

SOMMARIO

2

Percorso dell'A.N.M.D.O. sul Disegno di legge: Interventi per la qualità

e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale (collegato alla manovra di finanza pubblica per il 2008)

27 marzo 2007- Incontro con il Ministro della Salute

Una delegazione della nostra Associazione, formata dal Presidente Dr. Gianfranco Finzi, accompagnato dal Vicepresidente Attività Scientifica Dr. Ugo Luigi Aparo e dai soci Dr. Renato Li Donni e Dr. Salvatore Paolo Cantaro, è stata ricevuta a Roma dal Ministro della Salute, Sen. Livia Turco, al quale è stato sottoposto un documento dell'ANMDO in riferimento al disegno di legge in materia di ammodernamento del Sistema Sanitario in Italia.

3

Progetto "Centrale di Sterilizzazione ideale"

È stato riconfermato anche per il 2008, nell'ambito di un accordo sperimentale stipulato nel 2006 tra il CERMET (Ente per la Certificazione e la Ricerca della Qualità) e l'ANMDO, il gruppo di lavoro sulla "Qualifica dei centri di sterilizzazione nell'ambito dell'accreditamento volontario" (Coordinatore Dott. G. Finzi). L'ANMDO intende quindi consolidare l'attività fin qui svolta incentivando e promuovendo le verifiche di audit presso le centrali di sterilizzazione che ne avanzino richiesta. Inoltre è di prossima pubblicazione il manuale "Linea guida per l'interpretazione dello standard A.N.M.D.O. CER-MET riferito all'accreditamento delle centrali di sterilizzazione"...



È attivo il sito nazionale
www.anmdo.org

LETTERA AL MINISTRO

Auguri di buone feste al Ministro della Salute da parte dell'A.N.M.D.O.

Egregio Signor Ministro, nell'augurarLe buone feste ed auspicando un 2008 caratterizzato da una fattiva e costruttiva collaborazione, l'A.N.M.D.O. ha ritenuto opportuno inviarLe alcune riflessioni sul Disegno di legge concernente "Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale" (collegato alla manovra di finanza pubblica per il 2008).

Le leggi di riforma del Servizio sanitario nazionale Italiano hanno chiaramente individuato nell'ambito della aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie l'affidamento di compiti e responsabilità degli organi delle aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere. Il direttore generale assume le decisioni; il direttore sanitario di azienda è il responsabile della produzione e collabora alla definizione delle strategie; il direttore amministrativo è il responsabile delle adempimenti amministrativi; il direttore sanitario di presidio ospedaliero è il responsabile operativo igienico-sanitario e medico legale; il direttore di dipartimento e i direttori di unità operativa sono responsabili dell'operatività clinica e dell'appropriatezza.

L'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (A.N.M.D.O.) ribadisce che sia di prioritario interesse del S.S.N. ed in particolare dell'efficace ed efficiente conduzione delle aziende sanitarie e ospedaliere, l'esistenza, come previsto dalla normativa vigente, nei livelli direzionali, di figure mediche con professionalità organizzative ai quali affidare compiti di governo clinico delle componenti sanitarie del sistema operativo, riservando ai clinici l'esercizio di tutte le attività professionali specifiche della funzione assegnata. L'A.N.M.D.O. richiede, pertanto, che tale concetto sia ribadito anche nel Disegno di legge concernente "Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale" (collegato alla manovra di finanza pubblica per il 2008).

