazionale o, in mancanza, da un segretario nominato con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

**4.2.** L'Assemblea Regionale ed il Direttivo Regionale sono presieduti dal Presidente Regionale e, in mancanza, dal Vice-Presidente Regionale più anziano d'età. In mancanza, l'Assemblea Regionale ed il Direttivo Regionale sono presieduti dalla persona eletta con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

Il Presidente è assistito da un segretario nominato con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

**4.3.** Il Presidente della riunione verifica la regolarità della costituzione della riunione, accerta l'identità dei presenti, accerta la legittimità all'intervento e al voto dei presenti, regola lo svolgimento della riunione, accerta i risultati delle votazioni. Degli esiti delle attività e degli accertamenti del Presidente deve essere dato conto nel verbale della riunione. L'assistenza del segretario non è necessaria quando il verbale è redatto da un notaio.

### **Art. 5 – Verbalizzazione delle riunioni**

**5.1.** Le riunioni dell'Assemblea Nazionale e Regionale, del Direttivo Nazionale e Regionale, del Consiglio Nazionale e del Collegio Nazionale dei Revisori dei Conti devono constare da verbale sottoscritto dal Presidente e dal segretario. Il verbale deve indicare la data della riunione e, anche in allegato, l'identità dei partecipanti; deve altresì indicare le modalità e il risultato delle votazioni e deve consentire, anche per allegato, l'identificazione dei soci favorevoli, astenuti o dissenzienti.

Nel verbale devono essere riassunte, su richiesta dei soci, le loro dichiarazioni pertinenti all'ordine del giorno.

I verbali devono essere trascritti nei libri sociali di cui all'art 26 dello Statuto.

#### **Art. 6 – Domiciliazione**

**6.1.** Il domicilio legale dei soci, per ogni rapporto con l'Associazione, è quello risultante dal libro dei soci.

È onere dei soci comunicare all'Associazione, ai fini della trascrizione nel libro dei soci, anche il numero di *fax* e l'indirizzo *e-mail*. In mancanza, non sarà possibile l'utilizzazione nei confronti del socio di tali forme di comunicazione.

#### **Art. 7 – Quota Associativa**

**7.1.** La quota associativa è annuale. Il Direttivo Nazionale stabilisce con propria delibera le quote di iscrizione associative comprensive di abbonamento alle riviste «L'ospedale» e «A.N.M.D.O. News» distinguendo le tipologie dovute per sezioni e per categoria di associato. La decisione è comunicata ai soci, in forma scritta, con qualunque mezzo.

**7.2.** Le quote associative sono versate direttamente alla Tesoreria Nazionale mediante bonifico su conto corrente intestato all'Associazione. I soci devono provvedere al versamento della quota associativa entro e non oltre il giorno 30 (trenta) maggio dell'esercizio sociale di riferimento con le modalità indicate nell'art. 7 dello Statuto e nella comunicazione di cui *sopra*. I nuovi soci devono provvedere al versamento della quota associativa al momento dell'ammissione.

**7.3.** Coloro i quali non avranno presentata la richiesta di recesso dall'Associazione mediante comunicazione a mezzo lettera A/R diretta al Presidente Nazionale entro il 31 (trentuno) dicembre di ogni anno, saranno considerati soci anche per l'anno successivo e obbligati al pagamento della quota associativa.

#### **Art. 8 – Cessazione dalla carica di Presidente Nazionale**

**8.1.** La cessazione del Presidente per scadenza del termine ha effetto dall'1 (uno) gennaio dell'anno successivo all'Assemblea Nazionale Elettiva, previa accettazione scritta del suo successore.

**8.2.** Il Presidente Nazionale deve comunicare le proprie dimissioni per iscritto al Direttivo Nazionale.

Le dimissioni hanno effetto dal momento in cui il Presidente dimissionario è stato sostituito in seguito all'accettazione del suo successore. Nelle more della sua sostituzione il Presidente può compiere soltanto atti di ordinaria amministrazione.

**8.3.** Le disposizioni del presente articolo trovano applicazione anche alla cessazione dalla carica di Presidente Regionale.

**8.4.** La sostituzione delle altre cariche sociali è disciplinata dall'art 23.4. dello Statuto.

#### **Art. 9 – Redazione e approvazione del bilancio**

**9.1.** Il bilancio di esercizio è predisposto dal Tesoriere Nazionale e, corredato delle osservazioni del Collegio dei Revisori dei Conti, viene presentato per l'approvazione al Direttivo Nazionale. Il Direttivo Nazionale lo presenta poi all'Assemblea Nazionale. Il bilancio dovrà essere sottoposto ad una procedura di revisione contabile volontaria da parte di professionista iscritto al Registro dei Revisori Legali dei Conti. La procedura di approvazione deve essere terminata entro 6 (sei) mesi dalla chiusura dell'esercizio sociale di riferimento.

#### **Art. 10 – Amministrazione a livello locale**

**10.1.** In applicazione dell'art. 12 dello Statuto, gli organi delle Sedi Regionali, Interregionali o di Provincia autonoma sono:

- l'Assemblea Regionale;
- il Direttivo Regionale;
- il Presidente Regionale;
- il Segretario Generale scientifico;
- il Segretario Generale per la tutela legale e sindacale;
- il Tesoriere Regionale.

**10.2.** Salva la disciplina del controllo e della vigilanza sulle amministrazioni locali di cui all'art. 12.5. dello Statuto, l'amministrazione della Sede Regionale, Interregionale o di Provincia autonoma, la gestione economica e finanziaria delle entrate procurate ed ottenute direttamente a livello locale e/o dagli organi statutari sono decise ed esercitate collegialmente dal Direttivo Regionale nominato dall'Assemblea Regionale e/o dagli organi statutari stessi.

**10.3.** Nei limiti di cui all'art. 12.2. dello Statuto, il potere di firma e legale rappresentanza per l'attuazione delle decisioni adottate dal Direttivo Regionale compete al Presidente Regionale.

## Art. 11 – Collegio dei Revisori dei Conti

**11.1.** Il Collegio dei Revisori dei Conti è convocato dal Presidente Nazionale a mezzo *fax*, *e-mail* o lettera raccomandata A/R inviati almeno 15 (quindici) giorni prima di quello fissato per l'adunanza, salvo necessità di convocazione urgente che non potrà comunque avere un preavviso inferiore a 3 (tre) giorni. L'avviso di convocazione dovrà contenere l'indicazione dell'ordine del giorno e del luogo, del giorno e dell'ora dell'adunanza. Il Collegio dei Revisori si riunisce su richiesta del Direttivo Nazionale e, comunque, almeno una volta all'anno per esprimere il proprio parere in ordine ai bilanci redatti dal Tesoriere Nazionale.

**11.2.** Ogni votazione in seno al Collegio dei Revisori dei Conti avviene con votazione palese per alzata di mano.

**11.3.** Il Collegio dei Revisori dei Conti controlla il bilancio dell'Associazione.

In particolare, accerta la regolare tenuta della contabilità sociale, redige una relazione ai bilanci annuali.

Al Collegio dei Revisori dei Conti sono altresì affidate le funzioni del Collegio dei Probiviri. Tutte le controversie che dovessero insorgere tra i soci, tra questi e l'Associazione, tra gli organi della stessa, saranno sottoposte, in tutti i casi non vietati dalla legge e con esclusione di ogni altra giurisdizione, alla competenza del Collegio.

Il Collegio giudicherà *ex bono et aequo* e il suo giudizio sarà inappellabile.

Le sanzioni irrogabili sono la censura scritta, la sospensione e l'esclusione. La sospensione può essere comminata per un periodo non superiore alla durata dell'esercizio sociale e nelle more del provvedimento di sospensione è precluso al socio sospeso l'esercizio dei diritti sociali.

Per garantire l'imparzialità del giudizio si conviene che i membri del Collegio non potranno ricoprire altri incarichi all'interno dell'Associazione.

## Art. 12 – Disciplina del pagamento dei rimborsi delle spese

**12.1.** I rimborsi delle spese possono essere riconosciuti agli aventi diritto per:

- la partecipazione alle riunioni del Direttivo Nazionale;
- la partecipazione alle riunioni del Consiglio Nazionale;
- la partecipazione alle riunioni delle Segreterie Nazionali;
- la partecipazione alle riunioni del Collegio dei Revisori dei Conti;

■ la partecipazione a riunioni, incontri, convegni, et cetera, effettuate su comando del Presidente Nazionale o del Direttivo Nazionale.

**12.2.** Sono ammessi i rimborsi delle spese derivanti da:

- uso dei mezzi pubblici. Le lunghe percorrenze devono essere coperte in treno (1a classe eurostar o alta velocità). L'uso dell'aereo può essere autorizzato dal Presidente Nazionale solo quando non sono possibili altre soluzioni;
- uso di un proprio mezzo di trasporto. In tal caso, il rimborso non potrà essere superiore all'equivalente costo del biglietto del treno (alla tariffa di 1a classe eurostar o alta velocità) per coprire la medesima tratta;
- uso di parcheggi pubblici e privati;
- pedaggi autostradali;
- uso di taxi limitatamente agli spostamenti urbani. Gli spostamenti extra-urbani potranno essere rimborsati soltanto per gli spostamenti da e verso gli aeroporti;
- consumazioni individuali per riunioni del Direttivo Nazionale o per missioni effettuate su comando del Presidente Nazionale o del Direttivo Nazionale (fino ad un massimo di 30,00 euro per ciascun pasto, previa presentazione delle ricevute fiscali);
- pernottamenti in camere singole, o doppie ad uso singolo, con l'esclusione di eventuali spese extra e di pernottamenti non giustificati;
- altre spese documentate attinenti l'oggetto della missione, previa autorizzazione del Presidente Nazionale.

**12.3.** Le spese effettivamente sostenute vengono rimborsate sulla base delle ricevute allegate alla richiesta di rimborso.

I rimborsi sono autorizzati dal Presidente ed effettuati dal Tesoriere Nazionale a mezzo bonifico bancario, di norma, alla fine di ogni mese, previa presentazione del documento riepilogativo, dei giustificativi e dei titoli di spesa.

**12.4.** Il Presidente potrà autorizzare deroghe alla disciplina dei rimborsi per particolari situazioni o eventi.

**12.5.** Le precedenti disposizioni si applicano anche ai rimborsi delle spese a livello regionale laddove però gli organi di riferimento sono il Presidente Regionale, il Tesoriere Regionale ed il Direttivo Regionale.

## Art. 13 – Compiti della Segreteria Nazionale per la Tutela Legale e Sindacale

**13.1.** Sono compiti della SNTLS:

a) conoscere e approfondire le tematiche relative alla tutela legale e sindacale e riguardanti la classe medica

con particolare riguardo a quella attiva nell'ambito igienico – organizzativo;

b) formulare proprie proposte finalizzate al mantenimento e all'incremento della visibilità e dei ruoli della professionalità igienico – organizzativa;

c) partecipare attivamente alle associazioni di sigle sindacali che rappresentano più significativamente strategie, finalità, comportamenti e obiettivi analoghi a quelli che caratterizzano la nostra presenza nel mondo sanitario;

d) conoscere, approfondire e coordinare le attività delle Segreterie Regionali per la tutela legale e sindacale che devono sempre più essere in grado di reggere autonomamente, seppure in un quadro omogeneo condiviso, le sfide negoziali presenti e future;

e) promuovere e intrattenere scambi di conoscenze e progettualità con altre realtà sindacali nazionali e con le Istituzioni di riferimento e, in particolare, con l'Associazione sindacale di cui all'art. 2.3. dello Statuto;

f) sviluppare la tutela sindacale degli associati attraverso l'azione legale o comunque attraverso iniziative adeguate ai singoli casi;

g) istruire, commentare e presentare al Direttivo Nazionale le richieste dei Presidenti Regionali di patrocinio e/o contributo economico per casi di ricorsi e/o iniziative giudiziarie loco-regionali di particolare interesse generale.

#### **Art. 14 – Segretario Nazionale per la tutela legale e sindacale**

**14.1.** Il Segretario Generale per la tutela legale e sindacale:

a) convoca e presiede le riunioni della Segreteria per la tutela legale e sindacale;

b) provvede a dare attuazione, insieme agli altri componenti della Segreteria per la tutela legale e sindacale alle decisioni adottate dal Direttivo Nazionale;

c) cura il regolare svolgimento dell'attività della Sezione per la tutela legale e sindacale e il perseguimento delle finalità della stessa in armonia con i fini statutari;

d) rappresenta la Sezione per la tutela legale e sindacale dell'A.N.M.D.O. nell'ambito delle associazioni delle sigle sindacali di categoria cui l'A.N.M.D.O. aderisce ai sensi dell'art. 2.3. dello Statuto.

#### **Art. 15 – Composizione della Segreteria Nazionale per la tutela legale e sindacale**

**15.1.** La Segreteria Nazionale per la tutela legale e sindacale è composta dal Segretario Generale per la tutela legale e sindacale, dal Presidente Nazionale, dal Vicepresidente Nazionale con delega per le attività di

tutela legale e sindacale, dal Vice-presidente nazionale con delega alle attività organizzative e da quattro membri, di cui due scelti dal Direttivo Nazionale nel proprio ambito tra coloro che non sono né Presidente Nazionale, né Vicepresidente Nazionale, né Segretari Generali, e due scelti autonomamente dal Segretario Generale tra tutti i soci iscritti e proposti al Direttivo nazionale per la ratifica.

