

L'OSPEDALE

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



Relazione annuale del Presidente Nazionale A.N.M.D.O.
Federalismo e assistenza sanitaria
Federalismo e Sanità: speranze e paure
Etica del bene comune in sanità
Il governo delle relazioni nelle organizzazioni sanitarie
Un sistema integrato: la giusta risposta a bisogni sempre più complessi?
Il Primario e la Direzione Sanitaria
Il percorso diagnostico terapeutico: nuovi modelli organizzativi e strumenti per la sostenibilità. L'esperienza organizzativa-gestionale in Oncoematologia: il ruolo della Direzione Sanitaria
Agire sui comportamenti per ridurre gli atti insicuri: il ruolo della formazione
La resistenza batterica a farmaci, aspetti clinici
L'ospedale per intensità di cure: lo stato dell'arte in Italia
Il rischio clinico infettivo: ieri, oggi e domani
Sviluppo sostenibile in Sanità
Applicazione del modello di sostenibilità alle Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna
La legge Brunetta e dubbi di incostituzionalità
Statuto della «Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere»
Regolamento della «Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere»
La rilevanza delle particelle e dell'incompatibilità nella terapia dell'infusione
GESI e lo Standard mondiale per i dati clinico-sanitari

ORIZZONTI



Periodico dell'ANMDO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE



N° 2/09

CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

La Direzione della Sanità

Torino - Centro Congressi della Camera di Commercio
27 - 30 Maggio 2009

Novità

PreGuard³

IL NUOVO SISTEMA PER L'IGIENE
DEGLI AMBIENTI SANITARI

Più ambiente - Più igiene - Più Sicurezza
in minor tempo

ABBATTE
LA CARICA
BATTERICA FINO
AL 91%*

1

Carico lavatrice con frange
e panni sporchi
Ciclo di lavaggio
Ciclo di preimpregnazione
in lavatrice con prodotto
P.M.C.



40 min
max 1h, 10 min
(tempi medi)



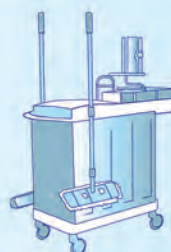
2

Carico panni nei relativi box
Preparazione carrello



3 min*

*Annullamento totale dei
tempi di impregnazione
manuale o preparazione
secchi con detergente



3

Trasferimento ai reparti
Inizio procedura
di pulizia e disinfezione



VERIFICA E CONTROLLO DEI RISULTATI
DA PARTE DI SUTTER PROFESSIONAL LAB

*decremento massimo della carica microbica testato dal laboratorio
di microbiologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria
"Maggiore della Carità" di Novara.

www.sutterprofessional.it
E-mail: sutterprofessional@sutter.it
Numero verde :800-334-858

healthcare



Dal 1858 firmiamo il pulito

specialisti
nel settore ospedaliero e residenze per anziani

staff di biologi e tecnici
laboratorio di microbiologia
sicurezza igienica ambienti e alimenti
formazione specifica a progetto

MAGRIS GROUP

TECNOLOGIE & SERVIZI PROFESSIONALI PER L'IGIENE
• INDUSTRIE • IMPRESE • ENTI • COMUNITÀ

SEDE:
Seriato (Bg)
showroom
self-service professionale
uffici - centro formazione
centro assistenza
piattaforma logistica

Sede Legale ed Amm.:
Via Pastrengo, sn - 24068 SERIATE (BG)
Tel. 035 4525911 (15 linee r.a.)
Fax commerciale 035 4525-947 /acquisti-948 /amministrazione-949
info@magrisplanet.it

TRENTINO ALTO ADIGE
Bolzano
showroom
self-service professionale
uffici - centro formazione
centro assistenza
piattaforma logistica
Via dell'Adige, 5
39040 CORTACCIA (BZ)
Tel. 0471 912837
Fax 0471 201182

EMILIA ROMAGNA
Parma
uffici - centro assistenza
piattaforma logistica
Strada Martinella, 70
43100 PARMA
Tel. 0521 255444
Fax 0521 258019

UMBRIA
Perugia
showroom
self-service professionale
punto vendita specialistico
laboratorio chimico
uffici - centro formazione
centro assistenza
piattaforma logistica
Via Settevalli 135
06129 PERUGIA
Tel. 075 505951 /5834048
Fax 075 5054344 /5834012

VENETO
Venezia
showroom
self-service professionale
uffici - centro formazione
centro assistenza
piattaforma logistica
Via Venier, 17 d/r
30020 MARCON (VE)
Tel. 041 4567370
Fax 041 5959609

TOSCANA
Pistoia
uffici - centro assistenza
piattaforma logistica
Via Enrico Fermi, 13
51010 MASSA E COZZILE (PT)
Tel. 0573 994433
Fax 0572 386059

LOMBARDIA
Milano
showroom
uffici - centro assistenza
piattaforma logistica
c/o Centro Commerciale
IL GIRASOLE - PAD. 15/07
20084 LACCHIARELLA (MI)
Tel. 02 39292086
Fax 02 39292087

LAZIO
Roma
uffici - centro assistenza
piattaforma logistica
Via dei Castelli Romani, 81
00040 POMEZIA (RM)

MAGRIS GROUP * www.magrisplanet.it



**SERVIZI
OSPEDALIERI SPA**
GRUPPO MANUTENCOOP



Servizi Ospedalieri
partnership per l'eccellenza

Stabilimento di Ferrara (sede legale)
Via Calvino, 33 - 44100 Ferrara (Fe)
Tel. 0532.529711 - Fax 0532.773800

Stabilimento di Teramo
Case Molino di Villa Zaccaro - 64020 Castellalto (Te)

Stabilimento di Lucca
Via San Pietro a Vico, 205 - 55100 Acquafredda (Lu)

Stabilimento di Portogaribaldi
Via Romea, 15 - 44029 Porto Garibaldi (Fe)

BIOH

Via Mario Pagano, 31
Cinisello Balsamo - Milano
Tel. 02.66409001
Fax. 02.93660785
e.mail : biohsrl@tiscali.it

VERAQUALITAS
Sistema di Gestione Certificato
ISO 9001/2000 - N° SGQ 211/08



Servizi accessori offerti :

Organizzazione certificata UNI EN ISO 9001:2000 capillarmente presente su tutto il territorio nazionale con una rete di assistenza tecnico-commerciale in grado di predisporre uno studio e piano di interventi per mettere in sicurezza le strutture ospedaliere con soluzioni combinate che prevedono sanitizzazioni, impianti di pre-filtrazione e filtri finali ad altissimo flusso. Il tutto è gestito con ampia disponibilità, competenza e professionalità per far fronte anche ad eventuali urgenze.

- INFEZIONI DA LEGIONELLA O BATTERIOSI IN GENERE -

FINALMENTE UNA RISPOSTA CONCRETA SECONDO LE NORMATIVE VIGENTI, ECONOMICA E SICURA !!!

BIOH s.r.l.

fornisce beni e servizi con una elevata qualità, flessibilità di azione, alto grado di professionalità e competitività garantita dalla collaborazione sia con primarie aziende e multinazionali del settore, sia direttamente con i produttori dei beni proposti e contiamo tra i ns. clienti le primarie realtà Sanitarie e Policlinici Universitari del territorio italiano dove la nostra esperienza e referenze sono ad oggi un sicuro punto di riferimento.

BIOH Srl, tra le varie particolarità, propone i seguenti Prodotti e Servizi in via esclusiva:

Fornitura di Sistemi e Servizi in "Full-Service" per il Trattamento, la Purificazione, la Filtrazione e le Analisi

prevenire le problematiche nosocomiali da rete idrica, infezioni da *Pseudomonas* migliorare e ridurre gli sull'impianto per prevenire contaminazione sulle l'usura sui sistemi di



legata a possibili infezioni quali la *Legionellosi*, o da *patogeni* in genere, interventi di manutenzione le problematiche di apparecchiature e ridurre pompaggio dell'acqua.



Filtrazione terminale (ai punti di utilizzo) ad oggi unica nel suo genere per prestazioni, durata, garanzie e validazioni. SOLUZIONE SICURA, IMMEDIATAMENTE APPLICABILE, ECONOMICA ED IN LINEA CON I RECENTI INDIRIZZI LEGISLATIVI IN MATERIA DI IGIENE E SICUREZZA.

Soluzioni di Filtrazione e Trattamenti a monte/valle dell'impianto o di particolari aree critiche. Tali Soluzioni trovano applicazione nei centri Dialisi, Endoscopia, Riuniti Dentali, Vasche Parto, Centro Ustioni, negli Alberghi e Strutture Ricettive in Genere.

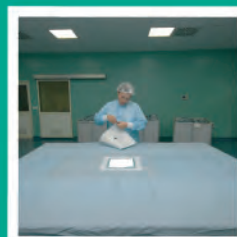


Ci preme sottolineare che TUTTI i sistemi proposti sono conformi alle normative vigenti, alle recenti linee guida in materia ed alle stringenti disposizioni e requisiti di sicurezza previsti dalla ex. 626/94 ora Dlgs 81/2008 in ambito di sicurezza, igiene e protezione sui luoghi di lavoro.

Distributori & Partners :

	<p>HT Srl Hospital Tecnologie</p>	<p>Via Bianca Maria, 24 - Milano Tel. 02.94309727 Fax. 02.93660819 e.mail : ht.srl@tiscali.it</p>
<p>VBmed S.r.l.</p>	<p>FORNITURE OSPEDALIERE</p>	<p>Via Marconi, 145 20092 Cinisello Balsamo (MI) Tel. 02.40709386 Fax. 02.40700338 e.mail : vbmedsrl@tiscali.it</p>

SoGeSi veste la **SICUREZZA** cura **IGIENE**



lavanolo biancheria
sanitaria

gestione centrali di
sterilizzazione

sterilizzazione kit
strumentario chirurgico e
kit tessuto per
sale operatorie

lavanolo indumenti
da lavoro e DPI

logistica e rintracciabilità
dispositivi medici



UNI EN ISO 9001:2008
UNI EN ISO 13485:2004
UNI EN ISO 14001:2004
UNI EN ISO 14065/14698-1
MARCATURA C 93/42 CEE
UNI EN 471
UNI EN 22000

SERVIZI INTEGRATI PER LA SANITA' E L'IMPRESA

 **SoGeSi**
SERVIZI INTEGRATI PER LA SANITA' E L'IMPRESA

via Benucci 105, 06135 P.S. Giovanni, Perugia
tel. +39 075 5990396 | fax +39 075 397915
www.sogesipa.it

STERRAD® 100NX™

DAGLI
INVENTORI
DELLA
TECNOLOGIA
STERRAD®

Il più avanzato sviluppo della tecnologia a gas plasma definisce i nuovi standard nella sterilizzazione a bassa temperatura.