Per questi motivi l'A.N.M.D.O. propone in relazione al Disegno di legge alcune modifiche ed integrazioni:

depenare l'Art. 10

(Requisiti delle strutture sanitarie pubbliche e private ed effetti sanzionatori in caso di truffe al SSN)

Art. 11

(Dipartimenti)

1. L'articolo 17-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni è sostituito dal seguente:

Art. 17-bis

(Dipartimenti)

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie e ospedaliere.
 2. Il direttore del dipartimento è nominato dal direttore generale, sentito il comitato di dipartimento e il collegio di direzione, entro una terna di dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento. Il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.
 3. I dipartimenti delle attività ospedaliere sono di natura strutturale. Il comitato di dipartimento individua la terna di cui al comma 2. Le regioni disciplinano le competenze dei dipartimenti delle attività ospedaliere, territoriali e della prevenzione e le modalità di assegnazione delle risorse su base budgetaria e di gestione delle risorse su base budgetaria. La preposizione ai dipartimenti strutturali comporta l'attribuzione sia di responsabilità clinica, sia di responsabilità gestionale e organizzativa in ordine alle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi di risultato. A tal fine il direttore del dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e di gestione delle risorse disponibili, negoziato con la Direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. Il comitato di dipartimento di cui al comma 4, partecipa alla programmazione, alla realizzazione, al monitoraggio e alla verifica delle attività dei dipartimenti. Il coordinamento tra le funzioni dipartimentali ospedaliere è assicurato dalla direzione medica dell'ospedale.



Dott. G. Finzi - Presidente Nazionale A.N.M.D.O.

4. Le Regioni disciplinano la composizione e le funzioni del comitato di dipartimento, garantendo che sia assicurata la parità tra membri di diritto e rappresentanti della dirigenza medica e sanitaria e delle professioni sanitarie eletti dal personale.

Art. 12

(Responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto)

1. Dopo l'articolo 17-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni è inserito il seguente:

Art. 17-ter

(Responsabilità dei direttori di dipartimento, di distretto e di presidio ospedaliero)

1. Ai Direttori di dipartimento, di distretto e di presidio ospedaliero, nell'ambito delle rispettive competenze definite dalla normativa regionale, sono attribuite responsabilità di indirizzo e valutazione delle attività clinico-assistenziali e tecnico-sanitarie finalizzate a garantire che ogni assistito abbia accesso ai servizi secondo principi di ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate, di appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività, di efficacia delle prestazioni in base alle evidenze scientifiche, di minimizzazione del rischio di effetti indesiderati e di soddisfazione dei cittadini."

In riferimento all'Art. 18 (Sicurezza delle cure) l'A.N.M.D.O. vuole ribadire ancora una volta che il rischio in Sanità rappresenta un tema di grande rilevanza e di forte impatto sociale.

L'attività professionale del personale medico, infermieristico e tecnico è soggetta a possibili errori che possono determinare gravi conseguenze fino alla morte. E' pertanto necessario sviluppare adeguati programmi aziendali per la gestione del rischio clinico tenendo presente che alla luce delle prove di efficacia esistenti occorre superare modelli organizzativi burocratici, basati esclusivamente sul controllo, che impediscono la reale applicabilità



continua da pag. 1

di meccanismi di sorveglianza. **E' altresì indispensabile che vengano depenalizzati gli errori non dovuti a dolo dell'operatore.**

Premesso tutto ciò è necessario chiarire e definire il ruolo e la responsabilità di chi gestisce il rischio clinico in Azienda. Tale definizione è stata inserita nell'ambito del Disegno di legge concernente "Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale".

Il dettato dell'art. 18 del Ddl sopramenzionato risponde all'esigenza di dare una immediata risposta ad un problema di grande attualità e di forte impatto sull'opinione pubblica.

Va inoltre tenuto in considerazione che nella deliberazione del 25 Luglio 2007 "Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali", all'Art.3 viene definito il compito della Commissione, ovvero di "verificare se vi sia la necessità di rafforzare il ruolo, le funzioni e le responsabilità dei direttori sanitari e individuare altre misure utili per migliorare l'efficienza e l'affidabilità delle strutture sanitarie e amministrative sia pubbliche sia private".

Da tempo la Presidenza ed il Comitato Scientifico dell'A.N.M.D.O. sostengono che in ciascuna azienda sanitaria o ospedaliera (o meglio ancora a livello regionale o di area vasta) sia necessario individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico in accordo con il documento "Risk management in Sanità - il problema degli errori", prodotto nel 2004 dal Ministero della Salute. A livello aziendale il responsabile del Governo Clinico è il direttore sanitario, il quale promuove in tutti i servizi ospedalieri, distrettuali e di prevenzione iniziative volte alla riduzione degli errori, mediante un'intensa attività formativa protesa a fare emergere nel personale una cultura positiva di apprendimento dagli errori ed elabora un sistema di segnalazione interna degli errori stessi.