**15.2.** I componenti restano in carica quattro anni e sono rieleggibili. Essi hanno diritto di voto.

**15.3.** In caso di cessazione anticipata dalla carica di Segretario Generale o di un componente della Segreteria Generale si procede come di seguito:

a) fino all'elezione del nuovo Segretario Nazionale per la tutela legale e sindacale da parte dell'Assemblea Nazionale il Direttivo Nazionale designa un Vicario reggente;

b) i due membri della Segreteria Generale scelti nel proprio ambito dal Direttivo Nazionale sono sostituiti dal medesimo;

c) i due membri scelti dal Segretario Generale per la tutela legale e sindacale sono sostituiti con altri due membri scelti dal nuovo Segretario Generale nonché proposti al Direttivo Nazionale per la ratifica.

#### **Art. 16 – Compiti della Segreteria Nazionale Scientifica**

**16.1.** Sono compiti della Segreteria scientifica:

a) perfezionare l'organizzazione ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali sotto il profilo della pianificazione, programmazione, organizzazione e gestione aziendale, del governo clinico aziendale, di presidio e delle articolazioni territoriali, dell'organizzazione igienico – sanitaria, dell'etica professionale ed aziendale e delle tecniche assistenziali;

b) promuovere la qualità dell'organizzazione ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali anche tramite iniziative di formazione, di accreditamento e di certificazione;

c) promuovere, per mezzo di corsi di perfezionamento, corsi di formazione manageriale ai sensi della normativa vigente, viaggi e convegni di studio, la migliore formazione tecnica professionale dei medici di cui all'art. 6 dello Statuto;

d) programmare ed organizzare le riunioni scientifiche nazionali dell'A.N.M.D.O., predisponendo i relativi programmi;

e) formulare le indicazioni strategiche generali per le iniziative culturali e scientifiche delle regioni e province autonome;

f) coordinare le iniziative scientifiche delle sezioni periferiche per evitare sovrapposizioni e agevolare

la partecipazione degli iscritti al maggior numero di eventi formativi;

g) collaborare con altre strutture organizzative aventi finalità di formazione e/o di ricerca in ambito socio-sanitario;

h) proporre al Direttivo nazionale il Comitato scientifico e di redazione, ed individuare il Comitato di referee ed il Comitato editoriale della Rivista dell'Associazione;

i) collaborare con l'Autorità sanitaria anche ai fini dell'aggiornamento delle disposizioni vigenti in materia ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali;

j) promuovere ed intrattenere scambi culturali con associazioni scientifiche nazionali ed estere.

#### **Art. 17 – Segretario Generale per la sezione scientifica**

**17.1.** Il Segretario Generale per la sezione scientifica:

a) convoca e presiede le riunioni della Segreteria scientifica;

b) provvede a dare attuazione, insieme agli altri componenti della Segreteria scientifica, alle decisioni adottate dal Direttivo Nazionale ed a predisporre i bilanci preventivi e consuntivi da presentare al medesimo;

c) cura il regolare svolgimento dell'attività della Sezione scientifica e il perseguimento delle finalità della stessa in armonia con i fini statutari;

d) rilascia, su richiesta, il patrocinio A.N.M.D.O. per le iniziative scientifiche ritenute valide, in base ai criteri stabiliti dalla Segreteria scientifica;

e) rappresenta la Sezione scientifica di fronte a terzi.

#### **Art. 18 – Composizione della Segreteria Nazionale per la sezione scientifica**

**18.1.** La Segreteria Nazionale per la sezione scientifica è composta dal Segretario Generale per la sezione scientifica, dal Presidente Nazionale, dal Vice-presidente Nazionale con delega alle attività scientifiche, dal Vice-presidente nazionale con delega alle attività organizzative, e da ulteriori quattro membri, di cui due scelti dal Direttivo Nazionale nel proprio ambito tra coloro che non sono né Presidente Nazionale, né Vice-presidente Nazionale, né Segretari Generali, e due scelti autonomamente dal Segretario Generale tra tutti i soci iscritti e proposti al Direttivo Nazionale per la ratifica.

**18.2.** I componenti restano in carica quattro anni e sono rieleggibili. Essi hanno diritto di voto.

**18.3.** In caso di cessazione anticipata dalla carica di Segretario Generale o di un componente della Segreteria Generale si procede come di seguito:

a) fino all'elezione del nuovo Segretario Nazionale da parte dell'Assemblea Nazionale il Direttivo Nazionale designa un Vicario reggente;

b) i due membri della Segreteria Generale scelti nel proprio ambito dal Direttivo Nazionale sono sostituiti dal medesimo;

c) i due membri scelti dal Segretario Generale sono sostituiti con altri due membri scelti dal nuovo Segretario Generale nonché proposti al Direttivo Nazionale per la ratifica.

#### **Art. 19 – Convocazione delle riunioni delle Segreterie Nazionali**

**19.1.** Le riunioni delle Segreterie scientifiche e per la tutela legale e sindacale sono convocate dai Segretari Generali Nazionali a mezzo fax o lettera o e-mail almeno 15 giorni prima del loro svolgimento, salvo necessità di convocazione urgente.

**19.2.** Le Segreterie scientifiche e per la tutela legale e sindacale devono riunirsi su convocazione dei Segretari Generali, almeno una volta ogni tre mesi.

**19.3.** Per la validità dell'adunanza è necessaria la presenza della maggioranza dei componenti del collegio.

#### **Art. 20 – Rimborso delle spese**

**20.1.** Le spese di gestione delle Segreterie Generali sono a carico dell'Associazione.

**20.2.** Alle spese sostenute dai Segretari Generali trova applicazione il precedente art. 12.

#### **Art. 21 – Compiti della Segreteria Regionale per la tutela Legale e Sindacale (SRTLS)**

**21.1.** Sono compiti della Segreteria Regionale per la tutela legale e sindacale nell'ambito della propria Regione:

a) conoscere e approfondire le tematiche di natura sindacale riguardanti la classe medica con particolare riguardo a quella attiva nell'ambito igienico – organizzativo;

b) formulare proprie proposte finalizzate al mantenimento e all'incremento della visibilità e dei ruoli della Professionalità igienico – organizzativa;

c) partecipare attivamente alle attività dell'Associazione di cui all'art. 2.3. dello Statuto ed alle associazioni di sigle sindacali che rappresentano più significativamente strategie, finalità, comportamenti e obiettivi analoghi a quelli che caratterizzano la nostra presenza nel mondo sanitario;

- d) promuovere e intrattenere scambi di conoscenza e progettualità con altre realtà sindacali regionali e con le Istituzioni di riferimento;
- e) partecipare alle manifestazioni ed iniziative organizzate dal Segretario Generale e rivolte alle SRTLS;
- f) istruire ricorsi e procedure giudiziarie di particolare interesse Regionale e proporle al Direttivo Regionale.

#### **Art. 22 – Segretario Regionale per la tutela legale e sindacale**

**22.1.** Il Segretario Regionale per la tutela legale e sindacale viene eletto dalle Assemblee delle Sezioni Regionali dell'Associazione secondo le modalità definite all'art. 2.4. del presente Regolamento.

**22.2.** Il Segretario Regionale, nell'ambito della propria sezione regionale:

- a) convoca e presiede le riunioni della Segreteria per la tutela legale e sindacale;
- b) provvede a dare attuazione, insieme agli altri componenti della Segreteria per la tutela legale e sindacale, alle decisioni adottate dal Direttivo Regionale;
- c) cura il regolare svolgimento dell'attività della Sezione per la tutela legale e sindacale e il perseguimento delle finalità della stessa in armonia con i fini statutari;
- d) rappresenta la Sezione regionale per la tutela legale e sindacale dell'A.N.M.D.O. nell'ambito delle associazioni delle sigle sindacali di categoria cui l'A.N.M.D.O. aderisce di cui all'art. 2.3. dello Statuto.

#### **Art. 23 – Composizione della Segreteria Regionale per la tutela legale e sindacale**

**23.1.** La Segreteria Regionale per la tutela legale e sindacale è composta dal Segretario Regionale, dal Presidente Regionale e da un numero di membri definito dal regolamento di ciascuna sezione regionale scelti dal Direttivo Regionale nel proprio ambito tra coloro che non sono né Presidente regionale, né Vicepresidente regionale. I componenti restano in carica quattro anni e sono rieleggibili. Essi hanno diritto di voto.

**23.2.** In caso di cessazione anticipata dalla carica di Segretario Regionale o di componente della Segreteria Sindacale si procede come di seguito:

- a) fino all'elezione del nuovo Segretario Sindacale Regionale da parte dell'Assemblea regionale il Direttivo Regionale designa un Vicario reggente;
- b) i membri della Segreteria generale scelti nel proprio ambito dal Direttivo Regionale, sono sostituiti dal medesimo.

**23.3.** Il Segretario Nazionale Sindacale A.N.M.D.O. riceve l'ordine del giorno delle sedute della Segreteria Sindacale Regionale e può partecipare alle medesime.

#### **Art. 24 – Compiti della Segreteria scientifica regionale**

**24.1.** Sono compiti della Segreteria scientifica regionale:

- a) perfezionare l'organizzazione ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali sotto il profilo della pianificazione, programmazione, organizzazione e gestione aziendale, del governo clinico aziendale, di presidio e delle articolazioni territoriali, dell'organizzazione igienico – sanitaria, dell'etica professionale ed aziendale e delle tecniche assistenziali;
- b) promuovere la qualità dell'organizzazione ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali anche tramite iniziative di formazione, di accreditamento e di certificazione;
- c) promuovere, per mezzo di corsi di perfezionamento, corsi di formazione manageriale ai sensi della normativa vigente, viaggi e convegni di studio, la migliore formazione tecnica professionale dei medici di cui all'art. 6 dello Statuto;
- d) programmare ed organizzare le riunioni scientifiche regionali dell'ANMDO, predisponendo i relativi programmi;
- e) collaborare con altre strutture organizzative aventi finalità di formazione e/o di ricerca in ambito socio-sanitario;
- f) collaborare con l'Autorità sanitaria anche ai fini dell'aggiornamento delle disposizioni vigenti in materia ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali;
- g) promuovere ed intrattenere scambi culturali con altre associazioni scientifiche nazionali ed estere.

#### **Art. 25 – Segretario Regionale per la sezione scientifica**

**25.1.** Il Segretario generale:

- a) convoca e presiede le riunioni della Segreteria scientifica;
- b) provvede a dare attuazione, insieme agli altri componenti della Segreteria scientifica, alle decisioni adottate dal Direttivo Regionale ed a predisporre i bilanci preventivi e consuntivi da presentare al medesimo;
- c) predisporre il regolamento attuativo della Segreteria scientifica e le eventuali modifiche che devono comunque essere sottoposti, per la ratifica, al Direttivo Regionale;
- d) cura il regolare svolgimento dell'attività della Sezione scientifica e il perseguimento delle finalità della stessa in armonia con i fini statutari;

- e) rilascia, su richiesta, il patrocinio ANMDO per le iniziative scientifiche ritenute valide, in base ai criteri stabiliti dalla Segreteria scientifica;
- f) rappresenta la Sezione scientifica di fronte a terzi.

### **Art. 26 – Composizione della Segreteria Regionale per la sezione scientifica**

**26.1.** La Segreteria generale è composta dal Segretario generale, dal Presidente Regionale e da un numero di membri definito dal regolamento di ciascuna sezione regionale scelti dal Direttivo Regionale nel proprio ambito tra coloro che non sono né Presidente Regionale, né Vicepresidente Regionale. I componenti restano in carica quattro anni e sono rieleggibili. Essi hanno diritto di voto.

**26.2.** In caso di cessazione anticipata dalla carica di Segretario generale o di componente della Segreteria generale si procede nel seguente modo:

- a) in attesa di elezione, da parte dell'Assemblea Regionale, ne fa le veci un vicario reggente designato dal Direttivo Regionale;
- b) i membri della Segreteria generale scelti nel proprio ambito dal Direttivo Regionale, sono sostituiti dal medesimo, dopo aver dato applicazione a quanto previsto dall'art. 18.3. dello Statuto.

**26.3.** Il Segretario Nazionale della sezione scientifica riceve l'ordine del giorno delle sedute della Segreteria Scientifica Regionale e può partecipare alle medesime.

### **Art. 27 – Convocazione delle riunioni delle Segreterie regionali**

**27.1.** Le riunioni della Segreteria scientifica e della Segreteria per la tutela legale e sindacale sono convocate dai Segretari Regionali a mezzo fax o lettera o e-mail almeno 15 (quindici) giorni prima del loro svolgimento, salvo necessità di convocazione urgente.

**27.2.** Le segreterie scientifiche e per la tutela legale e sindacale devono riunirsi su convocazione dei Segretari Regionali, almeno una volta ogni due mesi.

**27.3.** Per la validità dell'adunanza è necessari la presenza della maggioranza dei componenti del collegio.

### **Art. 28 – Votazione**

**28.1.** Le deliberazioni dei collegi, nazionale e regionale, scientifici e per la tutela legale e sindacale, sono adottate a maggioranza dei presenti. In caso di parità

di voti prevale il voto del Segretario Nazionale/Regionale. Le votazioni hanno luogo a scrutinio palese.

### **Art. 29 – Collaborazione soci**

**29.1.** I Segretari delle segreterie scientifica e per la tutela legale e sindacale sia Nazionale che Regionali, possono avvalersi, d'intesa con i membri delle rispettive Segreterie, della collaborazione di soci iscritti alle diverse Sezioni (scientifica o per la tutela legale e sindacale) nonché di altri esperti, anche costituendo gruppi di lavoro, su tematiche specifiche.

### **Art. 30 – Ulteriori regolamenti**

**30.1.** Ciascuna Sede Regionale, Interregionale o di Provincia autonoma, entro 60 giorni dall'approvazione del presente Regolamento nazionale, dovrà inoltrare al Presidente Nazionale il proprio Regolamento regionale redatto ai sensi dell'art. 12.3. dello Statuto ed in coerenza con il presente regolamento.