Tempi dei cicli
più brevi

Semplice da installare

Validazione
del processo

Aumento
della produttività

Sicuro per
gli strumenti

Connessione
al network

Sicuro per
gli operatori
e l'ambiente

Compatibilità
con gli
strumenti



ASP ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS®
a *Johnson & Johnson* company



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 62 - Numero 2 - aprile-maggio 2009

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità

EDICOM s.r.l.
Sede legale: via Zavanasco, 2
20084 Lachiarella (MI)
Sede operativa:
Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano
tel. 02 70 63 36 94 - 70 60 21 06
fax 02 70 63 34 29
e-mail: info@gsanews.it - www.gsanews.it

Direttore responsabile: Giovanna Serrano

Direttore editoriale: G. Finzi

Segreteria scientifica: U.L. Aparo

Comitato di direzione: U.L. Aparo, A. Appicciafuoco, S. Brusafiero, V. Castaldo, G. Dal Pozzolo, C. Del Giudice, A.A. De Stefano, C. Di Falco, B. Falzea, K. Kob, U. Podner Komarony, R. Li Donni, A. Marcolongo, A. Montanile, L. Nardi, G. Pelissero, S. Pili, A. Pellicano, R. Predonzani, A. Rampa, G. Schirripa, D. Stalteri, M.A. Vantaggiato

Comitato di redazione: U.L. Aparo, K. Kob, C. Catananti, C. Ponzetti, S. Brusafiero

Abbonamenti
italia annuo € 31,00
europa
paesi extra europei € 103,00
Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

Fotolito e stampa:
T&T STUDIO - MILANO
VELAWEB - binasco (mi)

Autorizzazione del tribunale di Milano n°264 del 04/05/2001.

La pubblicità non supera il 45% del numero delle pagine di ciascun fascicolo della rivista.

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

Testata volutamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione in conformità al Regolamento C.S.S.T. Certificazione Stampa Specializzata Tecnica per il periodo:
01/01/2007 - 31/12/2007

Tiratura media: N. 4.750 copie

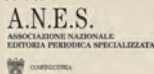
Diffusione media: N. 4.692 copie

Certificato CSST N.2008-1744 del 26 Febbraio 2009

Società di Revisione: RIA&PARTNERS

Tiratura del presente numero: 5.000 copie

associato a:



"Ai sensi dell'art. 2 comma 2 del codice di deontologia relativo al trattamento dei dati personali nell'esercizio dell'attività giornalistica, si rende nota l'esistenza di una banca-dati personali di uso redazionale presso la sede di Via Alfonso Corti, 28 - Milano. Gli interessati potranno rivolgersi al responsabile del trattamento dei dati sig. ra Barbara Amoruso presso la sede di Milano Via Alfonso Corti, 28 per esercitare i diritti previsti dal D.lgs 196/2003"



Relazione annuale del Presidente Nazionale A.N.M.D.O.

Gianfranco Finzi

8

Federalismo e assistenza sanitaria

Karl Kob

12

Federalismo e Sanità: speranze e paure

Sergio Pili

18

Etica del bene comune in sanità

Domenico Laddaga

24

Il governo delle relazioni nelle organizzazioni sanitarie

Ottavio Nicastro

28

Un sistema integrato: la giusta risposta a bisogni sempre più complessi?

Emanuele Ciotti, Lorenza Luciano, Paolo Cacciari

34

Il Primario e la Direzione Sanitaria

Marco Pradella

40

Il percorso diagnostico terapeutico: nuovi modelli organizzativi e strumenti per la sostenibilità. L'esperienza organizzativa-gestionale in Oncoematologia: il ruolo della Direzione Sanitaria

Carlo Di Falco, Giovanna Sticca, Antonietta D'Aveta

46

Agire sui comportamenti per ridurre gli atti insicuri: il ruolo della formazione

Paola Castellano, Marzia Fioretti

50

La resistenza batterica a farmaci, aspetti clinici

Massimo Smeriglio, Eleonora Albanese

58

L'ospedale per intensità di cure: lo stato dell'arte in Italia

Francesca Casassa, Francesco Garufi, Franco Ripa

68

Il rischio clinico infettivo: ieri, oggi e domani

Antonella Benvenuto, Maria Addolorata Vantaggiato

78

Sviluppo sostenibile in Sanità. Applicazione del modello di sostenibilità alle Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna

Davide Sgarzi, Marinella Natali, Fabio Rombini, Annalisa Venturi Casadei

84

La legge Brunetta e dubbi di incostituzionalità

Silvia Marzot

89

Statuto della «Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere»

92

Regolamento della «Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere»

102

La rilevanza delle particelle e dell'incompatibilità nella terapia dell'infusione

Dr.ssa Cinzia Quarti

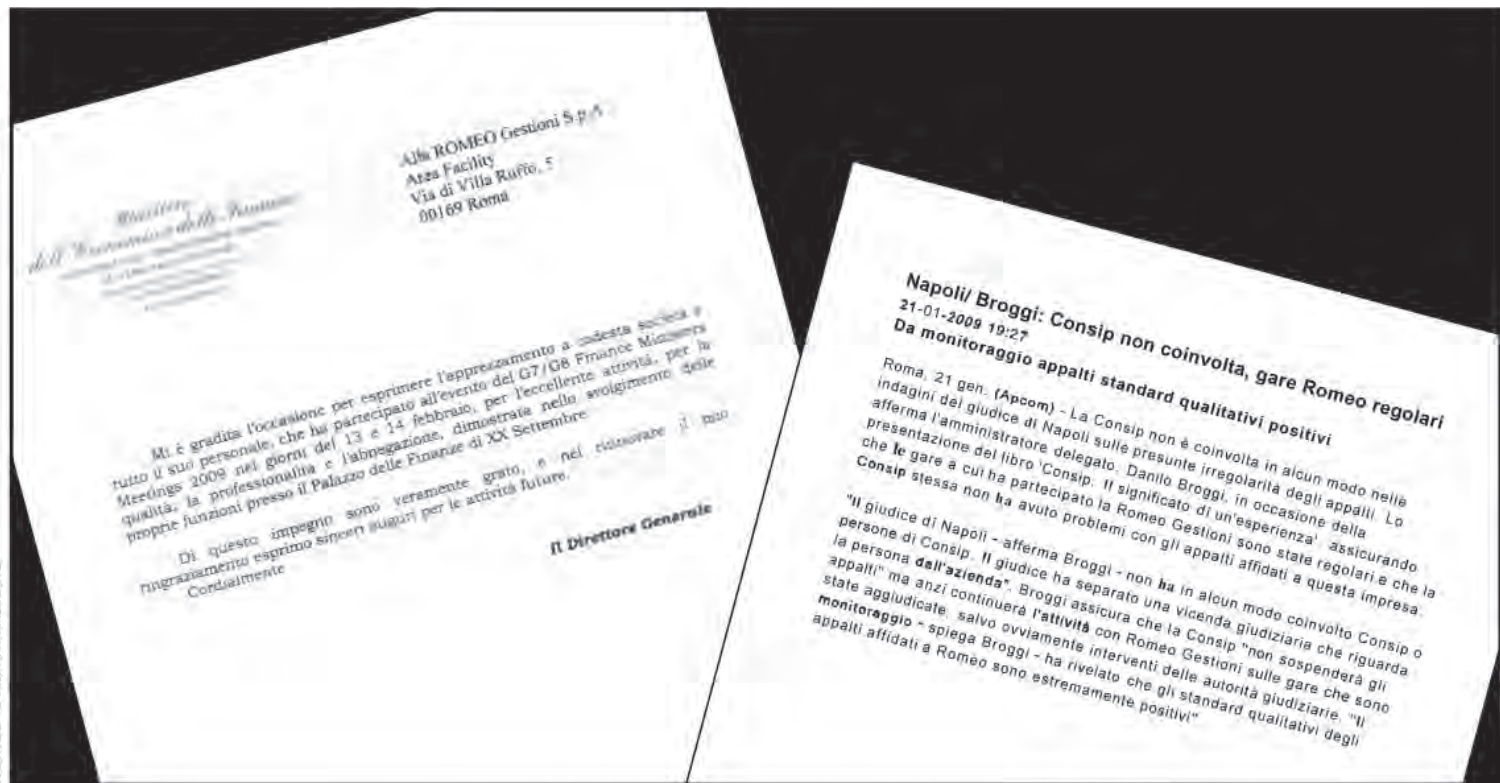
112

GESI e lo Standard mondiale per i dati clinico-sanitari

114

ORIZZONTI

118



CERTIFICATI DI SANA E ROBUSTA GESTIONE

Conoscenza, Pianificazione, Progettazione, Programmazione, Controllo: sono le parole d'ordine di Romeo Gestioni che hanno aperto le porte a nuove relazioni fra la Pubblica Amministrazione e i cittadini, costruendo una storia di successo.

Per questo, più di 700 committenti pubblici e privati ci hanno affidato patrimoni e risorse del valore di circa 50 miliardi di euro, ci hanno delegato i servizi e le manutenzioni di oltre 30 milioni di mq. di immobili, ci hanno commissionato progetti di ingegneria e di valorizzazione per circa 800 milioni di euro.

Per questo, ogni anno, circa due milioni di persone utilizzano i nostri servizi.

Da più di venti anni analizziamo il territorio e i bisogni con sofisticati sistemi informativi da noi progettati per condurre su scala industriale la gestione del territorio e delle sue risorse, attraverso l'integrazione in un unico strumento tecnologico di tutti gli aspetti tecnici, normativi, amministrativi o contabili.

E' nato così il Sistema Romeo, un sistema integrato che investe nella formazione delle risorse umane e in tecnologie e fornisce ogni giorno soluzioni alle attese e agli interessi sia degli utenti, sia dei proprietari.

Il Sistema Romeo, oggi standard di riferimento nella gestione di patrimoni immobiliari, è la scelta ideale per valorizzare gli asset e contenere i costi.



advisoring; information technology; engineering; project management; asset, property e facility management

SISTEMA INTEGRATO DI SERVIZI E DI GOVERNO DEL TERRITORIO

NAPOLI - ROMA - MILANO - BARI - CAGLIARI

www.romeogestioni.com

romeogestioni@grupporomeo.com



GYNIUS[®]

è il futuro.



IL SISTEMA DI DISTRIBUZIONE
CHE CI CAMBIERÀ LA VITA



REMOTE CONTROLE

GYNIUS viene programmato in remoto per distribuire prodotto solo ad operatori abilitati.



ACCESSO RISERVATO

GYNIUS eroga tipo di prodotto e specifiche quantità inserendo il codice e la password personale.



NESSUNO SMALTIMENTO

5 TANICHE da 25l di prodotto concentrato sostituiscono gli attuali 4 bancali in confezioni di plastica.



PREVENTIVI E COSTI COINCIDENTI

GYNIUS eroga esattamente il prodotto previsto, eliminando sprechi e tempi di diluizione.



GARANZIA DI GUADAGNO

Ogni cantiere guadagna sulla base di ciò che è stato preventivato, senza variabili nè sorprese.



SALVAGUARDIA DELL'AMBIENTE

Con GYNIUS si riducono drasticamente i TRASPORTI e i contenitori di PLASTICA da smaltire

Distributori di detergente
con erogazione programmata



Premio "Innovazione
Amica dell'Ambiente"

Lambada 2008



LEGAMBIENTE



ARCO s.r.l.
Via Canalazzo, 22/24
41036 MEDOLLA (MO)
www.arcochimica.it



copma
SERVICE TEAM

“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



Sistema Qualità
ISO 9001:2008



Responsabilità Sociale
SA 8000:2008



Gestione Ambientale
ISO 14001:2004



Salute e Sicurezza
OHSAS 18001:2007



Attest. ex DPR 34/2000
cat. 0524 classe IV
cat. OG13 classe II
cat. OG3 classe I



Unità trattamento aria FM-H



Ispezionabilità
e pulibilità



Componenti ottimizzati
per garantire l'igienicità dell'aria

I-35044 Montagnana (Padova)
Via Luppia Alberi, 170
Tel. +39-0429-806311
Fax +39-0429-806340
info@fastaer.com
www.fastaer.com

Con Fast Serie FM-H la legionella non è più un problema.