Dal canto suo il direttore medico di presidio ospedaliero opererà concretamente sugli episodi e metterà in atto iniziative sistematiche preventive mediante l'analisi dei percorsi assistenziali ed organizzativi prevalenti nell'erogazione dell'assistenza, di conseguenza, elaborerà un programma complessivo per l'ospedale di prevenzione per la gestione del rischio clinico prevedendo specifici interventi di formazione, di rinnovo tecnologico, di revisione dei percorsi assistenziali, di informatizzazione dei processi assistenziali, di revisioni o modifiche organizzative quali-quantitative. Contribuirà per l'area ospedaliera a sostenere il sistema di segnalazione interna degli errori e ad elaborare specifici indicatori. La funzione aziendale deve essere inserita nell'ambito della Clinical Governance afferente al direttore sanitario di azienda.

E' necessario inoltre ribadire che il Risk Manager sia un medico con competenze igienistiche, di organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Inoltre si ritiene di esprimere riguardo al comma 2 dell'Art. 18, serie di preoccupazioni in quanto sono pochi i servizi di ingegneria clinica nella realtà sanitaria italiana e di questi pochi, una parte importante sono governati da soggetti privati ed il servizio è effettuato in outsourcing. Da ciò ne deriva che l'applicazione del comma 2, se attivato nel Servizio sanitario nazionale, comporterebbe senz'altro un aumento di spesa.

Non si può nella complessa realtà sanitaria in generale, ed ospedaliera in particolare, parlare di una sicurezza riferita ad un rischio dei "dispositivi medici costituiti da apparecchi e impianti" ma è opportuno parlare di sicurezza integrata riferita ad una valutazione globale del rischio.

Dal punto di vista formativo non è prevista nel nostro ordinamento universitario la laurea in ingegneria clinica bensì quella in Ingegneria Bio-

medica o in Bioingegneria o Laurea in Ingegneria con orientamento o indirizzo in Ingegneria Biomedica o Bioingegneria. Pertanto risulta difficile individuare le caratteristiche formative ed i profili professionali di coloro i quali dovrebbero dirigere i servizi di Ingegneria Clinica.

Per tali motivi l'A.N.M.D.O. ritiene opportuno ridefinire nello specifico l'art. 18 del Disegno di legge con il seguente testo:

Art. 18 (Sicurezza delle cure)

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano le condizioni per l'adozione, presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate del Servizio sanitario nazionale, di un sistema per la gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti, incluso il rischio di infezioni nosocomiali, prevedendo l'organizzazione in ogni azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, policlinico universitario a gestione diretta e istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, di una funzione aziendale permanentemente dedicata *inserita della Direzione Sanitaria* a tale scopo nell'ambito delle disponibilità delle risorse aziendali. I singoli eventi del rischio clinico e i dati successivamente elaborati sono trattati in forma completamente anonima. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito delle rispettive funzioni istituzionali, assicurano, in ogni azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, policlinico universitario a gestione diretta e istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, o in ambiti sovrazionali da esse stesse individuati, al cui interno operino uno o più ospedali, la Direzione Tecnica che garantisce la sicurezza l'efficienza degli apparecchi, degli impianti e delle strutture.

La Direzione Tecnica è coordinata da un Direttore Tecnico. Della Direzione Tecnica fanno parte figure professionali tecniche adeguate e strutturate all'interno di essa. La Direzione Tecnica contribuisce alla programmazione delle nuove realizzazioni ivi comprese le nuove acquisizioni e alla formazione del personale sull'uso delle tecnologie. All'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 1 e 2 si provvede nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali complessivamente disponibili a legislazione vigente presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale interessati, ivi incluse le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari a gestione diretta.