I Regolamenti regionali sono adottati in attuazione dello Statuto dell'Associazione e del Regolamento nazionale rispetto ai quali sono fonte normativa subordinata; pertanto, i Regolamenti regionali non possono contenere norme contrarie alle disposizioni dello Statuto o del Regolamento nazionale. Regolamenti regionali adottati in difformità da quello nazionale, saranno vagliati dal Direttivo Nazionale e approvati solo se in linea, e non in contrasto, con le norme nazionali."

**30.2.** Ciascun Segretario Generale, avvalendosi della propria Segreteria, deve predisporre e sottoporre per la ratifica al Direttivo Nazionale il regolamento redatto ai sensi degli artt. 18.3. e 18.4. dello Statuto entro 90 giorni dalla propria nomina.

### **Art. 31 – Efficacia del regolamento**

**31.1.** Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo alla sua approvazione.

**31.2.** Il presente regolamento è adottato in attuazione dello Statuto dell'Associazione rispetto al quale è fonte normativa subordinata; pertanto, il presente regolamento non può contenere norme contrarie alle disposizioni dello Statuto.

# CODICE ETICO della ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE

**Art. 1 - Disposizioni generali: ambito di applicazione ed efficacia del Codice.** Le disposizioni e i principi espressi nel seguente Codice Etico A.N.M.D.O. si applicano a tutti gli iscritti all'Associazione, nonché ai soggetti terzi con cui l'Associazione entra in rapporti. Ciascun iscritto all'A.N.M.D.O. s'impegna a tenere una condotta ispirata ai seguenti principi generali: competenza professionale, lealtà, integrità e onestà.

**Art. 2 - Legalità, Correttezza e Trasparenza.** Gli iscritti A.N.M.D.O. s'impegnano a promuovere i principi di legalità, correttezza e trasparenza nell'esercizio della loro professione e nell'operato dell'Associazione medesima. S'impegnano altresì a garantire il perseguimento degli scopi/obiettivi promossi nel rispetto della legge e dei codici deontologici a cui l'Associazione aderisce, rifiutando altresì qualsivoglia condizionamento o interesse esterno. L'A.N.M.D.O. persegue la propria *mission* assicurando la piena trasparenza delle scelte effettuate; pertanto adotta modelli di gestione/organizzazione per garantire correttezza delle sue azioni.

**Art. 3 - Responsabilità e Solidarietà degli iscritti.** Gli iscritti A.N.M.D.O. sono eticamente responsabili del loro agire verso loro stessi e verso l'Associazione. I rapporti tra gli iscritti sono improntati alla fiducia, alla collaborazione e alla solidarietà.

**Art. 4 - Valorizzazione della professione e del ruolo.** L'A.N.M.D.O. riconosce la dignità professionale e il ruolo centrale della direzione sanitaria ospedaliera all'interno del SSN, promuovendo il profilo professionale del direttore sanitario e del dirigente medico di presidio, attraverso la costruzione e la valorizzazione di una comunità di professionisti che condividono una stessa visione di tipo deontologico, scientifico e professionale in un settore dell'attività sanitaria di fondamentale importanza per il SSN e per la salute della comunità. L'ANMDO,

coerentemente con il proprio Statuto, intende rafforzare il ruolo sindacale considerato come tutela della professionalità e dei legittimi interessi della categoria.

**Art. 5 - Indipendenza negli studi e nelle ricerche scientifiche promosse.** L'A.N.M.D.O. nell'ambito delle sue funzioni di informazione-formazione s'impegna a promuovere lo sviluppo della ricerca in tutti gli aspetti afferenti alla professione e s'impegna altresì a salvaguardare l'indipendenza dei propri studi e ricerche, svolgendo le attività di approfondimento-aggiornamento nelle materie di propria competenza - igiene, organizzazione ospedaliera, governo clinico, appropriatezza, rischio clinico, edilizia sanitaria - con la massima diligenza e rigore per un'informazione accurata, corretta, oggettiva e disinteressata.

**Art. 6 - Indipendenza nei rapporti con gli stakeholder.** L'A.N.M.D.O. intende istituire e/o rafforzare rapporti fiduciari con gli *stakeholder* di riferimento, ovvero Istituzioni, Federazioni e Società medicoscientifiche, Associazioni, nel pieno rispetto dei valori di lealtà e trasparenza, per lo sviluppo di sinergie e *partnership* in ambito sanitario. I rapporti con gli *stakeholder* devono essere improntati alla massima trasparenza, correttezza e onestà.

**Art. 7 - Indipendenza nei rapporti con gli organi d'informazione.** L'A.N.M.D.O. intende accrescere anche verso l'esterno la propria visibilità in merito alle iniziative, attività e studi promossi dall'Associazione medesima. I rapporti con la stampa sono tenuti nella persona del suo Presidente o persone da lui espressamente delegate, e sono improntati al rispetto del diritto all'informazione. Ogni attività di comunicazione/informazione rispetta le leggi, le regole di condotta professionale e si basa su principi di chiarezza, completezza, trasparenza e tempestività d'informazione.

# La resilienza

## Riassunto

Stiamo vivendo periodi molto turbolenti, nuovi, difficili, spesso percepiti come avversi. Per affrontarli occorre educarsi alla resilienza. I Direttori Sanitari devono essere capaci di passare dal pensiero riflesso orientato alla causa a un pensiero orientato alla risposta, concentrando l'attenzione sul futuro.

**Ugo Luigi Aparo\***, **Andrea Aparo\*\***

\* *Direttore Sanitario Istituto Dermatologico dell'Immacolata – IRCCS Roma*

\*\* *Professore di Strategic Management Sapienza Università di Roma*

## PAROLE CHIAVE:

Paradosso di Stockdale; resilienza

## IL PARADOSSO DI STOCKDALE

Gli eventi avversi capitano a tutti. I problemi sono uno stato normale. La cosa è vera a qualunque scala: da quella personale a quella aziendale. Ci si deve allenare per fare fronte alle difficoltà, agli imprevisti... Eppure, nonostante tutta la preparazione, alcuni vengono devastati. Altri ne escono rafforzati. Perché?

Se si analizzano i casi avversi a esito positivo, quelli che rafforzano chi li vive, si scopre che i soggetti coinvolti presentano tutti una dualità psicologica, al limite della schizofrenia, nel modo con cui rispondono a una crisi. Breve digressione. Quando si parla di crisi si ha la tendenza di considerarla qualcosa di negativo. Può essere interessante sapere che in giapponese "crisi" si scrive come combinazione di due ideogrammi. Il primo significa pericolo, il secondo opportunità. Se si è in grado di vederla l'opportunità e si hanno sufficienti esperienze e competenze per coglierla, allora il risultato può essere positivo, molto positivo. C'è anche chi chiama la combinazione appena elencata "fortuna". Dicevamo della dualità psicologica

nel modo con cui rispondere alla crisi. Coloro che ne escono rafforzati accettano, senza compromessi di sorta, la dura realtà dei fatti. Hanno una fiducia incrollabile sulla positività dell'esito finale e l'impegno totale a non mollare mai.

Questa dualità è conosciuta come "Paradosso di Stockdale" (1).

Presentarvelo è un onore e piacere. Ammiraglio Jim Stockdale della Marina degli Stati Uniti d'America. Dal 1965 al 1973 ospite e non per sua scelta del tristemente famoso "Hanoi Hotel", il campo di prigionia vietnamita più famigerato di quell'ennesima stupida guerra. Otto lunghi anni senza nessun diritto. Senza sapere se e quando essere rilasciato. Senza certezza di sopravvivere. Senza però mai rinunciare ai suoi valori e al suo ruolo. Nel campo Stockdale è il prigioniero di guerra di grado più elevato. Dunque ha la responsabilità degli altri prigionieri USA. Deve essere guida ed esempio. Deve dare loro motivazione e la voglia a non mollare. Riesce a farlo in molti modi diversi: tagliandosi il viso e facendosi male deliberatamente per non essere ripreso in un filmato che deve mostrare al mondo come vengono ben

trattati i prigionieri; inventando un modo per scambiare comunicazioni nella corrispondenza con sua moglie, ben sapendo che se scoperto la morte è sicura. Torturato una ventina di volte, mette a punto delle regole per uscirne vivo definendo quali informazioni apparentemente importanti dare a quale livello per essere credibile e fare cessare le torture.

Per ridurre il senso d'isolamento dei singoli, codifica un linguaggio per comunicare senza farsi accorgere. Una sequenza di pause e rumori: schioccando le dita, picchiando su un tubo, spazzando il cortile.

Alla fine vengono rilasciati. Stockdale racconta i suoi anni all'Hanoi Hotel nel libro "In Love and War" (2), scritto a quattro mani con sua moglie. Un capitolo lui, uno lei. Vale la pena leggerlo. Attenti però, è un libro duro, fa male. Si sente l'angoscia dell'incertezza, la brutalità dei carcerieri. Si vede quanto può terrorizzare la realtà da affrontare giorno per giorno. Lo si legge sapendo che la storia finisce bene ma ci si chiede in continuazione come si è potuto vivere quelle esperienze senza sapere che sarebbe finita bene. Venne chiesto a Stockdale: "Come ha fatto".

La sua risposta fu disarmante: "Non ho mai perso la fiducia che tutto sarebbe finito bene. Non ho mai dubitato che ne sarei uscito, vivo, che alla fine avrei vinto io e che avrei trasformato un'esperienza da incubo nell'evento topico della mia vita a cui, ripensandoci, non rinuncerei mai".

Si ha forse a che fare con un inguaribile ottimista, al limite della demenza? Per nulla. Anzi.

Quando gli venne chiesto chi erano quelli che non ce l'avevano fatta, la sua risposta fu immediata e fulminante: "Gli ottimisti. Loro non ce l'hanno fatta". "Gli ottimisti" continua l'ammi-

raglio, “sono quelli che dicono: ‘per Natale siamo a casa’.

Natale arriva e poi passa e loro dicono: ‘per Pasqua siamo a casa’. Pasqua arriva e poi passa e poi arriva il Natale successivo e poi un'altra Pasqua. Muoiono di crepacuore, di disperazione”. La lezione di Stockdale è molto, molto importante: mai confondere la fiducia, la fede che alla fine ce la si fa -fede che non ci si può mai permettere di perdere- con la disciplina, il metodo per confrontare la brutalità della realtà corrente, non importa quanto feroce. Diffidate delle aziende “ottimiste” dove i dati negativi vengono sottoposti a opportuna cosmesi per renderli gradevoli e accettabili. Preoccupatevi quando vi viene detto che sì, il problema c'è ma si risolve domani, oppure dopodomani. Il paradosso di Stockdale, questa dualità mentale, è la firma di tutti coloro che generano grandezza, che creano valore e ricchezza. Cercate le aziende che accettano la realtà, senza preoccuparsi della difficoltà della situazione in cui si trovano. Aziende certe della loro capacità di sopravvivere e di continuare a crescere. Vi troverete bene. Se sviluppate la capacità di non farvi angosciare dai mille rumori che vi circondano, se non vi fate prendere dal panico e non seguite la chimera delle illusioni, se non vi fate affascinare dalle clamorose e inutili vittorie solo a breve termine, se siete capaci di conservare la vostra attenzione sul risultato finale da raggiungere, sapendo sempre dove andare e scoprendo il come quando serve, allora anche voi siete come Stockdale e riuscirete. Alla grande. Tutto questo s'impura. In gergo tecnico si chiama “Capacità di prevenzione degli eventi avversi”. (1) Come?

Affrontando l'avversità con la resilienza.

## LA RESILIENZA

Resilienza è un termine derivato dalla scienza dei materiali e indica la proprietà che alcuni materiali hanno di conservare la propria struttura o di

riacquistare la forma originaria dopo essere stati sottoposti a schiacciamento o deformazione. In psicologia connota proprio la capacità delle persone di far fronte agli eventi stressanti o traumatici e di riorganizzare in maniera positiva la propria vita dinanzi alle difficoltà. Le persone con un alto livello di resilienza riescono a fronteggiare efficacemente le contrarietà, a dare nuovo slancio alla propria esistenza e perfino a raggiungere mete importanti. L'esposizione alle avversità sembra rafforzarle piuttosto che indebolirle. Esse tendenzialmente sono ottimiste, flessibili e creative; sanno lavorare in gruppo e fanno facilmente tesoro delle proprie e delle altrui esperienze. Bisogna concepire la resilienza come una funzione psichica che si modifica nel tempo in rapporto all'esperienza, ai vissuti e, soprattutto, al modificarsi dei meccanismi mentali che la sostengono. Secondo Susanna Kobasa (3), psicologa dell'università di Chicago, le persone che meglio riescono a fronteggiare le contrarietà della vita, quelle più resilienti appunto, mostrano contemporaneamente tre tratti di personalità:

a) **Impegno:** tendenza a lasciarsi coinvolgere nelle attività. La persona con questo tratto si dà da fare, è attiva, non è spaventata dalla fatica; non abbandona facilmente il campo; è attenta e vigile ma non ansiosa; valuta le difficoltà realisticamente. Perché ci sia impegno è necessario avere degli obiettivi, qualcosa da raggiungere, per cui lottare e in cui credere;

b) **Controllo:** convinzione di poter dominare in qualche modo ciò che si fa o le iniziative che si prendono, ovvero convinzione di non essere in balia degli eventi. La persona con questo tratto, per riuscire a dominare le diverse situazioni della vita, è pronta a modificare anche radicalmente la strategia da adottare: in alcuni casi intervenendo con grande tempestività, in altri casi indietreggiando, prendendo tempo, aspettando;

c) **Gusto per le sfide:** disposizione ad accettare i cambiamenti. La persona con questo tratto vede gli aspetti positivi delle trasformazioni e minimizza quelli negativi. Il cambiamento viene vissuto più come incentivo a crescere che come difficoltà da evitare a tutti i costi e le sfide vengono considerate stimolanti piuttosto che minacciose. La persona generalmente è aperta e flessibile.