Da sempre la proliferazione e lo sviluppo degli inquinanti biologici è stato un problema per chi, come me, lavora in ambienti nei quali la qualità dell'aria deve essere assoluta. L'unità di trattamento aria Serie FM-H di FAST si è rivelata la scelta ideale per minimizzare i rischi di sviluppo di contaminanti biologici. Grazie alla **totale rispondenza alle norme** in fatto di qualità dell'aria e allo **speciale trattamento igienizzante brevettato**, applicato sulle superfici interne dell'unità, posso finalmente stare tranquillo.

Scopri l'FM-H su www.fastaer.com

Siamo certificati Eurovent, Vision 2000 e ISO 14001



Relazione annuale del Presidente Nazionale A.N.M.D.O.

Gianfranco Finzi

Presidente Nazionale A.N.M.D.O.

Scrivendo recentemente Sergio Romano nell'editoriale del Corriere della Sera a proposito del nostro Paese: *"le leggi esistono, ma vengono sistematicamente sconfitte da una potente coalizione di interessi elettorali, fatalismo individuale, imperizia amministrativa, affarismo spregiudicato, instabilità governativa e una somma di cavilli giuridici che metterebbe in ginocchio il più illuminato dei riformatori. Fra la preveggenza e il tornaconto, politico o individuale, vince quasi sempre il tornaconto. Ma il Paese imprevedente può essere al tempo stesso, nel momento del pericolo, generoso ed efficiente..."* di fronte all'Italia peggiore è apparsa, in altre parole, l'Italia migliore".

E in un momento di pericolo economico-finanziario, e non solo, ma anche di scelte che possono incidere sul futuro della Sanità del nostro Paese, l'A.N.M.D.O. intende con questo 35° Congresso Nazionale "La Direzione Della Sanità" dare un contributo culturale allo sviluppo di un nuovo concetto di Sanità, ed in particolare di come gestire questo importante servizio del Paese.

Infatti voci diverse si accavallano negli ultimi tempi relativamente al futuro del Servizio Sanitario Nazionale. D'altronde il futuro è l'unica cosa che possiamo progettare e costruire. In Sanità, al di là delle ipotesi che circolano, le opportunità

ci sono e sono ben chiare. Occorre cortocircuitare e fare dialogare organismi governativi, strutture e organizzazioni sanitarie pubbliche e private, l'Università e l'industria, al fine di perseguire politiche per la salute che abbiano come obiettivo la qualità, la riduzione delle disuguaglianze e la ricerca di modelli di sistema per l'assistenza sanitaria in grado di realizzare i principi di solidarietà, equità e accessibilità che devono essere garantiti in modo prioritario. La ricerca e l'innovazione costituiscono le direttrici lungo le quali devono evolvere le conoscenze in Sanità per garantire lo sviluppo sostenibile del Servizio Sanitario Nazionale. Nell'ambito di questa sfida complessa i medici di Direzione Sanitaria devono essere in grado di gestire il futuro. Per farlo devono continuare ad aggiornare le loro competenze, avere un progetto condiviso, avere un'idea precisa del proprio ruolo, percorrere la strada della qualità, essere capaci di gestire la complessità ed essere disponibili al confronto, con l'ambizione di esportare il proprio modello e la propria professionalità consolidati di Direzione Sanitaria italiana in ambito europeo e mondiale. Purtroppo in questi ultimi anni si sono verificati troppi casi di cattivi Direttori, cattivi Amministratori, cattivi legislatori che hanno rovinato il Sistema sanitario Italiano. Speriamo ancora una volta che



Gianfranco Finzi - Presidente Nazionale A.N.M.D.O.

il nostro Paese sappia essere al tempo stesso generoso ed efficiente e che di fronte all'Italia peggiore appaia ancora una volta l'Italia migliore.

In questa edizione del Congresso Nazionale è stato inoltre attuato un cambio di rotta privilegiando il mese di maggio per l'annuale appuntamento scientifico della Nostra Associazione: è stato infatti abbandonato il consueto mese di settembre poiché, a detta di molti, impegnativo e già ricco di appuntamenti, al fine di permettere ad un più vasto numero di professionisti di partecipare all'evento. Allo stesso tempo la scelta della sede Congressuale è caduta all'unanimità sulla città di Torino, nella quale l'A.N.M.D.O. nasceva con atto notarile costitutivo il 21 marzo 1947, redatto dal Dott. Emilio Turbil. Intendiamo pertanto riprendere il cammino da dove siamo partiti 62 anni fa.

Dall'ultimo Congresso Naziona-



le di Catania sono trascorsi solo 8 mesi ma l'attività sindacale e scientifica dell'A.N.M.D.O. è stata intensa e frenetica, ricca di importanti avvenimenti. Infatti allo stato attuale il bilancio generale delle attività dell'Associazione prevede un elevato numero di iscritti ed il moltiplicarsi di importanti attività ed eventi scientifici grazie al contributo ed alla fattiva collaborazione di tutti i soci.

Il 35° Congresso Nazionale A.N.M.D.O. vuole pertanto rappresentare un importante momento di confronto tra tutti i professionisti della Sanità con l'obiettivo di favorire una progettazione condivisa attraverso l'aggiornamento delle competenze, percorrendo la strada della qualità

Per il futuro l'A.N.M.D.O. ritiene ancora una volta necessario impegnarsi affinché la funzione di Direzione Sanitaria e ospedaliera venga rivalutata al fine di costituire la componente fondamentale e insostituibile di qualunque sistema Sanitario moderno, capace di assicurare alla popolazione efficacia ed efficienza e appropriatezza.

ATTIVITÀ SINDACALE

L'attività dell'area sindacale, coordinata dal Segretario Generale per la Segreteria Sindacale Dott. Sergio Pili con il supporto del Presidente Nazionale Dott. Gianfranco Finzi e dal prof. Karl Kob, è stata caratterizzata nel 2009 da importanti mutamenti.

Lo scorso 26 Marzo il Prof. Raffaele Perrone Donnorso, Presidente dell'ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI, Organizzazione Sindacale alla quale l'ANMDO ha aderito per le finalità correlate alla contrattazione sindacale, ha firmato nel corso di un incontro col Presidente dell'ARAN Avv. Massimo Massella Ducci Teri, il CCNL per l'area della Dirigenza

medica e veterinaria quadriennio 2006-2009-parte normativa e primo biennio 2006-2007-parte economica.

A seguito di una lunga e complessa vicenda giudiziaria di ricorsi l'Autorità giudiziaria ha riconosciuto la rappresentatività dell'ANPO e inposto all'ARAN l'ammissione dell'ANPO, nel frattempo divenuta ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI, al tavolo negoziale.

La firma del contratto da parte del Prof. Perrone Donnorso è l'effetto pratico di quel riconoscimento e consente all'Organizzazione, che da un anno è anche nostra, di partecipare alle trattative della fase decentrata di contrattazione: regionale e locale.

L'articolo 40, comma 3, del D.lgs. n. 165 del 2001 (T.U. sul pubblico impiego) dispone infatti che la contrattazione collettiva integrativa si svolga sulle materie e nei limiti stabiliti dai CCNL, nonché tra i soggetti e con le procedure negoziali che gli stessi CCNL prevedono.

Si tratta di un principio inderogabile cui devono attenersi le Amministrazioni in quanto stabilito dalla disciplina legislativa e collettiva anche ai fini dell'individuazione della composizione delle delegazioni trattanti. Analogamente si esprime la consolidata prassi applicativa dell'Aran (nota prot. n. 4260 del 27 maggio 2004; nota prot. n. 9405 del 6 novembre 2006, nota n. 3243 del 19 marzo 2008; nota prot. n. 7028 del 22 luglio 2008).

Con riferimento a quest'ultimo aspetto, il CCNL per l'area della Dirigenza medica e veterinaria in vigore dal 18 ottobre 2008 abilita a stipulare la contrattazione integrativa le delegazioni delle Organizzazioni sindacali di categoria firmatarie del medesimo CCNL (art. 4, comma 2, che richiama l'art. 10, comma 2, del CCNL giugno 2000). Alla luce della disciplina legale e

collettiva, sono dunque ammesse a partecipare ai tavoli di trattativa per la contrattazione integrativa aziendale, esclusivamente le singole Organizzazioni sindacali di categoria che hanno sottoscritto il vigente CCNL.

I contratti integrativi sono di quattro tipologie:

Il primo contratto integrativo riguarda il quadriennio normativo e primo biennio economico. La parte normativa è valida per l'intero quadriennio e deve essere stipulata in una sessione unica. Le Organizzazioni sindacali che hanno titolo a partecipare al negoziato sono quelle firmatarie del corrispondente CCNL;

Il secondo contratto integrativo è solamente di parte economica e viene stipulato per l'allocatione delle risorse derivanti dal contratto nazionale relativo al medesimo biennio economico. Le Organizzazioni sindacali che hanno titolo a partecipare al negoziato sono quelle firmatarie del corrispondente CCNL. La delegazione del contratto integrativo di cui al punto 1 continua ad operare sino a che a livello nazionale non sia sottoscritto il CCNL del secondo biennio e, solo da tale momento, il contratto integrativo di cui al punto 2 dovrà essere stipulato con i nuovi firmatari. Nel caso in cui rimangano gli stessi del CCNL precedente la delegazione della contrattazione integrativa non muta, altrimenti si dovrà prendere atto dei nuovi soggetti firmatari e formare la nuova delegazione (cfr. art. 6 del CCNQ del 9 agosto 2000 richiamato nell'art. 7 del CCNQ del 18 dicembre 2002).

La parte normativa del contratto integrativo può essere completata con altro contratto, in relazione a quelle materie per le quali il contratto integrativo si rende necessario solo al verificarsi dell'evento (accordi di mobilità, implicazioni



derivanti dai processi di riorganizzazione, etc.). Poiché tali contratti possono essere stipulati a cavallo dei bienni, le Organizzazioni sindacali che hanno titolo a partecipare al negoziato sono quelle firmatarie del CCNL vigente nel momento in cui vi si procede (che possono essere quelle del quadriennio normativo e primo biennio economico ovvero quelle del secondo biennio economico);

Negli intervalli tra i principali contratti (punti 1 e 2) tutti i CCNL la gestione dei fondi è affidata alla contrattazione integrativa ed essa, nel rispetto dei criteri generali fissati dal contratto integrativo quadriennale, ha cadenza annuale e individua le risorse che a consuntivo il contratto integrativo applicabile in quel momento mette a disposizione.

Alla contrattazione integrativa partecipano i dirigenti sindacali formalmente accreditati dalle Organizzazioni sindacali di categoria firmatarie del CCNL che si sta applicando. È importante che le Organizzazioni sindacali provvedano all'accredito dei propri dirigenti nei tempi previsti (cfr. art 10 CCNQ del 7 agosto 1998). Nel caso in cui non lo facciano l'Amministrazione ha il diritto di richiederlo. L'accredito dei dirigenti sindacali che partecipano alla delegazione trattante, deve avvenire da parte di tutte le Organizzazioni sindacali di categoria firmatarie del CCNL che si sta applicando, anche laddove non avessero iscritti in quell'Azienda in quanto rileva, a tale fine, la circostanza della firma del CCNL e non la presenza di iscritti in quel luogo di lavoro. In questo caso l'Amministrazione, all'atto della composizione delle delegazioni trattanti, deve richiedere alla sede territoriale più vicina dell'Organizzazione sindacale, l'accredito del dirigente per comporre la delegazione abilitata

alla contrattazione integrativa.