La proposta avanzata dal Direttivo Nazionale ANMDO comporta di fatto la realizzazione della gestione del rischio clinico in Aziende Sanitarie a costo zero, coinvolgendo attivamente le figure professionali dotate di adeguata formazione ed investite al contempo di un ruolo adeguato che possieda il giusto peso nei confronti delle altre componenti strategiche aziendali.

L'A.N.M.D.O. auspica di poter rappresentare, nelle Sedi Parlamentari competenti, le proprie più approfondite argomentazioni in merito alla proposta formulata.

Il Presidente Nazionale ANMDO
Dr. Gianfranco Finzi

Per conoscenza questa la lettera dell'ANMDO è stata inviata anche al Presidente (e ai Componenti) della 12ª Commissione permanente Igiene e Sanità, Senatore Prof. Roberto Ignazio Marino, oltre ai componenti della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Percorso dell'A.N.M.D.O. e la sicurezza del Servizio pubblica per il 2008)

27 marzo 2007 - Incontro con il Ministro della Salute

Una delegazione della nostra Associazione, formata dal Presidente Dr. Gianfranco Finzi, accompagnato dal Vicepresidente Attività Scientifica Dr. Ugo Luigi Aparo e dai soci Dr. Renato Li Donni e Dr. Salvatore Paolo Cantaro, è stata ricevuta a Roma dal Ministro della Salute, Sen. Livia Turco, al quale è stato sottoposto un documento dell'ANMDO in riferimento al disegno di legge in materia di ammodernamento del Sistema Sanitario in Italia.

In tale documento veniva ricordato che il concetto di Clinical Governance, introdotto per la prima volta nel 1983 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), significa coerente capacità di indirizzo, monitoraggio e gestione dei fenomeni sanitari.

Le leggi di riforma del SSN Italiano hanno chiaramente individuato nell'ambito della aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie l'affidamento di tali compiti. Il Direttore Generale assume le decisioni; il Direttore Sanitario di Azienda è il responsabile della produzione e collabora alla definizione delle strategie; il Direttore Amministrativo è il responsabile delle adempimenti amministrativi; il Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero è il responsabile operativo igienico-sanitario, medico legale e dell'organizzazione dell'ospedale; il Direttore di Dipartimento e i Direttori di Unità Operativa sono responsabili dell'operatività clinica e dell'appropriatezza.

L'appropriatezza costituisce l'obiettivo della Clinical Governance. Per essere conseguita è necessario che i medici e tutti i professionisti, sanitari e non, che svolgono la loro attività nelle organizzazioni sanitarie, giochino un ruolo attivo nelle decisioni strategiche delle organizzazioni sanitarie costituendo una presenza forte che affianchi la Direzione ma senza stravolgere i principi della Governance delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere!

L'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO) ribadisce che sia di prioritario interesse del SSN ed in particolare dell'efficace ed efficiente conduzione delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, l'esistenza, come previsto dalla normativa vigente, nei livelli direzionali, di figure mediche con professionalità organizzative ai quali affidare compiti di governance delle componenti sanitarie del sistema operativo, riservando ai clinici l'esercizio di tutte le attività professionali specifiche della funzione assegnata.

L'ANMDO richiede, pertanto, che tale concetto sia ribadito, anche in nuovi disegni di legge in materia sanitaria che dovessero essere emananti. E' quindi di fondamentale importanza che questi ruoli siano ricoperti da persone in possesso delle competenze necessarie e certificate per svolgere al meglio la propria attività. I presupposti normativi già esistono (Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari, Comitato Tecnico-Scientifico negli IRCCS) ed occorre farli rispettare laddove vengono ignorati. L'ANMDO sottolinea che sarebbe perlomeno singolare che in un disegno di legge in materia sanitaria che tratta argomenti quali i Dipartimenti, il