Impegno, controllo e gusto per le sfide sono tratti di personalità di cui si può avere consapevolezza e perciò possono essere coltivati e incoraggiati. La resilienza non è una caratteristica presente o assente in un individuo. Presuppone comportamenti, pensieri e azioni che possono essere appresi da chiunque. Avere un alto livello di resilienza non significa non sperimentare le difficoltà o gli stress della vita. Non significa essere infallibili. Implica, invece, la disponibilità a pensare di poter sbagliare ma anche di potere correggere la rotta. A determinare un alto livello di resilienza contribuiscono diversi fattori, primo fra tutti la presenza, all'interno come all'esterno, di un insieme di relazioni con persone premurose e solidali. Questo tipo di relazioni crea un clima di amore e di fiducia, fornisce incoraggiamento e rassicurazione favorendo, così, l'accrescimento del livello di resilienza.

Gli altri fattori coinvolti sono:

- visione positiva di sé e una buona consapevolezza sia delle abilità possedute che dei punti di forza del proprio carattere;
- capacità di porsi traguardi realistici e di pianificare passi graduali per il loro raggiungimento;
- adeguate capacità comunicative e di “*problem solving*”;
- buona capacità di controllo degli impulsi e delle emozioni.

Le strade che possono portare le persone ad accrescere il proprio livello di resilienza sono numerose.

Nella ricerca della strategia più idonea

per migliorare il proprio livello di resilienza può essere d'aiuto focalizzare l'attenzione sulle esperienze del passato cercando di individuare le risorse che rappresentano i punti di forza personali. Un sistema che facilita l'individuazione delle risorse personali è quello di cercare di fornire risposte a queste semplici domande:

- quali eventi sono risultati particolarmente stressanti per me?
- in che maniera questi eventi mi hanno condizionato?
- nei momenti difficili ho trovato utile rivolgermi a persone per me significative?
- nei momenti difficili quanto ho appreso di me stesso e del mio modo d'interagire con gli altri?
- è risultato utile per me fornire assistenza a qualcuno che stava attraversando momenti difficili come quelli da me sperimentati?
- sono stato capace di superare le difficoltà? Eventualmente, in che modo?
- che cosa mi ha consentito di guardare con maggiore fiducia al mio futuro?

Secondo Boris Cyrulnik (4), la resilienza è l'arte di navigare sui torrenti. Un trauma sconvolge il soggetto trascinandolo in una direzione che non avrebbe seguito. Una volta risucchiato dai gorgi del torrente che lo portano verso una cascata, il soggetto resiliente deve ricorrere alle risorse interne impresse nella sua memoria, deve lottare contro le rapide che lo sballottano incessantemente.

## I MANAGERS E GLI EVENTI AVVERSI

Stiamo vivendo periodi molto turbolenti, nuovi, difficili, spesso percepiti come avversi. Non possiamo chiamarci fuori. Dobbiamo essere in grado di passare rapidamente dall'analisi della situazione a un piano di azione e di reazione. Dobbiamo essere managers resilienti.

Una volta verificatasi l'avversità non

abbiamo scelta: si deve passare dal pensiero orientato alla causa al pensiero orientato alla risposta, concentrando l'attenzione al futuro.

Quattro sono le domande cui rispondere per disporre delle lenti attraverso le quali i managers resilienti osservano gli eventi avversi per effettuare tale passaggio :

- 1) controllo: quando scoppia una crisi concentri l'attenzione su ciò che puoi fare piuttosto che cercare d'identificare tutti i fattori che hanno provocato la crisi?;
- 2) impatto: siete capaci di non cedere alla tentazione di cercare le cause del problema in voi stessi o in altre persone, magari cercando colpe, focalizzando invece l'attenzione sugli effetti positivi che possano derivare dalle vostre azioni?;
- 3) ampiezza: pensate che la causa che ha provocato la crisi sia specifica e possa essere contenuta o ritenete che possa provocare lunghe ripercussioni su tutti gli aspetti della vostra vita?;
- 4) durata: quanto durerà la crisi e le sue ripercussioni?;

Le prime due lenti caratterizzano la reazione personale di fronte a un evento avverso. Le altre due descrivono l'impressione che si ha della magnitudine dell'evento stesso.

I managers le devono prendere in considerazione tutte e quattro per poter comprendere in pieno le loro risposte istintive alle sfide personali e professionali, ai successi e ai fallimenti.

Quando si verifica un evento avverso cadiamo comunemente in trappole emotive.

La prima è la deflazione. Chi ha camminato a lungo su una strada di successi può facilmente sentirsi un eroe capace di risolvere qualsiasi problema. Un evento traumatico può bruscamente richiamarlo alla realtà e può ritrovarsi deluso di se stesso e verso gli altri, sentirsi abbattuto, scoraggiato e sotto assedio.

La seconda trappola emotiva è la vittimizzazione. Molti di noi, di fronte a

un evento avverso, assumono il ruolo dello spettatore inerme. Ignorano qualsiasi critica o proposta d'aiuto dagli altri e proseguono per la loro strada affermando di essere nel giusto, che gli altri hanno torto e che nessuno li capisce.

Le due trappole costituiscono una pericolosa idra dalle due teste.

## SVILUPPARE LA CAPACITÀ DI ESSERE RESILIENTI

La maggior parte di noi, alle prese con un evento avverso, fa dei rapidi assunti delle cause, della magnitudine, delle conseguenze e della durata dell'evento stesso. Ad esempio, individuiamo istantaneamente, come se fosse inevitabile, quali forze siano sotto il nostro controllo e se l'evento potesse essere previsto. I managers devono essere capaci di allontanarsi con una rapida virata da questo tipo di pensiero riflessivo in direzione del pensiero attivo, individuando come sia meglio rispondere all'evento avverso, chiedendosi quali aspetti possano essere controllati, individuare quale impatto possano avere e come possa essere contenuta l'ampiezza e la durata della crisi.

Tre tipi di domande aiutano a compiere questa modifica di rotta mentale:

- a) domande specifiche: aiutano a identificare le modalità d'intervento;
- b) domande visualizzanti: consentono di allontanare l'attenzione dell'evento avverso per concentrarsi sugli esiti positivi;
- c) domande collaborative: cercare non affermazioni o commiserazioni ma elementi per la risoluzione del problema.

Nell'ambito delle quattro lenti succitate -controllo, impatto, ampiezza e durata- occorre porsi le domande che seguono, con lo scopo, non d'individuare un piano di azione finale o un immediata comprensione di come il

team debba reagire bensì quello di generare possibilità, di sviluppare, in maniera adeguata e concreta, un inventario, un processo di ciò che dovrebbe essere fatto.

### 1 Controllo:

- a) domande specifiche: quali aspetti della situazione sono in grado d'influenzare direttamente per modificare il decorso dell'evento avverso?;
- b) domande visualizzanti: cosa farebbe in questa situazione il mio Maestro o un altro manager che costituisce per me un riferimento;
- c) domande collaborative: chi del mio team è in grado di aiutarmi e qual è il modo migliore per coinvolgerlo?

### 2 Impatto:

- a) domande specifiche: come devo agire per ottenere l'impatto più immediato e positivo in questa situazione?
- b) domande visualizzanti: quali effetti positivi potrebbero avere i miei sforzi su coloro che mi stanno attorno?
- c) domande collaborative: come faccio a mobilitare gli sforzi di coloro che sono contrari?

### 3 Ampiezza

- a) domande specifiche: cosa posso fare per ridurre ad esempio del 10% l'effetto negativo dello specifico evento avverso? Cosa posso fare per ottenere addirittura degli effetti positivi?
- b) domande visualizzanti: quali sforzi e risorse devo sviluppare insieme al mio team per indirizzare in senso positivo l'evento?
- c) domande collaborative: cosa possiamo fare singolarmente e cosa possiamo fare insieme per contenere i danni e trasformare questa situazione in un'opportunità?

### 4 Durata

- a) domande specifiche: cosa posso fare subito per muovermi in direzione positiva?
- b) domande visualizzanti: quali so-

Pensiero orientato alla causa	Pensiero orientato alla risposta
<b>Controllo</b>	<b>Controllo</b>
L'evento avverso era inevitabile o si poteva prevedere?	Quali caratteristiche della situazione posso migliorare?
<b>Impatto</b>	<b>Impatto</b>
Ho contribuito a causare l'evento avverso o lo stesso si è verificato per cause esterne?	Quale contributo positivo posso personalmente fornire?
<b>Ampiezza</b>	<b>Ampiezza</b>
La causa di questo evento avverso è specifica o è molto più ampia?	Come posso contribuire a contenere gli aspetti negativi di questa situazione e generare conseguenze positive?
<b>Durata</b>	<b>Durata</b>
La causa di questo evento avverso è temporanea o duratura nel tempo	Che cosa posso fare per agire subito?

**Tabella 1:** Pensiero orientato alla causa e alla risposta

no le diverse sfaccettature dell'evento avverso?

- c) domande collaborative: quali passi devono essere compiuti dal team e quali processi devono essere implementati per superare questa crisi?

## CONCLUSIONI

I managers, nello specifico i Direttori Sanitari, per aumentare la loro resilienza, devono essere capaci di passare dal pensiero riflessivo orientato alla causa a un pensiero orientato alla risposta (tabella 1).

I managers devono acquisire la capacità di resilienza tipica di un personaggio, anche se a fumetti, come Wile E. Coyote che gli consente di non mollare mai il perseguimento del suo obiettivo primario: il Road Runner (5).

La lezione di Stockdale è molto, molto importante. Mai confondere la fiducia, la fede che alla fine ce la si fa -fede che non ci si può mai permettere di perdere- con la disciplina, il metodo per confrontare la brutalità della realtà corrente, non importa quanto feroce.

Opportuno fermarsi e meditare. La

vita non sempre è gentile, spesso è ingiusta. Ogni tanto ci dice bene, ogni tanto ci dice male. Tutti abbiamo avuto esperienze spiacevoli, delusioni, preso sberle da lasciare senza fiato. Spesso non c'era niente e nessuno con cui prendersela. Una malattia, un incidente, un lutto, la fine di un amore. Un campo di prigionia in Vietnam. Non importa cosa queste esperienze ci fanno. Importa cosa noi facciamo di queste esperienze.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aparo UL; Aparo A: "Capacità di prevenzione degli avversi in Sanità" *Recenti progressi in Medicina*, pag 155-159, vol. 98, n.3 Marzo 2007.
2. Stockdale J; Stockdale S: "In love and war". Harper & Row, New York 1984.
3. Kobasa SC; Maddi SR; Kahn S: "Hardness and health". *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982; 42:168-177
4. Cyrulnik B: "Di carne e d'anima. La vulnerabilità come risorsa per crescere felici". Frassinelli Cles 2007.
5. Aparo UL; Aparo A: "Beep Beep!" *L'Ospedale* 2001; 0:20-24

# Riprogettare l'architettura organizzativa: un modello per la previsione dei fabbisogni ospedalieri di personale medico

## Riassunto

La strategia è il compito principale delle organizzazioni.  
In situazioni di vita o di morte è il tuo della sopravvivenza o dell'estinzione.  
Il suo studio non può essere accantonato.

## E. Masturzo

Direzione Medica di Presidio A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano

## PAROLE CHIAVE:

Risorse umane, fabbisogni di personale, accreditamento

## INTRODUZIONE

Questa citazione, tratta da *L'arte della guerra* di Sun Tzu, uno dei moderni strumenti concettuali delle organizzazioni aziendali, fa comprendere come già duemila anni fa si sentisse l'esigenza di dare coerenza e unicità di direzione alle azioni e alle decisioni di una organizzazione.

La scelta delle forme organizzative deve, infatti, obbedire ad una logica sistematica e rigorosa, basata sulla integrazione funzionale tra le varie parti.

Le variabili o gli elementi dell'organizzazione devono essere orientati in modo da raggiungere un'armonia o una coerenza interna, ed al contempo anche una coerenza di fondo con la situazione reale per renderla conforme alle linee di sviluppo di una azienda.

Solo se ci si attiene a questa logica, si perviene a configurazioni organizzative determinate e non deterministiche, ossia a dei modelli complessi e completi di funzionamento dove i parametri della progettazione organizzativa corri-

spondono ai fattori situazionali in cui l'organizzazione si muove.

Nella teoria delle organizzazioni è ben noto, infatti, che le aziende che si danno un assetto più conforme alle condizioni tecnologiche ed ambientali in cui si trovano ad operare sono anche quelle più efficienti, mentre, i sistemi con strutture non corrispondenti a tali condizioni, sono quelle di minore efficienza e, presumibilmente, di minore efficacia.

Ne deriva come, per essere ottimale, la riprogettazione di un'organizzazione, tanto più se stratificata negli anni, deve essere attuata in corrispondenza di alcune "contingenze" ritenute strategiche, in queste indubabilmente rientra l'organizzazione del lavoro.

A sua volta, la strategia ha successo quando è coerente con gli obiettivi ed i valori, con le risorse e le competenze, con la struttura e i sistemi organizzativi e con l'ambiente esterno.

La mancanza di coerenza tra la strategia perseguita e gli ambienti di riferimento esterni ed interni è una causa frequente d'insuccesso.

Ne consegue la necessità, da parte di quelle realtà, invero ancora non molte, che stanno intraprendendo un percorso di profondo rinnovamento morfologico, funzionale e culturale per effetto dell'adozione del modello per gradienti di intensità di cura, di dotarsi di strumenti direzionali di programmazione e controllo finalizzati alla conoscenza delle "contingenze" ed al monitoraggio ed al rapido riallineamento dell'organizzazione del lavoro in funzione delle previsioni dei fabbisogni di personale aggregato per aree omogenee.