Nessuna norma fissa il numero dei componenti delle delegazioni trattanti di parte sindacale e nessuna imposizione può essere fatta in tal senso trattandosi, appunto, di una libera scelta. Affinché lo svolgimento delle trattative sia semplice e snello, è comunque auspicabile che, prima del loro inizio, le reciproche relazioni sindacali siano regolate attraverso protocolli locali. La natura di tali protocolli è quella di fissare le regole di un operare comune per una migliore funzionalità delle relazioni stesse e non anche di intervenire, con potere modificativo, sulla materia delle relazioni sindacali, non disponibile per la contrattazione integrativa se non nei limiti ad essa demandati dai CCNQ e dal CCNL.

I Presidenti e i Segretari Sindacali Regionali debbono attivarsi perché in tutte le sedi i rappresentanti ANMDO, d'intesa con i dirigenti locali di ANPO, ASCOTI e FIALS MEDICI, contribuiscano fattivamente alla politica sindacale decentrata che, ormai, stabilisce e determina buona parte della sostanza del contratto: dalla pesatura degli incarichi ai fini dell'attribuzione della parte variabile dell'indennità di posizione alla parte variabile dello stipendio, dai criteri della mobilità interna all'articolazione dell'orario di lavoro, dall'organizzazione delle guardie allo straordinario. È in sede locale che si costruisce parte importante del rapporto di lavoro sia per l'aspetto normativo che economico e che si può utilmente incidere nelle relazioni gerarchico-organizzative assicurando appropriatezza di ruolo al direttore medico di Presidio e di Distretto sempre minacciata da logiche interpretative distorte e riduttive di alcune Direzioni Generali e Giunte Regionali. L'attivazione di un'offensiva sindacale a livello locale è resa ne-

cessaria ed urgente dall'opera di cannibalismo sindacale di cui si stanno rendendo protagonisti i dirigenti nazionali dei sindacati ANAAO ASSOMED, CIMO ASMD, CIVEMP, FEDERAZIONE CISL MEDICI, FESMED, FP CGIL MEDICI e UMSPED; praticamente tutte le organizzazioni firmatarie con l'eccezione di FM aderente UIL. Queste Associazioni, in una lettera inviata agli Assessori Regionali della Sanità e ai Direttori Generali delle Aziende, contestano il valore dell'adesione di ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI al CCNL, negano la nostra rappresentatività e minacciano l'interruzione delle trattative locali se la nostra Organizzazione viene ammessa, anche su tavoli separati, alla contrattazione decentrata.

Si tratta di un'iniziativa molto grave che non trova giustificazione e ragione e che ripropone una polemica anacronistica e superata. Possiamo solo osservare che l'architettura del Servizio Sanitario Nazionale e della sua dirigenza, maturata negli anni '90 con l'apporto decisivo dei sindacati che oggi guidano l'iniziativa di ostracismo nei nostri confronti, mostra la corda e che il tempo della sottocontrattazione separata tra alcuni leader sindacali e ministri tanto compiacenti quanto scorretti è da considerare chiuso. Per quando riguarda il merito la lettera si commenta da se e conferma la bontà della scelta che l'ANMDO fece un anno fa aderendo all'ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI.

ATTIVITÀ SCIENTIFICA

L'attività scientifica nazionale, Coordinata dal Segretario Scientifico Prof. Ugo Luigi Aparo, è stata ricca di avvenimenti; ricordo alcuni corsi e congressi organizzati da ANMDO nel 2009:



- Convegno "Il governo etico delle Aziende Sanitarie" Bologna, 31 ottobre 2008
- 3° Forum risk management in sanità 2008. Arezzo, 25-28 novembre 2009
- 6° Convegno Nazionale sulle sale operatorie "Il Teatro Operatorio: scene, copioni ed attori del futuro" Roma, 19-20 marzo 2009
- Corso di formazione "Qualità in Sanità." Roma aprile-luglio 2009 con la collaborazione di ANPO e CNIM.
- Forum PA. Roma, 11-14 maggio 2009.

La rivista trimestrale "L'OSPEDALE", diretta dalla Presidenza e curata dalla Segreteria Scientifica, ha mantenuto l'obiettivo di stampa e distribuzione di 5.000 copie certificate. Nel dicembre 2008 è stata inoltre pubblicata un'edizione speciale dedicata alla raccolta degli atti dei simposi Roche al Congresso di Catania.

Il periodico bimensile "A.N.M.D.O. NEWS" curato dalla Presidenza e dalla Segreteria Sindacale, continua ad essere una valida fonte di comunicazione con i soci. Nel 2009 sono già stati pubblicati 4 numeri, mantenendo così la pubblicazione del periodico bimensile. Anche nel 2009 è stata inoltre mantenuta l'"ANMDO Newsletter", che vuole essere un ulteriore strumento di comunicazione con i soci.

Il sito internet dell'Associazione www.anmdo.org, coordinato dal Dott. Egidio Sesti, si è aggiornato continuamente nella sua veste di presentazione ed è uno strumento fondamentale di informazione. Da gennaio il sito è stato raggiunto da circa 50.600 visitatori, mentre dall'ultimo Congresso ad oggi ben 93.400 utenti hanno consultato le pagine web del sito dell'ANMDO.

I gruppi di lavoro A.N.M.D.O. per il 2009 hanno impegnato notevolmen-

te l'Associazione dal punto di vista economico ed hanno coinvolto un ampio numero di iscritti che hanno dedicato il loro prezioso tempo alla realizzazione di ambiziosi progetti riguardanti le seguenti tematiche:

- Progetto Astenore (Audit sulla STERilizzazione e la NORMazione REGIONALE).
- Linee guida per l'accreditamento dei servizi di pulizia e sanificazione ambientale
- Il Progetto Controllo Infezioni Ospedaliere
- Tuberculosis polmonare: procedure operative per limitarne la diffusione in ospedale

- Progetto "Acqua in ospedale"

Sono state inoltre pubblicate le seguenti linee guida:

- "Linee Guida per l'accreditamento delle centrali di sterilizzazione";
- "Linee Guida per il corretto utilizzo degli antisettici-disinfettanti";
- "Linee guida per la gestione delle operazioni di pulizia e sanificazione nelle strutture ospedaliere";
- "Linee guida all'accreditamento volontario dei fornitori di servizi di pulizia e sanificazione ospedaliere."

Nel 2009 la Nostra Associazione ha stretto rapporti con la Associazione dei Direttori di Ospedale Francesi (ADH) e nel Corso del Congresso di Torino avremo l'onore di ospitare il Presidente dell'Associazione, Jean Luc Chassaniol, Direttore Generale dell' Ospedale di Sant'Anna di Parigi ed il Vice Presidente, Frédéric Boiron, Direttore dell'Ospedale di Beauvais. A testimonianza dell'importanza valenza internazionale del 35° Congresso ANMDO ha confermato la presenza anche il Dott. Pascal Garel, Segretario Generale HOPE (European Hospital&Healthcare Organization).

L'ANMDO ha inoltre mantenuto i rapporti attraverso la sottoscrizione di protocolli di intesa con le Associazioni FARE (Federazione delle

Associazioni Regionali Economi e Proveditori della Sanità), SIAIS (Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità) e SItI (Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica)

Anche il resoconto economico per l'anno in corso è del tutto positivo per proiettarsi con assoluta tranquillità, e serenità, verso nuove sfide a difesa, e tutela, della professionalità di tutti gli associati.



Federalismo e assistenza sanitaria

Riassunto

Il Disegno di legge delega di attuazione del "federalismo fiscale", in fase di approvazione, ha subito, rispetto alle iniziali forti richieste di autonomia finanziaria, sostanziali modifiche che hanno permesso di ridimensionare le preoccupazioni delle Regioni "a minore capacità fiscale per abitante". Sono, infatti, confermati per un periodo transitorio un fondo di perequazione e, per il Mezzogiorno, un fondo speciale.

Ci troviamo, quindi, di fronte ad un federalismo "solidale", a garanzia di un giusto equilibrio tra efficienza/trasparenza delle prestazioni e solidarietà umana. Con riferimento all'evoluzione dei sistemi sanitari dei Paesi industrializzati, in cui i Governi sono alla ricerca di nuove ed efficaci soluzioni per poter garantire, anche in futuro, a tutti i cittadini servizi e prestazioni sanitarie di elevata qualità equamente distribuiti, vengono presentati, in estrema sintesi ed a titolo di esempio, i modelli sanitari di tre Paesi federali europei, Germania, Svizzera e Austria, nonché del Canada che, rispetto agli Stati Uniti, è dotato di un sistema pubblico, nel rispetto dei principi di universalità ed equità di accesso.

Dopo una breve descrizione del processo di regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, dalla legge 833/78 al decreto legislativo 299/99, si perviene alla conclusione che l'Italia può vantarsi di avere un sistema sanitario tra i più evoluti nel mondo, basato su solidi principi tutelati dalla Carta costituzionale e da leggi ordinarie dello Stato che negli anni si sono susseguite. A prescindere dal processo di regionalizzazione e dall'applicazione del federalismo fiscale, rimane ferma la competenza dello Stato riguardo la definizione dei Livelli essenziali di assistenza e la programmazione sanitaria generale, entrambi provvedimenti adottati d'intesa con le Regioni e le Province autonome che provvedono alla programmazione ed all'organizzazione decentrata del sistema.

L'applicazione del federalismo fiscale non potrà, quindi, mettere a rischio i principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale, ma rappresenterà una nuova sfida e opportunità per le Regioni "in difficoltà", grazie alla disponibilità di un efficace strumento legislativo per indurre i governi regionali al miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria ed al graduale superamento delle disuguaglianze territoriali, un annoso problema, la cui soluzione viene ormai da troppo tempo disattesa.

il principio di territorialità dell'imposta, come pure dell'aliquota riservata Irpef per le Regioni. È cambiata, inoltre, l'applicazione per le autonomie speciali e sono stati rafforzati i poteri della commissione bicamerale sui decreti legislativi. Il testo approvato è, quindi, molto diverso rispetto a quello iniziale presentato dal Consiglio dei Ministri e, soprattutto, lontano dal "modello federalistico lombardo" presentato in occasione dell'ultima campagna elettorale. (3) Il punto cardine dell'intera riforma fiscale è il passaggio dalla spesa storica al costo standard dei servizi erogati dagli enti territoriali, cui tutti dovranno uniformarsi durante un periodo transitorio di cinque anni (3).

Ulteriori punti fondamentali del testo sono:

- il fondo perequativo con superamento del meccanismo dei trasferimenti;
- la nomina di una commissione bicamerale sui decreti attuativi;
- il concorso a un "patto di stabilità interno" delle autonomie speciali;
- sanzioni - fino al commissariamento - per gli enti che non rispetteranno i vincoli di bilancio;
- premi per chi, a fronte di un alto livello dei servizi sarà in grado di garantire una pressione fiscale inferiore alla media;
- un fondo speciale di risorse per il Mezzogiorno a prescindere dalla ripartizione del fondo perequativo.

L'articolato complessivo sembra possedere i necessari presupposti per garantire la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni riferite a sanità, assistenza e istruzione, e quindi una corretta erogazione dei diritti dei cittadini su tutto il territorio nazionale (4).