Collegio di Direzione, il Collegio dei Sanitari e gli incarichi direzionali non venissero mai menzionati né il Direttore Sanitario di Azienda né il Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero. Considerando che "Governance" significa sostanzialmente che le persone giuste ricoprono i ruoli giusti, l'A.N.M.D.O. richiede che vengano individuati per tutte le figure della "Governance" (Direttore Generale, Direttore Sanitario di Azienda, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero, Direttore di Dipartimento, Direttore Tecnico) precisi requisiti professionali (come ad esempio la specialità in igiene e medicina preventiva per il Direttore Sanitario Aziendale) e percorsi formativi indispensabili per garantire che ruoli chiave del Servizio Sanitario Nazionale vengano ricoperti da persone che possiedono le competenze indispensabili, per esercitare nell'interesse dei cittadini, le proprie funzioni.

Marzo 2007 - Riflessioni sulle proposte del Ministero della Salute in materia di ammodernamento del Sistema Sanitario in Italia - Prof. Silvio Brusaferrò

La necessità di operare degli interventi legislativi capaci di portare delle correzioni all'attuale assetto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dettato dai Decreti legislativi n. 229/99 e n. 517/99 è pienamente condivisa anche alla luce di alcuni elementi critici che emergono prepotentemente all'attenzione pubblica.

Nel definire gli ambiti e nel precisare le modalità di intervento occorre però porre attenzione ad utilizzare un metodo che tenga conto delle esperienze emerse nella realtà nazionale ed in quelle internazionali cui si fa riferimento (in particolare al National Health Service - NHS). Occorre però osservare come a fronte di una ricca e qualificata documentazione prodotta, il problema della compliance delle organizzazioni e degli operatori alle indicazioni rimanga aperto, e con esso la questione di come si possa influenzare efficacemente i loro comportamenti. L'NHS inglese peraltro ha una articolazione che comunque vede una gestione centrale governativa e non una dialettica tra stato e regioni come attualmente avviene in Italia.

L'esperienza italiana in questo caso mostra che anche iniziative meritevoli e qualificate come quella del Piano Nazionale Linee Guida (PNLG), pur avendo prodotto dei documenti eccellenti dal punto di vista scientifico e facilmente introducibili nel contesto assistenziale italiano, in realtà incidono solo laddove si verificano alcune condizioni favorevoli a livello regionale, aziendale e professionale.

Rimane un elemento di criticità della realtà italiana la necessità di armonizzare i comportamenti organizzativi e clinico assistenziali tra regioni e, all'interno di queste, tra aziende. Accanto al problema della compliance di organizzazioni e professionisti in questo decennio un nuovo tema emerge nel funzionamento dei servizi sanitari ed è quello della dialettica tra manager e professionisti.

Non a caso il tema della Clinical Governance nasce in risposta alla grande enfasi posta negli

DISEGNO DI LEGGE

sul Disegno di legge: Interventi per la qualità sanitario nazionale (collegato alla manovra di finanza)

anni '90 agli aspetti organizzativi, alle funzioni manageriali ed alla questione dei costi. Parlare di Clinical Governance e di tutte le sue articolazioni, in effetti altro non è che il riconoscere come i professionisti debbano essere attori rispetto a scelte ed azioni a valenza clinico assistenziale nelle organizzazioni sanitarie e volendo arrivare ad una semplificazione estrema, si tratta di un sistema per orientare le azioni professionali per riportare al centro dell'attenzione il paziente ed i professionisti che se ne prendono cura.

Un trend internazionale per il superamento di questo problema individua la possibilità di traslare figure di professionisti sanitari, dopo un training, in ruoli manageriali e ha trovato diversa applicazione nei contesti nazionali.