Negli ultimi anni si sta, infatti, assistendo ad un progressivo mutamento dei modelli organizzativi dominanti con il passaggio da strutture tradizionalmente fondate sulla compartimentazione delle attività assistenziali secondo ambiti disciplinari a strutture che ricompongano i processi affidandone la responsabilità a gruppi polifunzionali di lavoro, secondo logiche di economia di scala e di scopo.

A partire da queste premesse, si è tentato di quantificare i fabbisogni di personale medico alla luce del mutato contesto culturale ed economico.

La normativa nazionale in materia di requisiti minimi travalica parzialmente il confine rassicurante del reparto tradizionalmente inteso per entrare nell'area, invero ancora abbastanza indeterminata e, pertanto, incerta del livello assistenziale.

In questa sede ci proponiamo di quantificare il fabbisogno ospedaliero di medici facendo riferimento ai requisiti previsti dalla normativa sull'accreditamento della Regione Lombardia [Masturzo, 2006].

### L'ANALISI DELLE CONTINGENZE ED IL MODELLO DI DETERMINAZIONE DEI FABBISOGNI

In questo contesto è evidente che quando, con la crescita dell'organizzazione, la supervisione diretta non è più sufficiente, è necessario un meccanismo di coordinamento più evoluto, basato sull'analisi e la conseguente standardizzazione dei processi. Di qui l'idea di una *scheda unificata di programmazione delle attività della dirigenza*, che deve essere intesa come uno strumento, ancorché primordiale, di conoscenza puntuale dell'organizzazione del lavoro mediante l'analisi della distribuzione delle risorse umane. Si ritiene che essa possa costituire la forma embrionale di una funzionalità trasferibile sul portale di reparto con collegamento diretto alla anagrafica del personale ed al sistema rilevazione presenze; di seguito se ne esemplificano i caratteri distintivi e i contenuti (Figura 1):

- a. scheda per la programmazione settimanale dei turni di lavoro:** consente l'assegnazione nominale delle risorse umane in base al giorno, all'ora ed alla sede di lavoro (es. degenza ordinaria, day hospital, ambulatorio, camera operatoria, pronto soccorso, prestazioni intermedie);
- b. preventivo settimanale/mensile ore diurne/turni notturni per sede di lavoro:** consente di quantificare la distribuzione delle presenze programmate sulle sedi di lavoro;
- c. preventivo settimanale/mensile ore diurne/turni notturni per dirigente medico:** consente di quantificare la distribuzione delle presenze/assenze programmate del dirigente medico sulle sedi di lavoro;

Tale strumento mette a fuoco, seppure in termini strettamente quantitativi, l'organizzazione del lavoro per valutarne l'adattabilità alla nuova architettura per livelli assistenziali e aree omogenee. Non vi è dubbio, infatti, che la fotografia dell'esistente, in ter-

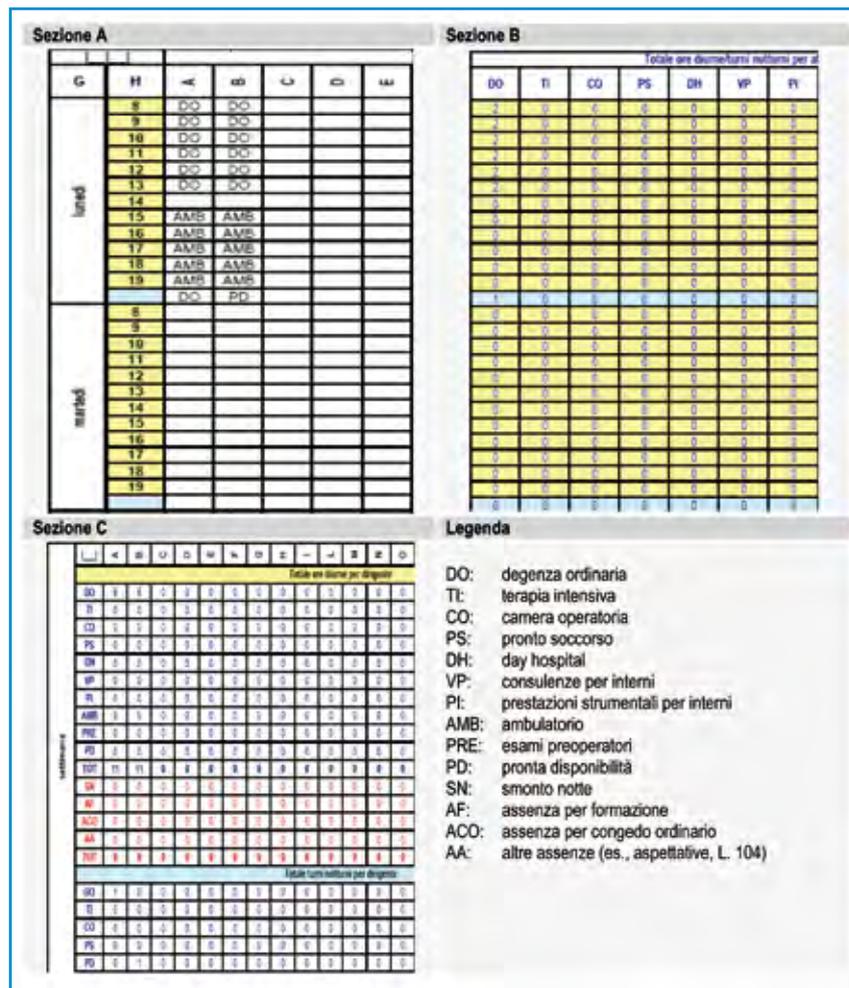


Figura 1: Scheda per la programmazione dell'organizzazione del lavoro

mini di distribuzione delle dotazioni, che ad oggi appare in molti casi sfuocata a causa della disomogeneità dei sistemi di programmazione dell'organizzazione del lavoro, costituisce la

base di partenza per la progettazione della nuova architettura per gradienti di intensità di cura. In altre parole si tratta di confrontare in modo unitario e sistematico le dotazioni esistenti

rapporto unità mediche / dotazioni strutturali	
1 medico/10 pl medici	
2 medici/15 pl chirurgici	
2 chirurghi/sala operatoria	
1 anestesista/sala operatoria	
1 medico/punto visita	
1 medico h 24 in pronto soccorso	
rapporto unità mediche / paziente nell'ambito orario 08.00 – 20.00 è definita una fascia oraria di cinque ore consecutive nella quale dal lunedì al venerdì, il numero di medici in ogni unità operativa non può essere inferiore al rapporto:	
1 medico/10 pazienti per le specialità mediche	
1 medici/5 pazienti per le specialità chirurgiche	

Figura 2: DGR Lombardia 38133/98



# Morti attese in ospedale. Studio pilota sui casi oncologici

## Riassunto

La valutazione della qualità delle cure riservate al paziente non si esaurisce nell'attività clinico-assistenziale nella fase di acuzie, ma anche nella fase in cui possiamo solo accompagnare il paziente alla morte più dignitosamente possibile.

Di qui l'esigenza di valutare come si muore in ospedale, iniziando da un ospedale fiorentino, evidenziando se fosse presente un uso significativo di manovre aggressive e inutili nella settimana precedente il decesso nei pazienti cercando nel contempo di individuare dei parametri che ci indicassero proprio quando la morte potesse considerarsi "attesa".

**P. Bucelli\***, **L. Baggiani\*\***, **F. Gemmi\*\*\***, **G. Miccinesi\*\*\*\***, **M. Postiglione\*\*\*\*\***

\*S.S. Auditing AS Firenze

\*\*Villa S. Chiara

\*\*\*Ospedale S.M. Annunziata AS Firenze

\*\*\*\*I.S.P.O. Firenze

\*\*\*\*\*Specialista igiene

## PAROLE CHIAVE:

Accanimento terapeutico, manovre invasive, etica di fine vita

## INTRODUZIONE

L'attenzione alla qualità delle cure ai pazienti non può esaurirsi al momento in cui un paziente diventa ormai senza speranza, ma dobbiamo incentivare una sensibilità etica che ci consenta di accompagnare il paziente lasciandolo morire con dignità.

Alcuni episodi quali pazienti deceduti durante l'esecuzione di accertamenti strumentali complessi e inutili, espletati talvolta con finalità difensive o dimostrative per i familiari, ci hanno spinto a vedere "come si muore in ospedale", se ci si accanisce inutilmente, se si determinano disagi inutili su pazienti terminali.

Ma proprio sul concetto di "mor-

te attesa" sono comparse le prime difficoltà: quali sono infatti i criteri che definiscono una morte "attesa"?

I pazienti per i quali sia stata posta la domanda ed esista letteratura sono soltanto quelli oncologici e da loro siamo partiti con l'auspicio che la metodologia usata, una volta messa a punto, sia applicabile anche per pazienti cardiologici, respiratori, epatopatici e così via, la cui prognosi è altrettanto severa, anche se non percepita come tale anche da molti medici.

Nel caso di malati oncologici è stata tentata anche una definizione di aggressività delle cure di fine vita in ambiente ospedaliero<sup>5</sup>. Dopo avere effettuato un'ampia rassegna della letteratura e di alcuni "focus

groups" con malati di cancro ed i loro familiari, un panel di esperti ha definito (metodo Delphi) alcuni possibili indicatori di "aggressività" della terapia di fine vita.

In particolare sono stati proposti i seguenti:

- intervallo tra inizio di una nuova chemioterapia e decesso;
- intervallo tra somministrazione dell'ultima chemioterapia e decesso;
- tempo trascorso in ospedale per acuti negli ultimi tre mesi di vita;
- tempo trascorso in terapia intensiva negli ultimi tre mesi di vita;
- numero di accessi al pronto soccorso (PS) negli ultimi tre mesi di vita.

Le analisi retrospettive sulla assistenza resa sono esposte ad alcune possibili distorsioni. Tuttavia esse possono essere accettabili qualora si limitino agli ultimi mesi di vita e ancor più se è disponibile (ad esempio attraverso l'incrocio con un registro tumori) una data di inizio della malattia<sup>6</sup>. La questione è molto più controversa per cause di morte in malati non oncologici. Infatti mentre i bisogni di terapie curative e di terapie palliative non risultano essere inferiori, la definizione di fase terminale è più difficile, tanto che si è parlato (per i pazienti con malattia cardiorespiratoria) di "disadvantaged dying"<sup>7</sup>. E' stato quindi deciso di effettuare una rilevazione retrospettiva basata sulla raccolta e sull'analisi di dati amministrativi.

## OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo è quello di effettuare uno studio pilota utilizzando il

metodo Rosenwax per valutare la qualità del morire nei pazienti oncologici morti nel 2005 presso il Presidio Ospedaliero Santa Maria Annunziata (P.O. SMA) della Zona Sud-Est ASL 10 di Firenze. Sulla base dei risultati di questo studio sarà possibile considerarne l'estensione a pazienti non oncologici.

## MATERIALI E METODI

La popolazione oggetto dello studio è costituita da pazienti deceduti nel 2005 presso il P.O. SMA dell'ASL 10 di Firenze.

I dati sono stati rilevati tramite le schede di dimissione ospedaliera (SDO) dell'anno 2005 (modalità dimissione 1) e incrociati con il Registro Mortalità Regionale (RMR) dello stesso anno.

Per valutare la qualità del morire sono stati selezionati i soggetti deceduti in ospedale dei quali la morte era attesa. Per identificare le morti attese all'interno di tutte le morti avvenute nel P.O. S.M.A. nel 2005 è stata seguita la metodologia proposta da Rosenwax et al.<sup>8</sup> come appare di seguito. Le 10 patologie croniche terminali elencate in tabella 1 (codifica ICD 9 CM) sono state considerate indicative di morte attesa perché un individuo morto per una di queste cause (come indicato nei certificati di decesso) si suppone abbia avuto una fase terminale:

I pazienti presi in considerazione per lo studio sono solo quelli che presentano una diagnosi di Tumore Maligno (ICD 9 CM 140 - 239) nella SDO. Dal punto di vista di attesa di morte questi pazienti sono stati suddivisi in 3 gruppi.

Il primo gruppo era costituito da deceduti in cui la causa di morte era congruente con la diagnosi principale di dimissione (fino alla terza cifra) riportata sulla SDO. Per questo gruppo la probabilità che vi sia stata una fase terminale

Tipo di patologia	ICD 9 CM
Tumore Maligno	140 - 239
Scompenso Cardiaco	402, 404, 428
Insufficienza Renale	583, 585, 586, 591
Broncopatia Cronica Ostruttiva	490, 491, 492, 496
Scompenso Epatico	570, 571, 573
Alzheimer	331
Parkinson	332
Huntington	333
Sclerosi Laterale Amiotrofica	335
HIV/AIDS	042

**Tabella 1:** Patologie croniche terminali indicative di morte attesa secondo Rosenwax.

PROCEDURE	NUMERO DI GIORNI
Cure Palliative*	Inizio del primo ciclo di chemioterapia e morte
Rianimatore	Inizio ultimo ciclo di chemioterapia e morte
SNG	di ospedalizzazione
CVC	in terapia intensiva
PEG	di cure palliative
Ventilazione Meccanica	trascorsi tra primo e ultimo accesso al DEA dell'OSMA nell'ultimo anno prima della morte
Drenaggi	Numero di accessi al DEA nell'ultimo anno di vita
Contropulsatore Aortico	
Pace-Maker	
Dialisi	
Cardioversione	
Tc-Rm	
Coronariografia	

\*non considerate procedura aggressiva

**Tabella 2:** Parametri osservati nelle cartelle reperite.

è considerata massima (Gruppo A - probabilità alta di morte "attesa").