Karl Kob

Assessorato alla Sanità e delle Politiche Sociali, Provincia autonoma di Bolzano

INTRODUZIONE

In data 24 marzo 2009 la Camera dei deputati ha approvato, con sostanziali modifiche, il Disegno di Legge dal titolo "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione

dell'articolo 119 della Costituzione" (1, 2). Il 26 marzo il testo è stato inviato in Senato, dove è prevista, entro la fine di aprile, la terza e, in caso non siano previste modifiche, ultima lettura. Rispetto al testo approvato in Senato, la Camera dei deputati ha abolito



PAROLE CHIAVE: Sistemi sanitari, federalismo fiscale, federalismo solidale, diritto alla tutela della salute, livelli essenziali delle prestazioni, universalità, uguaglianza, programmazione nazionale e regionale, sostenibilità economico-finanziaria

Tale norma, una volta approvata dai due rami del Parlamento, creerà i presupposti per avviare il “federalismo fiscale”, previsto dall’art. 119 della Costituzione, anche se la sua integrale applicazione è demandata a vari decreti delegati applicativi. Trattasi, comunque, di un “federalismo solidale” finalizzato ad un giusto equilibrio tra efficienza/trasparenza delle prestazioni e solidarietà umana (4).

Nonostante le garanzie sancite dalla Carta costituzionale, nelle realtà territoriali più “deboli” nasce la preoccupazione che in momenti di crisi dell’economia nazionale e mondiale, quale l’attuale, l’introduzione del federalismo fiscale possa compromettere i principi di universalità e, soprattutto, di uguaglianza di accesso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie. I pessimisti temono, infatti, che la crisi economica che assume diversi pesi nelle realtà territoriali, potrebbe indurre alcune Regioni a trasformare “in pejus” i propri livelli essenziali di assistenza, togliendo prestazioni essenziali e mettendo così a rischio i principi di del Servizio sanitario nazionale. A tale riguardo, ritengo infondate tali preoccupazioni, poiché la norma che disciplina il federalismo fiscale, non modifica i principi fondamentali e gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale.

L'EVOLUZIONE DEI SISTEMI SANITARI NEI PAESI INDUSTRIALIZZATI

Dagli anni Ottanta e Novanta, nei Paesi ad elevato sviluppo socio-economico si assiste ad un’intensa attività di riforma dei sistemi sanitari. L’obiettivo principale è quello di fornire, a tutti i cit-

tadini, un servizio sanitario di elevata qualità ed a costi sostenibili.

In Italia, la prima riforma che ha introdotto il decentramento dell’assistenza sanitaria, risale alla fine degli anni settanta, mentre il dibattito politico è stato avviato nell’immediato dopoguerra. Rispetto a molti altri Paesi europei, Il Parlamento italiano ha scelto il “modello inglese”.

Nei Paesi europei, i cittadini diventano sempre più responsabili per la propria salute e, nello stesso tempo, sono sempre più critici nella scelta del luogo e delle modalità di cura, soprattutto per le prestazioni complesse e di eccellenza clinica.

L’evoluzione demografica che vede un continuo aumento dell’aspettativa di vita e, nello stesso tempo, delle patologie cronico – degenerative, non potrà prescindere da scelte politiche dinamiche, con un’attenzione di riguardo alle cure primarie territoriali. Nello stesso tempo, il rapido sviluppo delle tecnologie sanitarie e dell’organizzazione sanitaria rappresenta la principale sfida dei prossimi anni.

Da esperienze internazionali, basate su sistemi e modelli sanitari molto eterogenei, emerge che in sanità il federalismo vanta molti pregi se i rispettivi governi decentrati sono dotati di ampia autonomia organizzativa, gestionale e fiscale, ma devono anche rispettare principi fondamentali espressi da in norme costituzionali. In tal caso, nel sistema federale è garantita l’uniformità complessiva del servizio sanitario. In Germania ed in Austria, a titolo di esempio, tale requisito è salvaguardato, mentre in Canada la Costituzione demanda alle Province la definizione dei livelli di assistenza. Tanto è vero

che il sistema di quest’ultimo Paese si trova in difficoltà.

COSTITUZIONE ITALIANA, PRINCIPI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E DIRITTO ALLA SALUTE

In Italia, l’art. 32 della Costituzione garantisce, ai propri cittadini, la tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo ed “interesse della collettività”. La prima riforma sanitaria, varata con la Legge 833/1978, prevede che detti principi costituzionali debbano essere tutelati, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale (SSN). Negli anni 1992/1993 e 1999 sono state approvate risp. le riforme “bis” e “ter” che, confermando i principi della prima riforma sanitaria, hanno introdotto numerose modifiche per migliorare efficacia ed efficienza dei servizi sanitari, nel rispetto dei vincoli di bilancio. Il SSN garantisce un accesso ai servizi sanitari nel rispetto della dignità della persona, dei bisogni di salute, di equità, di qualità, di appropriatezza delle cure e di economicità nell’impiego delle risorse. I principi fondamentali del SSN sono (7):

- responsabilità pubblica della tutela della salute;
- universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari;
- globalità di copertura in base alle effettive necessità assistenziali, secondo quanto previsto dai Livelli essenziali di assistenza;
- finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale;
- “portabilità” dei diritti in tutto il territorio nazionale e la reciprocità di assistenza con le altre regioni.

Il “diritto alla salute” contiene una pluralità di diritti a tutela della persona direttamente interessata, nell’interesse pubblico della collettività e riguarda tutte le prestazioni inerenti la prevenzione, la cura e la riabilitazione conte-



nute nei Livelli essenziali di assistenza, decretati dallo Stato e condivisi a livello di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Il principale criterio su cui si basa la scelta delle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale, è il principio dell'appropriatezza.

Va rilevato, altresì, che i principi di eguaglianza e di universalità del Servizio sanitario nazionale costituiscono, come già sopra accennato, il presupposto essenziale per assicurare la coesione sociale del Paese e per contrastare le conseguenze sulla salute (7), frutto delle disuguaglianze, derivanti dalle diverse condizioni socio-economiche territoriali.

Un ulteriore principio fondamentale ed elemento qualificante del Servizio sanitario nazionale del Paese è la programmazione sanitaria pluriennale, il cui principale strumento di pianificazione è rappresentato dal Piano sanitario nazionale (PSN), adottato con Decreto del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. Entro 150 giorni dalla data di entrata in vigore del PSN, le Regioni e le Province autonome adottando o adeguano i loro Piani sanitari, rispettando la coerenza con il PSN. La Relazione sullo stato sanitario del Paese rappresenta un altro strumento per agevolare la programmazione sanitaria e per misurarne l'effettività (7).

LA REGIONALIZZAZIONE NELLA REALTÀ SANITARIA NAZIONALE

Mentre la Legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, la Legge 833/1978, ha affidato le competenze di gestione dei servizi sanitari alle unità sanitarie locali (USL), quali strutture operative dei Comuni, la Riforma "bis" (decreti legislativi 502/1992 e

517/1993) ha rappresentato il "primo tentativo di porre al centro dello scenario sanitario locale" le Regione e le Province autonome, in relazione alle funzioni legislative, amministrative e di programmazione sanitaria territoriale (7). Da strutture operative dei Comuni le unità sanitarie locali si sono trasformate in "enti strumentali della Regione", divenendo "Azienda", con riconoscimento di personalità giuridica pubblica. La Riforma "ter" (decreto legislativo 229/1999) ha ulteriormente sviluppato la regionalizzazione e l'aziendalizzazione del sistema, assegnando alle Regioni ed alle Province autonome la responsabilità totale della programmazione locale e del governo della sanità ed ai Comuni un ruolo funzionale alla cooperazione tra i diversi livelli territoriali nella formulazione delle strategie assistenziali più adeguate ai bisogni della popolazione (7).

Diversa si presenta, invece, la situazione in altri Paesi industrializzati, dove nel rispetto dei principi di universalità e di uguaglianza si è preferito confermare un sistema mutualistico pubblico e/o assicurativo privato. Di seguito sono descritti, in estrema sintesi, alcune realtà di altri Paesi federali europei (Austria, Germania, Svizzera) e del Canada, scegliendo non a caso proprio questo ultimo Stato.

FEDERALISMO E ASSISTENZA SANITARIA IN CANADA

Il Canada è uno Stato federale composto da 10 province, dotate di ampia autonomia organizzativa ed amministrativa e da tre aree settentrionali molto ampie e, data la particolare realtà geografica, con bassa intensità di popolazione. Queste ultime sono direttamente gestite dal Governo federale. Il sistema sanitario canadese è fondato su principi di sicurezza sociale, universalità, uguaglianza. Tuttavia, la principale normativa sanitaria, il Canadian Health Act (CHA), garantisce solo l'assistenza sanitaria ospede-

daliera e farmaceutica, quindi non è omnicomprensivo come i sistemi più evoluti. La nuova legge costituzionale canadese del 1982 ("Constitution Act", CA), assegna alle 10 Province la sovranità legislativa ed il controllo amministrativo nei confronti delle strutture del sistema assicurativo sanitario (assicurazioni pubbliche e private) e stabilisce la tipologia delle prestazioni assicurate, i piani ospedalieri, l'allocatione finanziaria, i sistemi retributivi, il tariffario delle prestazioni sanitarie ed, infine, i criteri sui diritti dei pazienti alle prestazioni.

In base alla Costituzione canadese spetta alle 10 province definire i livelli assistenziali di assistenza, in quanto tale provvedimento non rientra nelle competenze dello Stato federale che è, tuttavia, legittimato ad assegnare, alle Province, risorse finanziarie aggiuntive (cosiddetti "transfers" o trasferimenti), purché queste siano disposte a rispettare gli indirizzi e le direttive del Governo federale in materia.

Dal 1980 al 2004, il "transfer" federale di risorse alle Province per la spesa sanitaria ha subito una costante graduale riduzione, per cui queste si sono viste costrette ad introdurre una serie di misure restrittive, tra cui la cancellazione di determinate prestazioni dal "prontuario" ("delisting"), l'introduzione dei tetti di spesa ("capped budgets"), ecc. Tali misure di risparmio hanno comportato un considerevole peggioramento qualitativo e quantitativo dell'assistenza sanitaria, con allungamento delle liste di attesa ed una riduzione degli organici.

Di conseguenza, la qualità percepita dell'assistenza sanitaria ha subito, dal 1991 al 2000, una considerevole riduzione, con un aumento di episodi di malasanità divulgati dalla cronaca canadese.

A seguito dell'esplosione dei costi per l'assistenza sanitaria, in Canada ci si chiede, quali prestazioni potranno essere erogate anche in futuro dal sistema pubblico e quali, invece, da parte



di privati, ipotizzando, tra l'altro, una graduale privatizzazione del sistema sanitario canadese.

Tornando al problema del finanziamento dei servizi sanitari provinciali canadesi, le Province ottengono finanziamenti federali aggiuntivi solo alle seguenti condizioni:

- il sistema sanitario provinciale deve essere pubblico senza scopo di lucro e universalistico per tutti gli aventi diritto, garantendo la mobilità tra le province;
- il sistema assicurativo deve garantire tutte le prestazioni sanitarie ritenute "necessarie."

In Canada, il 70% dei costi per la sanità sono sostenuti dal sistema sanitario pubblico ed il 30% direttamente o indirettamente da fondi privati (es. polizze private, pagamento privato della prestazione).

FEDERALISMO E ASSISTENZA SANITARIA IN GERMANIA

La Repubblica federale tedesca è sorretta da un ordine politico-istituzionale federativo in cui il Bund (la "federazione") ed i Länder (le "regioni") costituiscono i livelli operativi fondamentali, in un assetto di complesso equilibrio dei rapporti tra centro e periferia (9).