Nel contesto italiano l'esempio più eclatante è quello dei medici di direzione sanitaria. Il SSN infatti non ha avuto bisogno di particolari training ma in larga parte ha trovato al proprio interno delle figure mediche che per vocazione hanno fatto una scelta professionale tecnico organizzativa e si sono preparate, attraverso corsi di specializzazione specifici, all'uso di logiche e strumenti di Sanità Pubblica. Storicamente inoltre i medici di direzione sanitaria sono identificati come l'interfaccia tra la realtà assistenziale e quella politico amministrativa e, proprio in virtù di questo, hanno un taglio fortemente orientato all'interesse dell'insieme piuttosto che a quello di una parte singola. L'esperienza italiana mostra inoltre come laddove figure come quella del direttore medico di presidio non sono state adeguatamente valorizzate o si è preferito utilizzare professionisti non specificamente preparati al fine di ottemperare ai soli obblighi di legge, il sistema nel suo insieme non ha tratto particolari vantaggi e, al contrario, ha dovuto intervenire successivamente per ripristinare il corretto funzionamento delle strutture.

Relativamente a questa dialettica, non va dimenticato che nel modello inglese non esistono figure sanitarie mediche equivalenti, vocate e formate per porsi a ponte tra le esigenze della Sanità Pubblica e in definitiva della comunità e quelle dei professionisti.

Anche per questo molto successo hanno alcune associazioni professionali che forniscono al professionista, impegnato prioritariamente nella clinica strumenti di training per comprendere ed acquisire competenze manageriali progressivamente più complesse.

Va comunque ricordato che la figura del clinico che assume ruoli manageriali progressivamente perde quote di expertise clinica a favore di quella manageriale, venendosi alla fine a configurare come un medico esperto in organizzazione, simile ma non sempre equivalente in termini di prospettiva di lettura e di esperienza alle figure di medici di direzione sanitaria attualmente esistenti.

In altri termini quando una figura clinica assume progressivamente maggiori responsabilità manageriali questo implica un altrettanto progressivo abbandono (o quantomeno una riduzione della capacità di mantenere l'eccellenza) delle competenze cliniche. Tutte le Aziende del SSN hanno istituito o stanno istituendo i dipartimenti secondo quanto richiesto

dalla normativa vigente, ma il tutto avviene in modo molto eterogeneo, in rari casi infatti la realtà dipartimentale è realmente operativa nel significato più pieno del termine. Nella grande maggioranza delle situazioni si tratta di un ennesimo livello intermedio tra professionista e manager (direzione strategica), per lo più privo di reale responsabilità gestionale.

I direttori di struttura semplice e complessa si sentono più distanti dalla direzione strategica e, spesso, non riconoscono nel capo dipartimento la figura capace di fare da trait-d'union tra loro e la direzione stessa. A capo di questi dipartimenti, inoltre, sono posti clinici che, anche perché non dispongono di un reale potere decisionale e di un budget, continuano a svolgere la loro attività quasi totalmente in ambito clinico assistenziale.

Occorre sottolineare anche come la necessità di articolare tutto il sistema in dipartimenti ha portato alla creazione di contenitori abnormi sulle cui finalità si dovrebbe riflettere: ovvero se non si rischi di perdere di vista il razionale per cui sono stati introdotti i dipartimenti stessi. Va inoltre sottolineato che, laddove alcune sperimentazioni di questo tipo sono state realizzate, non sono ancora stati riportati risultati dell'esperienza. Al contrario emergono alcuni segnali come il rischio di disaffezione di figure mediche vocate agli aspetti igienico organizzativi che, poste a supporto, finiscono per diventare marginali, ancillari, poco collegate con l'insieme dell'azienda e quindi impoverite nella loro dote principale: quella di avere la visione di insieme.

In prospettiva un'adozione generalizzata di questo modello pone forti perplessità sulla reale capacità di dare unitarietà ai programmi aziendali oltre al rischio di perdere una figura chiave del sistema italiano, quella del medico di direzione sanitaria.

22 maggio ed 11 giugno 2007 - lettere al Ministro della Salute: Riflessioni dell'ANMDO sul Disegno di Legge in materia di sicurezza delle strutture sanitarie e gestione del rischio clinico

Nelle lettere inviate al Ministro della salute veniva fatto riferimento al tema del rischio in Sanità ricordando come l'attività professionale del personale medico, infermieristico e tecnico, fosse soggetta a possibili errori che possono determinare gravi conseguenze fino alla morte. E' pertanto necessario sviluppare adeguati programmi aziendali per la gestione del rischio tenendo presente che alla luce delle prove di efficacia esistenti occorre superare modelli organizzativi burocratici e basati esclusivamente sul controllo, che impediscono la reale applicabilità di meccanismi di sorveglianza. E' altresì indispensabile che vengano depenalizzati gli errori non dovuti a dolo dell'operatore.