Il secondo gruppo era costituito da deceduti in cui la causa di morte era congruente con una delle diagnosi secondarie di dimissione (fino alla terza cifra) riportata sulla SDO con probabilità intermedia di aver avuto una fase terminale (Gruppo B - probabilità intermedia di morte "attesa"). Infine i deceduti con una diagnosi principale o secondaria di tumore maligno, ma non congruente con la causa di morte hanno costituito

il terzo gruppo (Gruppo C - probabilità bassa di morte "attesa"). I pazienti che non presentavano diagnosi di tumore maligno sulla SDO hanno costituito il gruppo di morti "inattese" (Gruppo D) con probabilità minima di aver avuto una fase terminale di patologia e perciò non sono stati inclusi nello studio.

Sono state ricercate le cartelle cliniche dei pazienti appartenenti ai tre gruppi (A, B e C). Successivamente, dalle cartelle ritrovate, sono stati evidenziati i parametri elencati in tabella 1 relative a procedure tera-

Tipo di Patologia	ICD 9 CM	Numero	% totale morti P.O. SMA 2005
Tumore Maligno	140 - 208	63	14,8%
Scompenso Cardiaco	428	49	11,4%
BPCO	491	6	1,4%
Scompenso Epatico	570 - 571	3	0,8%
Insufficienza Renale	584	2	0,5%
HIV/AIDS	042	2	0,5%
Alzheimer	331	0	0,0%
Parkinson	332	0	0,0%
Huntington	333	0	0,0%
S.L.A.	335	0	0,0%
<b>TOTALE</b>		<b>126</b>	<b>29%</b>

**Tabella 4:** Numero di pazienti morti per una delle patologie identificate secondo Rosenwax (Tabella 1) nella diagnosi principale della SDO.

peutiche e date di inizio e fine attinenti allo studio (sono stati applicati alcuni indicatori di aggressività per i pazienti oncologici proposti da Earle C. et al.<sup>5</sup>).

E' stato ricostruito il percorso di cura ospedaliero dell'ultimo anno di vita. I ricoveri considerati sono stati quelli che riportavano una data di dimissione entro un anno dalla data di morte. Per gli accessi al PS è stato utilizzato il database FirstAid.

## RISULTATI DELLO STUDIO PILOTA

Nel contesto di un'indagine sulle morti attese nell'osped-

dale è stato attuato uno studio pilota con lo scopo di valutare la validità dei metodi di ricerca secondo il metodo proposto da Rosenwax (RSW). L'attenzione è stata rivolta inizialmente ai pazienti oncologici morti nel 2005 nel P.O. SMA.

Nel 2005 al P.O. SMA sono deceduti 431 pazienti, suddivisi per tipo di patologia come illustrato in tabella 3. La patologia più frequente causa di morte si riferisce al sistema circolatorio (41, 5%), seguita da malattie del sistema respiratorio (21%) e dai tumori maligni (14, 6%). Il totale di queste tre patologie costituisce il 75% dei deceduti. L'età mediana

dei pazienti si aggira intorno agli 80 anni.

Dal totale dei 431 pazienti studiati sono stati individuati i pazienti che presentavano come diagnosi principale nella SDO (identificata con la classificazione ICD 9 CM) una delle patologie identificate da Rosenwax come causa di probabile morte attesa (vedi Tabella 4). Questi dati sono indicativi del numero dei pazienti che potrebbero essere oggetto di uno studio futuro.

I pazienti individuati con diagnosi (principale o secondaria) di tumore maligno nella SDO sono 88 suddivisi in 3 gruppi secondo la probabilità della morte attesa (A = alta, B = bassa, C = minima). Degli 88 pazienti individuati 73 sono state le cartelle cliniche cartacee analizzate (83% del totale), poiché solo queste erano disponibili, vedi Tabella 5. Sono state controllate le cartelle cliniche informatizzate del DEA di tutti i pazienti considerati.

Per ragioni di validità statistica i gruppi Rosenwax 2 e 3 sono stati messi insieme (probabilità della morte attesa bassa e minima).

Del totale dei 73 pazienti osservati il 72, 6% ha ricevuto almeno una procedura aggressiva tra quelle prese in osservazione (vedi Tabella 6). E' da notare che il gruppo RSW 1 ha ricevuto nel

Cartelle	RSW A		RSW B		RSW C		TOTALE	
	Numero	Percentuale	Numero	Percentuale	Numero	Percentuale	Numero	Percentuale
Analizzate	24	92%	8	100%	41	76%	73	83%
Non reperite	2	8%		0%	13	24%	15	17%
<b>TOTALE</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>

**Tabella 5:** Numero di cartelle cliniche cartacee osservate per gruppo.

N° interventi	RSW A		RSW B + RSW C		TOTALE	
	Numero	Percentuale	Numero	Percentuale	Numero	Percentuale
0	8	20,8%	15	30,6%	23	27,4%
almeno 1	16	79,2%	34	69,4%	50	72,6%
<b>TOTALE</b>	<b>24</b>		<b>49</b>		<b>73</b>	

**Tabella 6:** Numero di pazienti che hanno ricevuto almeno una procedura aggressiva.

N° interventi	RSW A		RSW B + RSW C		TOTALE	
	Numero	Percentuale	Numero	Percentuale	Numero	Percentuale
0	8	20,8%	15	31%	23	27,4%
1	8	37,5%	12	24%	20	24,7%
2	5	29,2%	7	14%	12	19,2%
3	1	4,2%	8	16%	9	15,1%
4	2	8,3%	5	10%	7	9,6%
5	0	0,0%	2	4%	2	4,1%
<b>TOTALE</b>	24		49		73	

**Tabella 7:** Numero di pazienti che hanno ricevuto procedure aggressive per numero di procedure aggressive eseguite.

Terapia Aggressiva	RSW A		RSW B + RSW C		TOTALE	
	Numero	Percentuale*	Numero	Percentuale*	Numero	Percentuale*
RIANIMATORE	1	4%	9	18%	10	14%
SNG	3	13%	13	27%	16	22%
CVC	10	42%	18	37%	28	38%
PEG	0	0%	1	2%	1	1%
VENT_MECC	0	0%	7	14%	7	10%
DRENAGGI	6	25%	15	31%	21	29%
CONTR.PULS	0	0%	1	2%	1	1%
PACE-MAKER	1	4%	0	0%	1	1%
DIALISI	0	0%	2	4%	2	3%
CARDIOVERSIONE	0	0%	0	0%	0	0%
Tc-RMN	8	33%	14	29%	22	30%
CORONAR	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Cartelle Controllate</b>	24		49		73	

\*calcolato come numero di pazienti che hanno ricevuto una procedura “aggressiva” sul totale delle cartelle controllate per colonna in esame

**Tabella 8:** Numero, percentuale e totale di Procedure “aggressive” ricevute per gruppo Rosenwax.

	RSW A		RSW B + RSW C		TOTALE	
	Numero	Percentuale*	Numero	Percentuale*	Numero	Percentuale*
CURE PALL	5	21%	8	16%	13	18%
<b>Cartelle Controllate</b>	24		49		73	

\*calcolato come numero di pazienti che hanno ricevuto cure palliative sul totale delle cartelle controllate della colonna in esame

**Tabella 9:** Numero di pazienti oncologici che hanno ricevuto cure palliative

79% dei casi almeno una procedura aggressiva, contro il 69, 4% dei pazienti del gruppo RSW 2 + RSW3.

La maggiore parte dei pazienti del RSW 1 ha ricevuto da 1 a 2 interventi mentre per il RSW 2 + RSW 3 gli interventi sono stati più numerosi (vedi Tabella 7).

Come illustrato in Tabella 8 tra le procedure aggressive ricevute dal gruppo RSW 1 le più frequenti sono il CVC (10 pz), Tc-RMN (8pz) e Drenaggi (6 pz). Le meno frequenti sono state rianimazione (1) e pacemaker (1). Le procedure più frequenti nel gruppo RSW2 + RSW 3 sono CVC

(37%), drenaggi (31%), Tc-RMN (29%), SNG (27%) e il rianimatore (18%). I meno frequenti sono PEG (2%), contro pulsatore aortico (2%), e la dialisi (4%). La cardioversione elettrica e la coronariografia non sono state ricevute da nessuno. Come illustrato in Tabella 9, sul totale dei

	RSW A	RSW B + RSW C
media	12	13,5
Max	40	136
Min	1	0*
Deviazione Standard (DS)	10,5	20,2

\* morte avvenuta nello stesso giorno del ricovero

**Tabella 10:** Numeri di giorni di ricovero durante l'ultimo ricovero.

	RSW A	RSW B + RSW C
numero di pazienti che hanno avuto un accesso al DEA	24 (92%)	48 (77%)
media	2	2,9
Max	6	10
Min	1	1
Deviazione Standard (DS)	1,4	1,7

**Tabella 11:** Numeri di accessi al DEA nell'ultimo anno di vita.

73 pazienti osservati solo il 18 % ha ricevuto cure palliative. Sono da notare che la validità statistica è basata solo su pochi casi. Inoltre la percentuale di pazienti che hanno ricevuto cure palliative nel gruppo RSW A è leggermente superiore a quella degli altri due gruppi messi insieme.

Nel caso delle chemio e radio terapie somministrate non si sono trovate informazioni sufficienti a definire il tipo di cura (se palliativa o meno), il numero di cicli ed i tempi di somministrazione. Solo in pochissimi casi è stato possibile definire questi parametri quindi essi non sono stati oggetto di studio più approfondito.

La media dei giorni di ospedalizzazione per i ricoverati del gruppo A e del gruppo RSW B + RSW C è circa 13 vedi Tabella 10.

Il numero medio di accessi al DEA nell'ultimo anno di vita dei pazienti studiati è circa 2 per il gruppo A e 3 per il gruppo RSW B + RSW C, vedi Tabella 11.

Il Numero di pazienti con data di accesso al DEA corrisponden-

te alla ultima data di ricovero in ospedale del gruppo RSW A è pari a 22 (85%) mentre nel gruppo RSW B + RSW C è pari a 43 (69%). Il numero medio di giorni di ospedalizzazione dell'ultimo ricovero per i pazienti del gruppo A è di 12 (DS 10) mentre del gruppo RSW B + RSW C è 13, 5 (DS 20).

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il metodo della classificazione dei casi secondo il criterio delle "morti attese" suggerito da Rosenwax si è dimostrato valido e pertanto sarà applicabile anche per le altre patologie elencate con i dovuti accorgimenti dettati dalle caratteristiche cliniche specifiche.

Per quanto riguarda le altre malattie croniche con fasi terminali, sarà stimolante definire per i vari apparati quali sono i criteri predittivi di "morte attesa", che a tutt'oggi sono peraltro presenti in nuce nella mente dei clinici al momento della formulazione di

una prognosi severa o infausta. Le procedure aggressive che sono state praticate sui pazienti di gruppo A mostrano che non viene considerata opportunamente l'elevata probabilità, per non dire la certezza, di una morte imminente nell'adozione della strategia terapeutica.

Inoltre emerge che meno di 1/5 dei pazienti oncologici ha ricevuto cure palliative.

E' interessante notare che l'età dei pazienti osservati è intorno agli anni 80 e che quindi si impone un coordinamento stretto con i relativi servizi sia a livello ospedaliero che a quello territoriale.

Ancora una volta si è rilevato durante l'estrazione delle informazioni, che nelle cartelle spesso mancavano o erano molto carenti le informazioni ricercate e che i dati in esse contenuti non erano facilmente interpretabili.

## BIBLIOGRAFIA

1. Costantini M. et al. "The last three months of life of Italian cancer patients. Methods, sample characteristics and response rate of the Italian Survey of the Dying of Cancer (ISDOC)." *Palliat Med.* 2005 Dec;19(8):628-38.
2. Earle C. et al. "Identifying Potential Indicators of the Quality of End-of-Life Cancer Care from Administrative Data"; *J Clin. Oncology*, Vol 21, No 6 (March 16), 2003; pp 1133 -1138
3. Llobera J. et al. "Terminal cancer. duration and prediction of survival time." *Eur J Cancer.* 2000 Oct;36(16):2036-43.
4. Miccinesi G. et al. "Palliative home care reduces time spent in hospital wards: a population-based study in the Tuscany Region, Italy." *Cancer Causes Control.* 2003 Dec;14(10):971-7.
5. Rosenwax et al. "Estimate the size of a potential palliative care population" *Palliative Medicine* 2005; 19: 556-562

# Il benessere psicologico dei lavoratori in sanità

## Riassunto

Nonostante gli sviluppi tecnologici il lavoro terapeutico si basa sulla relazione tra persone, aspetto non sempre tenuto in adeguata considerazione.

Il benessere psicologico dei lavoratori è di primaria importanza in quanto può compromettere il loro risultato lavorativo, soprattutto nei casi in cui si hanno fenomeni quali lo stress lavoro-correlato, burnout e mobbing, e può portare l'azienda ad affrontare eccessivi costi sia per la diminuzione dell'attività lavorativa che per la produzione di danno al personale.

Infine viene richiamata la ricerca condotta nell' Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia su tali argomenti.

**A. Battista\*, M. Perrella\*\***

*\*Direttore medico di Presidio ospedaliero Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" Foggia.*

*\*\*Psicologa. Specialista in Psicologica dinamica e clinica per la persona, il gruppo e le istituzioni*

## PAROLE CHIAVE:

Stress lavoro-correlato, burn-out, mobbing, eustress, distress, salute degli operatori sanitari, benessere organizzativo, costrittività organizzativa, prevenzione, danno professionale, costi.

## INTRODUZIONE

Il lavoro assistenziale e terapeutico svolto in ospedale consiste in un offerta di servizi che si intrecciano con le aree più problematiche dell'esistenza umana quali la paura della morte e della malattia.