Il sistema sanitario tedesco è di tipo assicurativo ed è basato su una pluralità di enti assicurativi funzionanti secondo schemi occupazionali. Questo fa sì che, teoricamente, in Germania la copertura sanitaria non è garantita a tutta la popolazione. I cittadini che non sono assicurati possono avere diritto all'assistenza gratuita solo in seguito ad un accertamento dei mezzi. In realtà, anche in questo Paese il sistema assicurativo ha a poco a poco esteso l'assicurazione più o meno all'intera popolazione, senza più limitarsi a coprire solo quella attiva.

Il sistema sanitario tedesco si basa sul principio della pluralità amministrativa, con un elevato grado di frammentarietà della struttura organizzativa del

sistema sanitario pubblico. Infatti, attualmente l'assicurazione sanitaria è gestita da più di mille fondi indipendenti - circa 1200 - che devono essere autorizzati e sono sottoposti a sorveglianza pubblica. Tali fondi sono strutturati nei seguenti principali enti mutualistici:

- enti mutualistici locali, organizzati a livello territoriale;
- enti mutualistici corporativi, organizzate per settore di attività o circoscrizione territoriale con almeno 450 lavoratori
- enti mutualistici organizzati per categoria socio-professionale.

Inoltre, si aggiungono enti mutualistici speciali per gli agricoltori, i minatori, i marinai, i funzionari e gli artisti. Gli enti mutualistici ("Krankenkassen") possiedono un'ampia autonomia finanziaria e amministrativa e sono in concorrenza tra di loro. Sono gestite e finanziate in modo paritetico da parte dei datori di lavoro e dai lavoratori dipendenti.

FEDERALISMO E ASSISTENZA SANITARIA IN AUSTRIA

Il sistema sanitario austriaco è di tipo universalistico. Il 98% della popolazione è assicurata obbligatoriamente tramite enti mutualistici.

Una riforma sanitaria entrata in vigore nel 1997, varata soprattutto per garantire la sostenibilità economica del sistema, si basa sui seguenti capisaldi:

- equità di accesso alle prestazioni sanitarie da parte di tutti i cittadini;
- conferma di una assicurazione del rischio malattia basata su principi di solidarietà;
- finanziamento misto che prevede, oltre ai contributi dei lavoratori e datori di lavoro, prelievi dalla fiscalità generale;
- il sistema sanitario è pubblico.

Nel 2005 è stata varata un'altra riforma che conferma i sopraccitati principi fondamentali, prevedendo il potenziamento del e-Health ed un nuovo sistema di finanziamento ospedaliero ba-

sato sulle prestazioni ("Leistungsbezogene Krankenhausfinanzierung"). Un Piano strutturale ospedaliero fissa i requisiti strutturali, strumentali e professionali per le singole discipline specialistiche ospedaliere, che, in base al possesso di specifici requisiti, sono articolate in strutture di primo, secondo e terzo livello. Il sistema sanitario austriaco, è dotato una tradizionale efficace assistenza territoriale, grazie al particolare ruolo riconosciuto al medico di medicina generale ("Arzt für Allgemeinmedizin"), disponibile da sempre "a prendere in carico" i propri assistiti. Il medico di medicina generale austriaco è spesso anche dotato di apparecchiature elettromedicali (elettrocardiografo, apparecchiature di laboratorio, apparecchiature di elettroterapia ecc.), erogati agli assistiti in virtù di convenzioni con gli enti mutualistici. Talvolta lo stesso eroga, su richiesta, prestazioni di medicina complementare e/o alternativa. I nove "Länder" (le regioni) sono spesso proprietari di ospedali, in particolare, di quelli più importanti (Landeskrankenhäuser, LKH) spesso accorpati e trasformati in aziende ospedaliere, affidate alla gestione di una direzione strategica. A titolo di esempio, il Land Steiermark ha trasformato in un'azienda unica (Steirische Krankenanstaltengesellschaft, s.r.l.) i suoi 21 ospedali, distribuiti su tutto il territorio regionale.

FEDERALISMO E ASSISTENZA SANITARIA IN SVIZZERA

Mentre in vari Paesi europei, con inizio negli anni Settanta-Ottanta, sono state portate a termine molte iniziative di riforma del proprio sistema sanitario, in Svizzera, articolata in 26 Cantoni (regioni) dotati da ampia autonomia amministrativa, le cose si sono svolte diversamente. Infatti, a livello di Governo federale si sono susseguite diverse iniziative per varare una riforma che garantisca l'universalità delle cure, ma queste furono regolarmente bloccate



da lunghi iter parlamentari o respinte nell'ambito di consultazioni referendari. Pertanto, la normativa federale in materia sanitaria è rimasta più o meno inalterata fino alla metà degli anni novanta. Nel 1994, è stata finalmente varata una legge federale sull'assicurazione obbligatoria di malattia, entrata in vigore nel 1996, in un periodo in cui in Italia era già ad un buon punto l'iter per varare la terza riforma sanitaria, nota come "riforma ter".

La riforma sanitaria svizzera ha rafforzato il concetto di universalità di accesso alle cure ed ha reso obbligatorio, per tutti i cittadini, l'assicurazione contro il rischio di malattia, in un contesto di competitività tra i vari assicuratori, tenuti ad offrire in maniera indistinta a tutti i cittadini una copertura standard. Nello stesso tempo, il legislatore federale ha offerto la possibilità di sperimentare, su base volontaria, nuove forme assicurative legate a modelli di "managed care" (pacchetti di prestazioni), in cambio di una riduzione del premio base.

La Riforma del 1994 significa, di fatto, la creazione di un servizio pubblico su scala nazionale, dal momento che le prestazioni sanitarie minime, per le quali è dato accesso universale a tutti i cittadini, non possono più essere stabilite per decisione dei singoli governi cantonali. Riguardo la programmazione e l'organizzazione dei servizi sanitari, i 21 Cantoni svizzeri hanno mantenuto la loro storica autonomia, sancita dalla Costituzione federale. Ciò ha comportato una considerevole eterogeneità, tra i vari Cantoni (soprattutto tra i più "ricchi" ed i più "poveri") nell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie, con seri problemi di equità sociale tra i Cantoni.

Si è notata, altresì, una forte diversità di performance dei singoli Cantoni in termini di rapporto costi-efficacia, per cui, a parità di efficacia, alcuni hanno una spesa pro capite per la sanità nettamente superiore rispetto ad altri. Tuttavia, in assenza di una modifica al-

la Costituzione, tale problema non può essere risolto dal Governo federale, non avendone la competenza.

CONCLUSIONI

Da quanto sopra esposto, emerge che, dagli anni Ottanta e Novanta, nei Paesi ad elevato sviluppo socio-economico si è assistito ad un'intensa attività di riforma dei sistemi sanitari. L'obiettivo principale di tutti gli Stati interessati è quello di garantire, anche in futuro, un servizio sanitario di elevata qualità a tutti i cittadini, comunque sostenibile economicamente.

Dopo aver valutato alcuni sistemi sanitari, come quello canadese, tedesco, austriaco e svizzero, si può ragionevolmente affermare che quello italiano ha indubbi vantaggi rispetto ad altri. Questo ha, infatti, risolto fin dagli anni settanta il problema della frammentazione dei finanziamenti del sistema ed è basato su solidi principi sanciti dalla Costituzione. Rimane fermo il ruolo dello Stato riguardo la definizione dei Livelli essenziali di assistenza e la programmazione sanitaria generale, provvedimenti adottati comunque d'intesa con le Regioni e le Province autonome. L'applicazione del federalismo fiscale non metterà a rischio i principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale, ma rappresenterà una sfida per le Regioni "in difficoltà", grazie alla disponibilità di un nuovo efficace strumento legislativo per indurre i governi regionali al miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria ed al graduale superamento delle disuguaglianze territoriali, un annoso problema, la cui soluzione è da troppo tempo disattesa.

BIBLIOGRAFIA

1. *Atto Camera n. 2105, XVI Legislatura, Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, 24 marzo 2009: approvato con modificazioni (trasmesso all'altro ramo),*

[http://www.senato.it/leg/.](http://www.senato.it/leg/)

2. *Atto Senato n. 1117-B, XVI Legislatura, Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, 24 aprile 2009, in stato di relazione, [http://www.senato.it/leg/.](http://www.senato.it/leg/)*

3. *Valerio Striati, In Parlamento, Federalismo fiscale, rischi per Sud e donne, <http://www.rassegna.i/articoli/2009/03/24>*

4. *Ettore Jorio, La Legge delega di attuazione del federalismo fiscale, 22 aprile 2009, [federalismi.it](http://www.federalismi.it), Rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato*

5. *Nerea Filippelli, Federalismo sanitario: costi standard per perseguire efficienza e risparmi", <http://benecomune.ne/news.interna...>*

6. *Piano sanitario nazionale 2006-2008*

7. *Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario nazionale, Libera Università di studi sociali - Luiss "Guido Carli", Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "V. Bachelet", 2008*

8. *Oliver Klinck, Das kanadische Gesundheitssystem im Spannungsfeld des Föderalismus, Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Wirtschafts- und Sozialwissenschaft der Universität Erlangen-Nürnberg, 2007, PDF Internet*

9. *Marica Tolomelli, Sistema federale e welfare, l'esempio della Germania,*

10. *Luca Crivelli, Massimo Filippini, Federalismo e sistema sanitario svizzero Rapporto Sanità 2003, Fondazione Smith Kline, Bologna: Mulino, 2003*

11. *Julia Bathelt, Das Gesundheitssystem in Österreich, Folge 12 der RhÄ -Reihe „EU-Gesundheitssysteme“, Rhenisches Ärzteblatt 3/2007*

12. *Gesundheitsziele im Föderalismus - Programme der Länder und des Bundes, Bonn: nanos Verlag 2007*

13. *Health care 2008, Rapporto OCSE*

14. *Georg France, Le implicazioni del federalismo per l'interesse nazionale nella sanità, Quarto Rapporto annuale sullo stato del regionalismo in Italia, Milano, Giuffrè, 2007*



MENGOZZI
RIFIUTI SANITARI

Eccellenza nella gestione dei Rifiuti Ospedalieri



Qualità del servizio - Garanzie di sicurezza - Rispetto dell'ambiente

La **Mengozzi Spa**, azienda leader in Italia nella gestione integrata dei rifiuti ospedalieri, offre alle strutture sanitarie un servizio completo di raccolta nei reparti, trasporto, trattamento e smaltimento dei rifiuti sanitari utilizzando tecnologie e soluzioni gestionali all'avanguardia in Europa.

L'intero ciclo di gestione dei rifiuti **Mengozzi** è certificato EPD. Una garanzia per l'ambiente e un'opportunità per le strutture sanitarie che possono includere il servizio nel 30% di Acquisti Verdi obbligatori per le pubbliche amministrazioni in base al D. Lgs 203/2003.



www.mengozzirifiutisanitari.it

Federalismo e Sanità: speranze e paure

Riassunto

A partire dalla fine degli anni '90 ha sì sviluppato in Italia un forte movimento federalistico che ha potenziato la già pronunciata tendenza autonomistica iniziata nel 1992 con l'aziendalizzazione del servizio sanitario. E' ormai un dato di fatto che in Italia coesistono almeno due o tre modelli di organizzazione della sanità con differenze sostanziali che vanno sempre più approfondendosi e radicandosi. Col trasferimento alle Regioni della responsabilità fiscale verrà meno la possibilità di impiegare la leva del trasferimento delle finanze, dallo Stato alle Regioni, come strumento correttivo di eventuali tendenze centrifughe dei poteri locali. A presidio dell'universalismo del Servizio Sanitario e dell'uguaglianza dei cittadini restano i LEA. Saranno sufficienti ad assicurare l'unitarietà del Sistema o abbiamo imboccato una via senza ritorno verso la frantumazione del nostro Servizio Sanitario?