Premesso tutto ciò l'ANMDO ha ritenuto necessario chiarire e definire il ruolo e la responsabilità di chi gestisce il rischio clinico in Azienda. Tale definizione dovrebbe essere inserita nell'ambito del DDL in materia dell'ammodernamento del Sistema Sanitario in Italia, oltre a precisare le funzioni delle figure professionali del Direttore

Sanitario e del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, distinguendone ruoli, competenze e requisito professionali.

16 luglio 2007 - Proposte di modifica al Disegno di Legge concernente: "Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale" avanzate dalla FESMED ed inviate al Sottosegretario alla Salute Dott. Serafino Zucchelli

Art. 5 - (Sicurezza delle cure)

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano le condizioni per l'adozione, presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate del Servizio sanitario nazionale, di un sistema per la gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti, incluso il rischio di infezioni nosocomiali, prevedendo, nell'ambito delle disponibilità delle risorse aziendali, l'organizzazione, in ogni azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, policlinico universitario a gestione diretta e istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, di una funzione aziendale permanentemente dedicata a tale scopo inserita nella Direzione Sanitaria. I singoli eventi del rischio clinico e i dati successivamente elaborati sono trattati in forma completamente anonima.

Art. 12 - Dipartimenti

3. I dipartimenti delle attività ospedaliere sono di natura strutturale. Il Comitato di Dipartimento individua la terna di cui al comma 2 mentre resta affidata alla disciplina regionale la definizione delle competenze dei dipartimenti delle attività ospedaliere, territoriali e della

prevenzione e le modalità di assegnazione delle risorse su base budgetaria e di gestione delle medesime. La preposizione ai dipartimenti strutturali comporta l'attribuzione sia di responsabilità in materia organizzativa e clinica sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il Direttore del Dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la Direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al Dipartimento mediante la costituzione di Comitati di dipartimento.

Il coordinamento tra le funzioni dipartimentali ospedaliere è assicurato dalla Direzione Medica dell'ospedale.

Art. 13 - (Responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto)

Ai Direttori di dipartimento, di distretto e di Presidio Ospedaliero, nell'ambito delle rispettive competenze definite dalla normativa regionale, sono attribuite responsabilità di indirizzo e valutazione delle attività clinico-assistenziali e tecnico-sanitarie finalizzate a garantire che ogni assistito abbia accesso ai servizi secondo principi di ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate, di appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività, di efficacia delle prestazioni in base alle evidenze scientifiche, di minimizzazione del rischio di effetti indesiderati e di soddisfazione dei cittadini."

Appuntamenti scientifici già programmati

- 24 gennaio 2008 (Ancona)
Sicurezza in Ospedale e Risparmio energetico: 2 esigenze da integrarsi
- 8 - 9 febbraio 2008 (Roma)
1° congresso nazionale SHITA Health Technology Assessment in Italia: Modelli, Strumenti ed Esperienze
- febbraio - aprile 2008 (Milano)
Corso SDA Bocconi ANMDO (IV edizione) - La Direzione Medica di Presidio Ospedaliero: competenze tecniche, organizzative gestionali (3 moduli)
- 7 - 8 marzo 2008 (Parma)
SICUREZZA DEL PAZIENTE E GESTIONE DEL RISCHIO: DALLE PAROLE AI FATTI. Esperienze e prospettive regionali a confronto.
- 3- 5 aprile 2008 (Cremona)
TGO - Mostra Convegno della Tecnologia e Gestione Ospedaliera.
- 28 - 31 maggio 2008 (Bologna)
EXPOSANITA' 2008
- settembre 2008 (Catania)
34° Congresso Nazionale ANMDO