Il paziente in ospedale ritorna ad uno stato regressivo e, da una parte investe sull'operatore il suo desiderio di salvezza onnipotente, dall'altra, nel momento in cui le sue aspettative vengono deluse, gli riversa contro l'aggressività. Questo squilibrio emotivo mette in risalto l'aspetto umano degli operatori che, per poter svolgere il loro lavoro nel modo migliore, han-

no bisogno innanzitutto di star bene con se stessi e di imparare a riconoscere e gestire le istanze emozionali ambivalenti per non restarne coinvolti. La necessità di dover porre attenzione agli aspetti psicologici riguardanti il lavoro delle varie figure coinvolte nell'ambito sanitario si evince anche dalla recente normativa che si è evoluta in linea con la definizione di salute dell'OMS del 1948 secondo cui non basta l'assenza di malattia per essere in salute, ma è necessario uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Già nel 1994 compaiono nella legislazione i primi accenni agli aspetti psicologici del lavoro; infatti è con il d.lgs. n° 626 che viene inclusa

tra le misure generali di tutela dei lavoratori la programmazione della prevenzione ponendo attenzione ai fattori dell'ambiente di lavoro.

Nei dieci anni successivi si è avuto un notevole aumento delle patologie derivanti da rischi psico-sociali connessi con l'organizzazione del lavoro e si è giunti così a parlare di stress lavoro-correlato nell'Accordo Quadro Europeo del 2004 il cui obiettivo era quello di offrire ai datori di lavoro e ai lavoratori un quadro di riferimento per individuare e gestire i problemi inerenti lo stress nel lavoro.

E' solo nel 2008 che il d.lgs. n° 81 include nella valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato; tale decreto legislativo è stato integrato l'anno successivo dal d.lgs. n.106; la successiva Circolare del Ministero del Lavoro ha previsto l'inizio dell'attività di valutazione entro il 31 dicembre 2010. Col presente lavoro si ritiene di mettere a disposizione utili elementi per coloro che si occupano di organizzazione sanitaria classificando ed approfondendo i diversi aspetti legati al benessere psicologico degli operatori.

## LO STRESS

Secondo la definizione di Selye del 1936, è una risposta specifica dell'organismo a qualsiasi stimolo dell'ambiente.

E' uno stato fisiologico normale che non può essere evitato, ma può solo essere gestito nel modo

migliore. Lo stress provoca una reazione fisiologica che porta l'individuo a mobilitare le risorse disponibili e a produrre adrenalina e noradrenalina, intensificando la propria vitalità.

Di fronte agli stimoli ambientali la persona compie inizialmente una valutazione a livello cognitivo influenzata dalle precedenti esperienze; successivamente mette in atto una valutazione a livello emotivo e infine manifesta reazioni fisiologiche e comportamentali.

E' grazie a questo processo che la persona riesce ad adattarsi ai nuovi eventi.

Nella prima fase si ha la mobilitazione delle energie difensive in quanto c'è la preparazione ad agire (fase d'allarme) per cui si hanno fenomeni quali l'innalzamento della frequenza cardiaca, diminuzione della secrezione salivare, tensione muscolare.

La seconda fase si attiva solo se gli stressor sono prolungati e corrisponde al tentativo di adattamento; qui lo stress crea reazioni infiammatorie, ipertensione, diminuzione delle difese immunitarie (fase adattamento/resistenza).

Laddove le energie mobilitate si esauriscono, si ha la perdita della motivazione e il crollo delle difese, per cui nascono le patologie d'organo (fase esaurimento - distress).

Se invece il processo dello stress favorisce una prestazione ottimale si ha il ritorno all'equilibrio con l'ambiente caratterizzato da un nuovo adattamento e si può parlare di eustress.

Si sottolinea in questo modo l'importanza di un livello ottimale di stress per affrontare la vita quotidiana che non dovrebbe mai né eccedere né essere troppo basso per conseguire il raggiungimento degli obiettivi nel modo migliore.

## LO STRESS LAVORO-CORRELATO

Viene definito dal NIOSH nel 1999 "come un danno fisico e una risposta emotiva che interviene quando le caratteristiche del lavoro non corrispondono con le capacità, risorse o bisogni dei lavoratori. Può condurre ad un indebolimento della salute e addirittura ad infortuni".

Secondo la Commissione Europea è "caratterizzato da elevati livelli di eccitazione e ansia, spesso accompagnati da senso di inadeguatezza".

I fattori di rischio stressogeni vengono divisi in:

- a) il contesto del lavoro (cultura organizzativa, ruolo nell'organizzazione, sviluppo di carriera, autonomia decisionale/controllo, relazioni interpersonali sul lavoro, interfaccia famiglia lavoro;
- b) il contenuto del lavoro (ambiente di lavoro e attrezzature, pianificazione dei compiti, carico/ ritmi di lavoro, orario di lavoro).

Lo stress sul lavoro crea degli effetti dannosi che coinvolgono l'uomo nella sua totalità che sono:

- a) disturbi fisiologici, che possono colpire l'apparato cardiocircolatorio, quello muscolo-scheletrico, quello genitale, fastidi gastrointestinali, disturbi del sonno, disturbi dermatologici, disturbi della sfera sessuale;
- b) disturbi comportamentali che sono nocivi sia per l'organizzazione (riduzione della performance, il turnover, assenteismo, incidenti sul lavoro, cali di produttività) che per l'individuo stesso (tabacco, alcool, altre sostanze, anoressia/bulimia);
- c) disturbi psicologici, per cui si genera ansia, depressione, riduzione dell'autostima, diminuzione della motivazione, aggressività e fenomeni di burn-out.

## IL BURN-OUT

E' una particolare sindrome che insorge soprattutto nello svolgimento di attività professionali di carattere sociale, allorquando si ha il continuo contatto con persone portatrici di sofferenza fisica, psichica e sociale.

Da un punto di vista psicologico può esser visto come una strategia difensiva dall'eccessiva tensione per cui, attraverso meccanismi di fuga psicologica ed evitamento, la persona manifesta un totale distacco emozionale dal paziente.

Il burn-out è quindi una condizione di completo esaurimento emotivo in seguito all'esposizione duratura ad una situazione lavorativa a forte coinvolgimento emozionale ed è caratterizzato da fenomeni quali depersonalizzazione e ridotta realizzazione professionale.

Si sviluppa in maniera graduale come segue:

- 1) fase dell'entusiasmo per il nuovo lavoro;
- 2) fase della stagnazione in cui si realizza la difficoltà di conseguire i risultati desiderati;
- 3) fase della frustrazione in cui nascono sentimenti di rabbia e depressione;
- 4) fase dell'apatia in cui si raggiunge il totale disimpegno affettivo e si arriva alla morte professionale.

Questa sindrome può nascere in relazione agli aspetti individuali delle persone coinvolte, agli aspetti socio-culturali del contesto lavorativo ma, soprattutto, in relazione agli aspetti organizzativi dell'azienda in cui si lavora, per cui è più facile osservare fenomeni di burn-out nei casi di scarsa comunicazione interna, di obiettivi poco chiari, di ruoli ambigui, di scarsa partecipazione al processo decisionale o di poco sostegno.

I dipendenti affetti da burn-out manifestano sintomi comportamentali quali disimpegno, comportamenti eterodistruttivi, comportamenti autodistruttivi e sintomi psichici quali crollo della motivazione, crollo delle energie psichiche, caduta dell'autostima e sensazione di perdita di controllo.

## IL MOBBING

Un altro fenomeno che tocca la sfera psicologica del dipendente e che può nascere nei più svariati contesti così come in quello assistenziale è il mobbing che si verifica quando una o più persone (mobbers) mettono in atto una serie di comportamenti vessatori e discriminatori con l'obiettivo di eliminare una o più vittime.

La persona viene spinta in una posizione di impotenza e subisce un continuo attacco alla propria autostima.

Le attività mobbizzanti disturbano la possibilità della vittima di comunicare adeguatamente, di mantenere contatti sociali, di mantenere una buona reputazione personale, di avere uno sviluppo professionale e possono anche giungere ad avere effetti sulla sua salute fisica.

Il fenomeno in questione dipende dal mobber, dalla sua personalità, ma quando è l'organizzazione del lavoro a creare un danno professionale la responsabilità non è più attribuibile ad un singolo soggetto.

## COSTRITTIVITÀ ORGANIZZATIVA

Si parla di costrittività organizzativa quando avvengono uno o più delle seguenti condizioni:

- marginalizzazione dell'attività lavorativa;
- mancata assegnazione dei compiti lavorativi;

■ mancata assegnazione degli strumenti di lavoro;

■ ripetuti trasferimenti ingiustificati;

■ prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto;

■ impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie;

■ esclusione del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale.

Queste sono azioni che creano stress cronico nei dipendenti e difficoltà nel trovare strategie d'adattamento cognitivo rispetto a situazioni che si manifestano come non razionali e non giustificate.

La conseguente frustrazione vissuta, insieme all'impossibilità di fuga, producono un danno alla persona per cui nascono sentimenti di inadeguatezza, sensazione di non esistere più, percezione della propria immagine in modo non coerente.

## DISTURBI PSICHICI DI POSSIBILE ORIGINE PROFESSIONALE E COSTI PER LE AZIENDE

Nel momento in cui c'è la compromissione della vita sociale, relazionale e lavorativa possono svilupparsi disturbi quali:

- a) il disturbo dell'adattamento;
- b) disturbi ansiosi;
- c) disturbo acuto da stress;
- d) disturbi depressivi;
- e) disturbi misto ansioso-depressivi.

La Commissione Europea ha calcolato che il costo dello stress legato all'attività lavorativa è di 20 miliardi di euro l'anno, mentre l'università di Manchester ha valutato che in generale lo stress corrisponde al 30 % del costo complessivo di malattie e infortuni e al 50 -60 % delle giornate lavorative perse in un anno.

## LA PREVENZIONE

Solo attraverso la prevenzione si può affrontare in modo efficace il problema dello stress nell'ambito lavorativo.

E' necessaria una prevenzione primaria che elimini il rischio di stress, per cui, ad esempio, si può favorire una progettazione ergonomica dell'azione organizzativa.

Si può inoltre pensare ad una prevenzione secondaria che diagnostichi precocemente l'esistenza dei disturbi e intervenga attraverso corsi di formazione-informazione per favorire la promozione della buona salute e lo sviluppo delle abilità di coping (codici etici, buone prassi, formazione manageriale).

E, infine, per gestire i casi veri e propri è necessaria una prevenzione terziaria per dare assistenza al lavoratore in termini di counseling e favorire il suo reinserimento lavorativo. L'organizzazione, da un punto di vista preventivo, può favorire la partecipazione nelle decisioni dell'organizzazione del lavoro, assicurarsi che i compiti affidati ai lavoratori siano compatibili con le sue motivazioni e le sue effettive capacità, chiarire gli obiettivi perseguiti e i valori della struttura, esplicitare il loro fondamentale ruolo, eliminare dall'ambiente lavorativo fattori di rischio per la salute degli operatori, introdurre incentivi e gratificazioni e istituire attività di sostegno/consulenza a favore degli stessi.

E' importante, inoltre, che ci sia la formazione che oltre ad essere adeguata, cioè focalizzata sugli aspetti relazionali del contesto lavorativo, sia anche permanente, per cui necessita una continua attenzione alle competenze emotive e alle capacità di autocontrollo.

E' fondamentale, infine, che in un

ambiente di lavoro venga creato un clima organizzativo favorevole, favorito dall'investimento sulla motivazione, sulle relazioni orizzontali e sul lavoro di gruppo, nonché dalla cura degli ambienti e dalla condivisione delle conoscenze.

## **ANALISI ORGANIZZATIVA NELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "OSPEDALI RIUNITI" DI FOGGIA**

Gli aspetti fin qui descritti sono stati studiati e largamente confermati recentemente da un esteso e complesso studio condotto presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia dalla Direzione medica di Presidio Ospedaliero e dal gruppo delle posizioni organizzative delle professioni sanitarie.

La ricerca, effettuata sul personale dipendente, aveva tra l'altro lo scopo di valutare il legame tra lo stile d'attaccamento dell'individuo e il suo modo di lavorare. E' emerso che il personale con stile evitante e ansioso vede il lavoro come un impegno di tipo strumentale, e quindi è più intenzionato a effettuare *turnover*.

Il dipendente che possiede uno stile sicuro mostra maggiore impegno nei confronti del paziente ed è più disponibile e predisposto a dare sostegno agli altri.

L'*empowerment* dei lavoratori risulta essere un aspetto fondamentale nell'azienda in quanto riesce a ridurre un probabile *burn-out*.

Infine, l'ultimo dato che emerge dalla ricerca riguarda il processo di umanizzazione/deumanizzazione del paziente rispetto al quale i dipendenti con uno stile evitante utilizzano una strategia difensiva e per tale ragione finiscono con il

deumanizzare il paziente, mentre quelli che posseggono uno stile sicuro lo umanizzano in quanto percepiscono e accolgono il suo bisogno d'aiuto e conforto.

Il clima dell'azienda risulta essere controverso, in quanto sembrano esserci a volte dei processi di comunicazione poco adeguati.

I dati della ricerca, ancorché parzialmente pubblicati, sono consultabili sul n. 4 pag. 41-49 della rivista *Valutare in sanità* disponibile anche sul sito [www.valutareinsanita.com](http://www.valutareinsanita.com).

## **CONCLUSIONI**

Porre attenzione agli aspetti psicologici dei dipendenti, da una parte consente che il personale si senta effettivamente preso in considerazione e dall'altra permette di individuare i punti critici all'interno dell'azienda così da poter programmare interventi mirati alla risoluzione dei problemi. In tal modo viene migliorata la salute psicofisica dei lavoratori, si favorisce il clima di benessere e si ottiene un ambiente lavorativo molto più efficace ed efficiente.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Avallone F. (2003) *Benessere organizzativo*. Rubettino, Roma
2. Commissione europea. (1999) *Guida sullo stress legato all'attività lavorativa "Sale della vita o veleno mortale?". Salute e sicurezza sul lavoro, Direzione generale Occupazione e affari sociali, Luxembourg.*
3. De Simone S. (2011) *Verifica di modelli causali sugli effetti degli stili di attaccamento del personale. Valutare in sanità, 4, p. 41-49.*
4. ISPESL - European Agency for Safety and Health at Work. (2002) *Lo stress in ambiente di lavoro. Linee guida per datori di lavoro e responsabili dei servizi di prevenzione*. ISPESL, Roma.