Sergio Pili

Direzione Presidio Ospedaliero Sirai, ASL Carbonia

PREMESSA

Lo scorso Novembre le Regioni hanno raggiunto un accordo per la mobilità sanitaria del 2007, che, tra debiti e crediti vale 3,47 mld. di euro.

E' questo il costo sostenuto dalle Regioni per assicurare le cure ai propri residenti al di fuori del proprio territorio. Il debito delle dodici regioni con saldo negativo ammonta a 1,2 mld., mentre il credito residuo di quelle in attivo vale circa 1,1 mld.; poco meno di 87 mil. sono dovuti, dalla quasi totalità delle Regioni, al Bambin Gesù (49,56 mil.) e alle varie sedi dell'Ordine di Malta (37 mil.).

Le Regioni che incassano di più dalla mobilità sono la Lombardia con 446,5 mil. (756,1 mil. di crediti a fronte di 309,7 mil. di debiti) e l'Emilia Romagna con quasi 329 mil (532,5 mil. di crediti a fronte

di 203,5 mil. di debiti); seguono la Toscana con 106,3 mil. (262,2 mil. di crediti a fronte di 155,9 mil. di debiti) ed il Veneto con 101,5 mil. (295,5 mil. di crediti a fronte di 194 mil. di debiti). Sul versante opposto, i maggiori debiti sono stati accumulati dalla Campania con 297,7 mil., dalla Calabria con 229 mil., dalla Sicilia con 204,3 mil. e dalla Puglia con 184 mil.(1)

La migrazione rappresenta un potente indicatore dei livelli essenziali di assistenza che le regioni sono tenute ad assicurare ed un possibile indicatore di ineguaglianza nell'accesso ai servizi.

I sistemi sanitari regionali si stanno inesorabilmente modificando, dando luogo a regimi di offerta differenziati, che da un lato arricchiscono la libertà di scelta dell'utente e dall'altro incentivano, per effetto della concorrenza fra Regioni, la mobilità sanitaria.

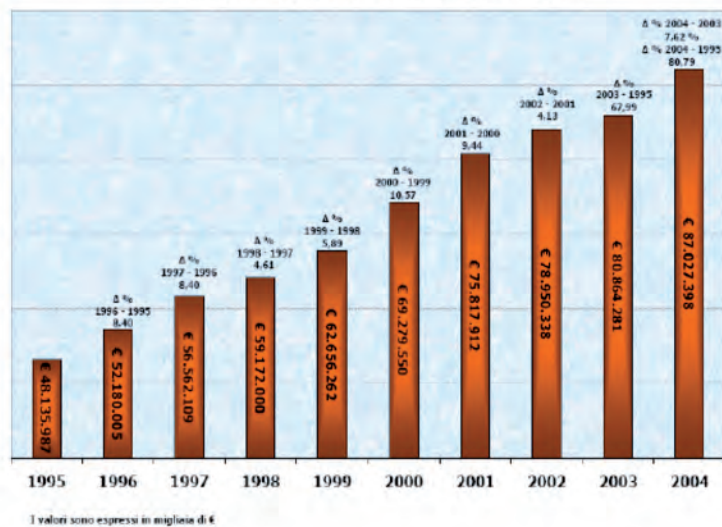
LE RAGIONI DEL FEDERALISMO

Il rapporto tra efficienza ed equità è uno dei temi classici del dibattito in Sanità. La dicotomia tra equità ed efficienza è il trade off economico più importante tant'è che fra gli economisti è radicata la convinzione che uguaglianza ed efficienza siano valori conflittuali (2). I limiti di sostenibilità finanziaria del welfare e l'istanza di partecipazione dal basso, cresciuti nella società italiana a partire dagli anni '70 ed enfatizzati dall'attuale crisi economica, hanno rafforzato l'idea che il decentramento renda i governi locali più responsabili nel perseguire l'allineamento tra risorse disponibili e domanda di servizi dei cittadini. Il decentramento è ritenuto inoltre capace di innescare e mantenere una maggiore competizione, tra i diversi soggetti locali, che incrementerebbe l'efficienza del settore pubblico (3).

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale, è stato caratterizzato, fin dalla sua nascita, da una progressione incontrollabile dei livelli di spesa tendente a rendere il sistema finanziariamente insostenibile (box 1). L'incapacità del sistema di rimanere all'interno dei fabbisogni determinati nei bilanci di previsione è stata imputata alla mancata attribuzione in capo al soggetto responsabile della spesa, della responsabilità del reperimento delle relative risorse finanziarie. Secondo questa visione, il federalismo assicurerebbe l'efficienza del Servizio e la riduzione dei costi per effetto dell'autonomia di bilancio del Potere decentrato aumentando l'effi-

**PAROLE CHIAVE:**

Federalismo, Servizio Sanitario, Costituzione, Stato, Regioni

Box 1**EVOLUZIONE SPESA SANITARIA DAL 1995 AL 2004**

cienza nell'allocazione delle risorse (appropriatezza delle prestazioni) e nell'azione amministrativa (efficienza organizzativa e gestionale).

Il federalismo quindi come rimedio allo storico squilibrio tra domanda di servizi e disponibilità di risorse (4), tradizionalmente tenuto a bada più riducendo l'accesso degli utenti ai servizi (tagli) che aumentando l'appropriatezza delle prestazioni e l'efficienza della strutture.

Il procedere delle riforme in senso federalista, elemento costante della legislazione dell'ultimo decennio, ha fatto assumere alle Regioni competenza primaria e autonomia legislativa quasi completa in materia di organizzazione della sanità e si accinge a dare ad esse, con l'approvazione del DDL sul federalismo fiscale, la responsabilità esclusiva del reperimento delle risorse.

Il DDL sul federalismo fiscale già approvato dai due rami del Parlamento

e attualmente in Senato per la seconda lettura, completa, le innovazioni introdotte dalla riforma costituzionale del 2001 (7). Il DDL stabilirà come reperire e ripartire le risorse economiche che dovranno alimentare il nuovo assetto statale articolato, nell'attribuzione di competenze e poteri tra Stato e Regioni, secondo la previsione della Legge Costituzionale 3/2001 (Box 2).

OPPORTUNITÀ E RISCHI

Sul federalismo le opinioni sono contrastanti; temuto da alcuni, è visto da altri come l'unica salvezza per l'Italia. Secondo i fautori rappresenta l'unico strumento in grado di ridurre la spesa pubblica, contenere la pressione fiscale e determinare, quindi, una ripresa dell'economia. Per i contrari, il federalismo non può rappresentare la soluzione perché ciò che la crisi rende ancor più

necessario è uno Stato programmatore, mentre il decentramento potrebbe generare frammentazione organizzativo-gestionale e maggiori spese. Si profila inoltre un restringimento dei margini di manovra nella politica fiscale-erariale con un conseguente depotenziamento dello Stato (6).

Il governo della sanità negli ultimi anni (segnatamente dall'entrata in vigore del Decreto 56/00) (8), ha caratterizzato il confronto Stato-Regioni, più come momento di contrattazione dei budget che di programmazione, verifica e indirizzo delle politiche economiche e sanitarie creando disaggregazione e differenziazione nel tipo e nella qualità dei servizi erogati dalle Regioni.

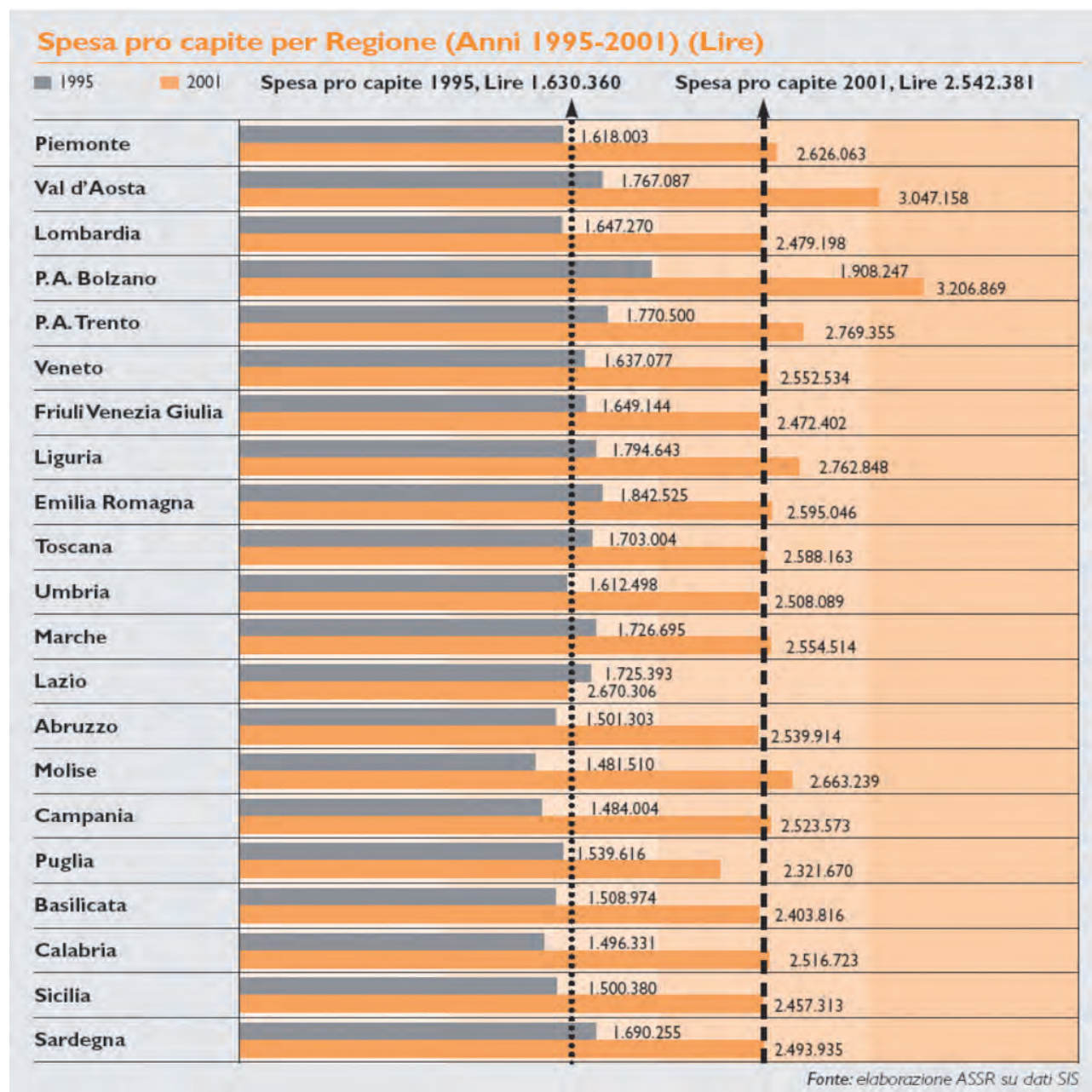
Lo testimoniano i resoconti delle riunioni della Conferenza Stato-Regioni che rendono atto di una contrapposizione tra lo Stato erogatore di risorse, che persegue tout court l'obiettivo di contenere al massimo la spesa, e i poteri regionali, gestori del servizio, che spingono per l'allentamento dei vincoli finanziari. Il rapporto Stato-Regioni in materia sanitaria sembra segnato da una logica contingente, di breve periodo, rivolta al tamponamento delle negatività dei bilanci e non all'organizzazione e alla programmazione (5). La mancanza di una governance nazionale del servizio sanitario, di cui la soppressione del ministero della Salute è stato il più recente epifenomeno, ha accelerato la tendenza centrifuga, già presente nel sistema, sia per livelli di spesa (box 3) che per modelli organizzativi, generando un panorama regionale molto differenziato.