ACCORDO

Progetto "Centrale di Sterilizzazione ideale"

Dr. Claudio Lazzari

È stato riconfermato anche per il 2008, nell'ambito di un accordo sperimentale stipulato nel 2006 tra il CERMET (Ente per la Certificazione e la Ricerca della Qualità) e l'ANMDO, il gruppo di lavoro sulla "Qualifica dei centri di sterilizzazione nell'ambito dell'accreditamento volontario" (Coordinatore Dott. G. Finzi). L'ANMDO intende quindi consolidare l'attività fin qui svolta incentivando e promuovendo le verifiche di audit presso le centrali di sterilizzazione che ne avanzino richiesta. Inoltre è di prossima pubblicazione il manuale "Linea guida per l'interpretazione dello standard A.N.M.D.O. CERMET riferito all'accreditamento delle centrali di sterilizzazione" al fine di completare ed aggiornare il manuale "Le buone pratiche di sterilizzazione - Guida all'accreditamento volontario delle centrali di sterilizzazione", pubblicato nel marzo del 2006.

L'obiettivo per il 2008 è quello di realizzare uno standard di riferimento per la costruzione di una centrale di sterilizzazione ideale partendo dai criteri definiti nei documenti ANMDO, CERMET, SIAIS.

Al fine di poter raggiungere tale ambizioso obiettivo è risultato necessario promuovere un'indagine conoscitiva sulla gestione del processo di sterilizzazione nelle diverse realtà ospedaliere italiane.

Per questo motivo verrà inviata al più presto una scheda di rilevazione di immediata e facile compilazione a tutti i soci ANMDO al fine di acquisire dati necessari alla definizione dello standard della centrale di sterilizzazione ideale.

Tali schede dovranno essere inviate all'attenzione della Dott. ssa Maria Cristina Corrias, Segreteria ANMDO

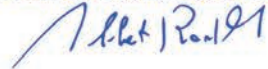
anmdo.segreteria@virgilio.it



"Quando cresce la qualità dei servizi, cresce la qualità della vita."

La mission di Copma è contribuirvi con un progetto articolato di servizi per la collettività. La ricerca continua di strumenti e tecnologie aggiornate testimonia l'impegno costante di Copma. La consapevolezza dell'importanza del lavoro fin qui svolto ci stimola per raggiungere nuovi e migliori traguardi.

Alberto Rodolfi, Presidente




- ➔ Pulizie e sanificazioni in ambiente sanitario, civile ed industriale
- ➔ Pulizia e sanificazione canalizzazioni aria
- ➔ Manutenzione e realizzazione aree verdi, pubbliche e private
- ➔ Gestione servizi integrati

Sede: via Veneziani, 32 - 44100 Ferrara (FE) - Tel. 0532 970611 - Fax 0532 970612

Div. Verde: p.le Atleti Azzurri d'Italia, 3 - 44100 Ferrara (FE) - Tel. 0532 977075 - Fax 0532 970133

Internet: www.copma.it - E-mail: posta@copma.it



NUMERI UTILI

PRESIDENTE

Dott. Gianfranco Finzi
Presso Direzione Medica Ospedaliera
Policlinico S. Orsola Malpighi
Via Massarenti 9, 40138 Bologna
Tel. 051 6363222
finzi@aosp.bo.it

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Prof. Ugo Luigi Aparo
Istituto Dermopatico dell'Immacolata
Roma
Tel. 06.66464450
aparo@idi.it

SEGRETERIA PRESIDENZA A.N.M.D.O.

Presso Direzione Medica Ospedaliera
Policlinico
S. Orsola Malpighi
Via Massarenti 9, 40138 Bologna
Tel./Fax 051 390512
Cell. 3338105555
anmdo.segreteria@virgilio.it

SEGRETERIA SINDACALE

Dott. Sergio Pili
Presidio Opsedaliero SIRAI
Carbonia (CA)
tel. 0781.6683308
sergiopili@hotmail.com