5. ISPESL. (2004) *Stress at work in enlarging Europe. A programme of Work life and EU enlargement. Promoted and organised by Swedish National Labour Market Board (aMS) and National Institute for Occupational Safety and prevention*. ISPESL, Rome.

6. NIOSH. (1999) *Stress at Work*. U.S. National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH) Publication Number 99-101.

7. Pancheri P.(1983) *Stress Emozioni Malattia*. Mondadori, Milano.

8. Selye H. (1946) *The general adaptation syndrome and the disease of adaptation*. *Clinical Endocrinology*, 6, p. 117-130.

9. Selye H. (1975) *The stress of life*, Mc Grow Hill, New York.

# Centralizzazione del processo di decontaminazione, ricondizionamento e sterilizzazione dei dispositivi riutilizzabili in ospedale e territorio: la centrale di sterilizzazione

## Riassunto

L'adeguamento strutturale e strumentale della centrale di sterilizzazione del presidio ospedaliero di Senigallia ha rappresentato l'occasione per la revisione del processo di raccolta, lavaggio, confezionamento e sterilizzazione dello strumentario. La centralizzazione della sterilizzazione dei dispositivi medici, organizzati in kit monouso monopaziente, assicura uno standard uniforme e documentato in tutto il comprensorio dell'azienda (sia ospedale che territorio). Il risultato è stato ottenuto gestendo direttamente ed in proprio tutto il processo avvalendosi esclusivamente di personale dedicato e formato.

Questa esperienza ha dimostrato che l'investimento per il miglioramento qualitativo si accompagna oltre che ad un recupero di efficacia anche ad un aumento dell'efficienza su larga scala e nel tempo ad un recupero anche economico dell'investimento effettuato. Tale innovazione è risultata gradita a tutto il personale sanitario coinvolto.

**S. Seri\*, M. Moroni\*\*, E. Draghi\*\*\***

\* *Direttore Medico del Presidio Ospedaliero "Principe di Piemonte" ASUR Marche ZT 4 Senigallia*

\*\* *Referente Centrale Sterilizzazione Ospedale "Principe di Piemonte" ASUR Marche ZT 4 Senigallia*

\*\*\* *Specializzanda Igiene e Medicina Preventiva UNIVPM*

## PAROLE CHIAVE:

Kit standardizzati, qualità, sicurezza, centralizzazione

Il processo di sterilizzazione è di fondamentale importanza per la sicurezza delle attività all'interno dell'ospedale e riveste un ruolo fondamentale per il controllo e la riduzione delle infezioni attraverso un processo standardizzato di decontaminazione, lavaggio, confezionamento, sterilizzazione dei presidi riutilizzabili <sup>(1)</sup>. In questi ultimi anni si è diffusa l'esigenza di centralizzare le attività della sterilizzazione in una struttura appositamente creata e con carat-

teristiche architettoniche e logistiche più idonee, rispondenti alle mutate esigenze di sicurezza e di affidabilità, oltre che di rendimento e di risparmio di gestione. Il concentrare in un'unica area tutti gli impianti e le macchine che occorrono per svolgere le attività di sterilizzazione consente infatti vantaggi in ordine al risultato di sterilità dei materiali, al rendimento degli operatori, degli impianti e delle macchine, al benessere fisico e psicologico del

personale e permette maggiori garanzie di standardizzazione dei processi <sup>(2)</sup>. La garanzia di una corretta sterilizzazione dipende da vari fattori: personale motivato, preparato e costantemente aggiornato; procedure consolidate e codificate, spazi ed attrezzature adeguate e non ultimo il sistema di tracciabilità.

La computerizzazione permette un controllo puntuale di tutte le varie fasi del processo di lavoro con l'indicazione della responsabilità individuale di ogni singolo lavoratore nelle varie fasi e di ogni singola macchina per ogni ciclo e kit lavato e sterilizzato e nel contempo permette di fornire al cittadino la certificazione di una corretta sterilizzazione.

La Zona Territoriale n. 4 (ZT4) dell'Azienda Sanitaria Unica Regione (ASUR) Marche ha voluto rinnovare e potenziare questo servizio presso il presidio ospedaliero "principe di Piemonte" di Senigallia con l'obiettivo di garantire un prodotto sterile assolutamente sicuro per il cittadino e uno standard uniforme in tutto il comprensorio della ZT4. Per raggiungere questo risultato la ZT4 ha adottato due scelte importanti:

■ gestire, direttamente ed in proprio, tutto il processo di sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili <sup>(3)</sup> servendosi di attrezzature, locali ed apparecchiature di proprietà;

■ avvalersi esclusivamente di personale dedicato con lunga esperienza maturata in Sala Operatoria ed in Centrale di Sterilizzazione.

Si è evitato in tal modo di esternalizzare l'intero processo di sterilizzazione (o fasi dello stesso) che avrebbe comportato la perdita sia del governo di un processo di lavoro particolarmente delicato, sia di un prezioso patrimonio di professionalità interne.

Un altro obiettivo è che alla centrale afferisca ogni strumento o materiale autoclavabile in uso nella zona, sia esso usato in ospedale sia nel territorio o a domicilio dei pazienti. Così facendo tutto il materiale viene sottoposto alla stessa procedura di decontaminazione, lavaggio, confezionamento e sterilizzazione: vengono ridotte le variabili, i processi sono standardizzati ed è garantita la tracciabilità; in definitiva aumentano i livelli di sicurezza. Ad ogni riconfezionamento tutto il materiale viene sottoposto a verifica di funzionalità permettendo un rinnovamento ed adeguamento costanti dello strumentario in uso.

## MATERIALI E METODI

Nell'ospedale di Senigallia (300 pl, 22 unità operative complesse, 13.361 dimessi, 4.843 interventi chirurgici, 31.201 prestazioni di Pronto Soccorso (P.S.) (dati 2008)) già fin dalla fine degli anni '80, era iniziata la centralizzazione per lo strumentario di sala operatoria, in locali adibiti ad hoc e separati dalle sale operatorie, con apparecchiature dedicate, standardizzando i processi e confezionando materiali e strumenti in kit monointervento e monopaziente ed era già stata avviata la tracciatura manuale del processo.

Ora, dopo la ristrutturazione

avvenuta nel corso del 2006, la centrale di sterilizzazione, occupa una superficie di 445 mq. suddivisa in tre ambienti separati (accettazione e lavaggio (Fig.1) – confezionamento (Fig.2) e caricamento autoclavi (Fig.3) - stoccaggio e distribuzione) e di spogliatoi, magazzini e stanza referente. La Centrale è stata realizzata rispondendo ai requisiti strutturali tecnologici e organizzativi secondo le norme di accreditamento Regionali <sup>(4)</sup>. Tutte le apparecchiature sono alimentate con acqua prodotta da un impianto ad osmosi inversa.

Oltre ai controlli quotidiani di routine sulle autoclavi, termodisinfettatrici e saldatrici <sup>(5)</sup>, vengono eseguiti controlli annuali per convalidare termodisinfettatrici e autoclavi <sup>(6)</sup>.

La Centrale è stata dotata di 6 postazioni computerizzate e l'intero processo è gestito nella sua completezza da un sistema di rintracciabilità che monitorizza l'intero percorso: il materiale è tracciato dal lavaggio alla consegna, fino al suo rientro dopo l'utilizzo da parte delle diverse Unità Operative (UU.OO.) e principalmente dal Gruppo Operatorio Centralizzato (Fig.4).

Tutto il processo è seguito ed organizzato da personale specializzato: una referente, cinque infermieri, due oss.

Al rinnovamento strutturale e tecnologico è corrisposto, nel personale dedicato, l'esigenza di revisionare tutto il processo di gestione dello strumentario chirurgico avviato alla sterilizzazione. E' stato quindi elaborato un progetto suddiviso in fasi che ha comportato:

1. L'analisi dettagliata dell'intero percorso dei dispositivi riutilizzabili all'interno della nostra organizzazione sanitaria. Tale ana-

lisi evidenziava la impossibilità di standardizzare e certificare le fasi del processo di decontaminazione, lavaggio e confezionamento nelle UU.OO. dovute alle numerose variabili. Infatti il personale delle singole UU.OO. pur avendo avuto formazione e dettagliate istruzioni operative, non disponeva di tempi, ambienti e attrezzature adeguati;

2. La elaborazione di un sistema di raccolta ed invio dello strumentario sporco direttamente dalle UU.OO. alla zona lavaggio della centrale;

3. La ricerca di contenitori e decontaminanti che riducessero al minimo i rischi per operatori e per l'ambiente <sup>(7)</sup>;

4. La sperimentazione dei contenitori e dei decontaminanti; alcune UU.OO. pilota, sono state dotate di contenitori a chiusura ermetica, comprensivi di griglie adatte all'inserimento diretto nella termodisinfettatrice e decontaminanti di comprovata efficacia smaltibili nella rete fognaria;

5. Il ritiro e la catalogazione dello strumentario di ogni U.O. presa in gestione ha evidenziato un'alta difformità di uso dello strumentario per tipologie di medicazioni molto simili.

6. Standardizzazione di kit specifici anche per le medicazioni e gli interventi cruenti effettuati in ambiente ambulatoriale in un confronto a volte serrato, con medici ed infermieri delle varie UU.OO. che ha portato alla condivisione di n°4 tipologie di kit standard di medicazione/sutura diversificati secondo CODICE-COLORE: (Fig.5)

- VIOLA: kit sutura complessa;
- CELESTE: kit medicazione;
- VERDE: kit per medicazione complessa;
- ROSA: kit sutura;

Al fine di raggiungere gli obiettivi preposti è stato attuato un

adeguato intervento formativo rivolto agli infermieri delle varie UU.OO.

L'intervento formativo si è estrinsecato sia con incontri teorici che con interventi sul campo coinvolgendo il personale della centrale e delle UU.OO. che via via si andavano centralizzando.

## RISULTATI

La sperimentazione del processo è avvenuta nell'Unità Operativa del Pronto Soccorso dal mese di febbraio 2008 al luglio 2008 .

Il kit più utilizzato è stato quello per la sutura semplice (ROSA n=784), a seguire quello della sutura complessa (VIOLA n=216) e quello per la medicazione (CELESTE n=169) (Tab1.).

A seguito dell' esito positivo della fase di sperimentazione si è proceduto ad estendere la centralizzazione a tutte le restanti UU.OO. del Presidio che via via interesserà anche le attività esterne all'Ospedale.

Attualmente giornalmente la centrale di sterilizzazione autoclava 600 pezzi (pacchi buste) e 24 containers suddivisi in 16 cicli di sterilizzazione soddisfacendo le necessità di 4 sedute operatorie/die delle diverse specialistiche presenti (chirurgia, ortopedia, ostetricia-ginecologia, ORL, oculistica, rianimazione) e dell'attività di medicazione di tutte le UU.OO. gestite ( Pronto Soccorso ed OBI, Sala Gessi, Ortopedia degenze ed ambulatori, sala Parto, Ostetricia e Ginecologia degenze ed ambulatori, neurologia degenze ed ambulatori) (Tab.2).

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il processo di sterilizzazione all'interno di una organizzazione, erogatrice di processi assistenziali, viene ad essere uno dei

punti strategici su cui è basata la qualità dell'assistenza e la sicurezza del paziente, in termini di riduzione delle infezioni ospedaliere <sup>(8)</sup>.

La nuova organizzazione ha permesso di fornire materiale sterile tracciato oltre che alle sale operatorie, alle unità operative dell'ospedale ed in futuro alle UU.OO. che agiscono sul territorio, di rispondere alle necessità tecniche implicite ed esplicite del cliente interno in conformità alle norme vigenti e alle tecniche attuali, di tracciare tutto lo strumentario ed il suo utilizzo in ogni U.O., ed indirettamente il carico di lavoro delle UU.OO. relativamente alle attività di medicazione.

E' risultata inoltre ben accetta agli operatori in quanto i kit sterili pronti e differenziati consentono maggiore velocità di esecuzione delle procedure e si recupera tempo nel riordino, quindi una riduzione del carico di lavoro del personale delle UU.OO. La standardizzazione dei kit e la loro costante manutenzione ha ridotto i costi relativi alla variabilità individuale.

Questa esperienza dimostra che l'investimento per il miglioramento qualitativo si accompagna oltre che ad un recupero di efficacia anche ad un aumento dell'efficienza su larga scala e nel tempo ad un recupero anche economico dell'investimento effettuato.

A esemplificazione di quanto, a volte, partendo da una singola necessità e da un ristretto numero di operatori fortemente motivati professionalmente, anche senza riconoscimenti tangibili, i benefici si estendono, con un effetto domino, a tutte le strutture operative dell'azienda, determinando anche un aggiornamento della cultura e delle tecniche assistenziali.

## BIBLIOGRAFIA

1. Tartaro D.Sarti G.*Il processo di sterilizzazione. Dalla decontaminazione alla riconsegna del materiale sterilizzato. Milano:Masson, 1999;*
2. *La sterilizzazione: competenze, responsabilità e direttive. Volume III; Collegio IPASVI-ROMA*
3. *UNI EN 556/96 ;*
4. *Lg. Regione marche 20/2000*
5. *EN 285/96;*
6. *UNI EN 554/94 ;*
7. *Decreto Legislativo 81 del 2008;*
8. *Finzi G.Le infezioni ospedaliere prevenzione e controllo. Torino:Centro Scientifico Editore, 1993;*