Ma quali sono le novità che il federalismo fiscale aggiungerà al federalismo organizzativo-gestionale? Con il federalismo fiscale il riparto delle risorse si baserà su costi standard delle prestazioni che di-

Box 2

Competenze esclusive Stato Art. 117 comma 2	Competenze condivise Art. 117 comma 3	Competenze esclusive regioni. Art. 117 comma 4
Politica estera e rapporti internazionali dello Stato e con l'Unione europea; diritto d'asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non membri dell'UE	Rapporti internazionali e con l'UE delle Regioni	Agricoltura
Immigrazione	Commercio con l'estero	Artigianato
Rapporti tra le Repubblica e le confessioni religiose	Tutela e sicurezza del Lavoro	Caccia e pesca nelle acque interne
Difesa e forze armate; sicurezza dello Stato; armi, munizioni ed esplosivi;	Istruzione salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e formazione professionale	Commercio fiere e mercati; camere di commercio
Moneta, tutela del risparmio e mercati Finanziari; tutela della concorrenza; sistema valutario; sistema tributario e contabile dello Stato; perequazione delle risorse finanziarie;	professioni	Edilizia ed urbanistica
Organi dello Stato e relative leggi elettorali; referendum Statali; elezioni del Parlamento Europeo;	ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi	Energia, produzione e distribuzione in ambito Regionale
Ordinamento e organizzazione Amministrativa dello Stato e degli pubblici nazionali	Tutela della salute	Imposte regionali e locali
Ordine pubblico e sicurezza	Alimentazione	Industria
Cittadinanza, stato civile, anagrafi	Ordinamento sportivo	Istituzione di nuovi enti locali
Giurisdizione e norme processuali; ordinamento civile e penale; giustizia amministrativa;	protezione civile	Istruzione e formazione professionale
Determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;	governo del territorio	Miniere, cave e torbiere
Norme generali sull'istruzione	Porti e aeroporti civili	Musei e biblioteche regionali
Previdenza sociale	Grandi reti di trasporto e di navigazione	Organizzazione degli uffici e degli enti amministrativi regionali
Legislazione elettorale, organi di governo e funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane	Ordinamento della comunicazione	Politiche del lavoro e dell'occupazione
Dogane, protezione dei confini nazionali e profilassi internazionale	Produzione, trasporto e distribuzione nazionale di energia	Polizia locale, urbana e rurale
Pesi, misure e determinazione del tempo; coordinamento informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale; opere dell'ingegno	Previdenza complementare e integrativa	Porti e aeroporti civili di rilievo regionale
Tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali	Armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario	Reti regionali di trasporto e di navigazione, viabilità
	Valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali	Servizi sociali; assistenza e diritto allo studio
	Casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale, enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale	Trasporto pubblico locale
		Turismo e industria alberghiera

Box 3



scenderanno strettamente da fabbisogni standard. Il nuovo criterio, che sostituisce quello della spesa storica, si propone di riequilibrare e contenere i costi, coperti da tributi regionali diretti, compartecipazioni e trasferimenti perequativi tra regioni. In questa sede non affrontiamo la problematica dei metodi di calcolo dei fabbisogni standard e delle corrispettive prestazioni standard che assicureranno costi standard. Ci limitiamo ad osservare che sia la leva

delle entrate che quella della spesa saranno in mano allo stesso attore (la Regione) che finalmente sarà responsabile di finanziare con le proprie risorse la sua spesa realizzando così la sintesi dell'antinomia entrate/uscite della Sanità e con essa il punto di massimo equilibrio nella gestione del Servizio Sanitario.

Ma, come insegna l'esperienza, la teoria potrebbe essere diversa dalla pratica. Il DDL in corso di approvazione si propone di:

- garantire, a costo standard, adeguati e omogenei livelli, qualitativi e quantitativi, delle prestazioni su tutto il territorio nazionale
- non aumentare la pressione fiscale complessiva,
- rispettare il patto di stabilità.

E' del tutto evidente che per assicurare il punto 1 occorre forzare gli altri due e non è un caso che finora nessuno abbia avuto il coraggio di dire come cambierà la spesa e

quali saranno i costi aggiuntivi con l'entrata a regime del federalismo compiuto.

I tre obiettivi rischiano di rimanere sulla carta come un triangolo di Penrose.

Gli annunci che hanno accompagnato l'approssimarsi del nuovo ordinamento, peraltro, più che a un' Italia federalista sotto il profilo fiscale, fanno pensare a un Paese-Arlecchino dove la benzina costerà in modo diverso da una provincia all'altra, gli stipendi differenziati su base regionale e dove ogni ente locale avrà la possibilità di tassare cose che, a pochi chilometri di distanza, saranno duty free. Un quadro molto disomogeneo che se non governato in modo appropriato, rischia di minare le fondamenta dell'unitarietà dello Stato. Da quando il progetto di federalismo fiscale ha imboccato quella che sembra la dirittura d'arrivo, si assiste a preoccupanti iniziative e proposte: la vicepresidente del Senato Rosi Mauro, ha rilanciato le gabbie salariali ossia i contratti differenziati a livello regionale per tenere conto del diverso tasso d'inflazione che si registra da una zona all'altra del Paese. La sostituzione della contrattazione nazionale con una regionale non è una ipotesi irrealistica e lontana da noi. Le Regioni a seguito della modifica costituzionale già operante, potrebbero assumere la responsabilità di negoziare le retribuzioni e le condizioni chiave dell'impiego per il personale del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nonché le tariffe per gli erogatori con rapporti convenzionati presso lo stesso SSR. Perché non dovrebbero farlo se ritenessero il terreno locale più vantaggioso per il negoziato? Se una Regione forte dovesse trovarsi a scegliere tra l'aumento delle tasse e il rigore salariale per perseguire politiche virtuose nella gestione dei bilanci sanitari, cosa sceglierebbe?

CONCLUSIONI

Che la riforma fiscale in senso federalista vada portata avanti, ormai, è un dato di fatto ma stiamo attenti ai rischi. (9)

Il nostro compito di studiosi e professionisti sarà quello di conciliare il decentramento del sistema di governo della Sanità con il principio universalistico del diritto all'assistenza.

Nessuna contrarietà al Federalismo, che non si intonerebbe con la politica realista e pragmatica di una Società scientifica come la nostra che si pone al servizio del sistema, ma riconoscimento che talvolta un'idea ottima può avere applicazioni di livello più modesto e volontà di capire se "questo" Federalismo fiscale è il pezzo mancante al funzionamento del nuovo Stato delle autonomie, o un'occasione di nuovi sprechi, nuova burocrazia, nuove diseguaglianze.

BIBLIOGRAFIA

(1) "Il Sole 24 ore Sanità" n. 44, dell'11-17 novembre 2008

(2) *Gilberto Muraro Federalismo fiscale e sanità: il futuro dei sistemi di welfare nazionali tra integrazione europea e decentramento regionale, coordinamento, competizione, mobilità. Pavia, Università, 4 - 5 ottobre 2002*

(3) *Elena Granaglia; Equità orizzontale in un quadro di federalismo sanitario: alcuni contributi dalla prospettiva della giustizia distributiva* (Università della Calabria e Scuola Superiore di Economia e Finanza, Roma)*

(4) *Gilberto Muraro cit*

(5) *Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno (CERM) l'urgenza di una nuova governance federalista*

(6) *Francesca Benedetti; Federalismo fiscale e crisi economica - Periodicamente.it - Testata giornalistica on line 4 febbraio 2009*

(7) *Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione» in GU n. 248 del 24 ottobre 2001.*

(8) *Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 "Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133." pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 62 del 15 marzo 2000*

(9) *Enrico Romagna Manoja Meglio il federalismo o lo Stato spezzatino? Corriere della sera Pagina 11-26 settembre 2008*



PULIZIE SANITARIE & OSPEDALIERE A PROVA DI PAZIENTE

La pulizia degli ambienti dove ci si prende cura degli ammalati o delle persone non autosufficienti è doppiamente importante, perché le buone condizioni igieniche sono, ad un tempo, la prima barriera contro le infezioni e il primo indicatore di qualità percepito dai pazienti. Il know how e la cultura aziendale di Coopservice, leader italiano nel settore delle pulizie, offrono in proposito le più ampie garanzie, grazie ad una sperimentata gamma di servizi progettati a misura del committente e forniti anche in global service e project

financing. Un'attitudine che fa di Coopservice non un semplice fornitore ma un partner di fiducia.

Negli ospedali, nelle cliniche, nelle case di riposo, Coopservice è in grado di risolvere qualsiasi problema d'igiene, come dimostra l'esperienza acquisita nelle pulizie di ogni tipo di ambiente sanitario: dagli ambulatori alle sale di degenza, dalle strutture di pronto soccorso alle sale operatorie, dai reparti di terapia intensiva a quelli di medicina nucleare, dai reparti di riabilitazione ai laboratori.

COOPSERVICE. MOLTO PIU' DI UN SEMPLICE FORNITORE



Cavriago - Reggio Emilia - Via Bruno Buozzi,2 - Tel. 0522 94011 - Fax 0522 940128 - e-mail: info@coopservice.it - www.coopservice.it

Etica del bene comune in sanità

Riassunto

In una società civile il diritto alla salute deve essere garantito a tutte le persone. Per raggiungere questo obiettivo le decisioni in campo sanitario, che assumono sempre più caratteristiche aziendalistiche, non possono essere improntate alle mere logiche del mercato, ma devono essere anche il risultato di comportamenti responsabili che tengano conto della centralità del malato. E' in quest'ottica che l'etica, quale insieme di valori umani e professionali, deve guidare l'organizzazione in un sistema sanitario affinché sia in grado di assicurare dignità umana ad ogni individuo, e quindi realizzare il bene comune.

Domenico Laddaga

Direzione Generale Ente Ecclesiastico Ospedale "F.Miulli" - Acquaviva delle Fonti (BA)

In un momento di grandi incertezze ideologico-culturali in cui sembrano prevalere solo le problematiche economico-organizzative, il fermarsi a riflettere dell' 'anima', del suo compito di propulsore dell'umanità, può rappresentare uno stimolo, un'occasione di novità per migliorare una società che, con diversi ruoli, si è chiamata a fondare e costruire.

In tale ottica va certamente ribadita la necessità di rispettare la persona bisognosa di aiuto.

Ebbene, prima di introdurci nel tema specifico, credo che sia un dovere imprescindibile chiarire il significato di **Etica** (dal greco "éthos"= costume) che è simile al termine latino **Morale** (da "mos"= costume); oggi è più usato il primo, a cui viene dato un significato più laico e razionale, a differenza del secondo a cui si associa più facilmente una riflessione che parte

fondamentalmente da premesse di fede.¹

Per esempio si distingue l'Etica professionale, che riguarda il comportamento che deve caratterizzare una professione (sanitaria, forense, giornalistica, sindacale), dalla Bioetica (= etica della vita) di recente acquisizione (e in rapido sviluppo), che dà direttive a varie discipline - sia sociali che giuridiche - per orientare comportamenti diretti ad aiutare e non a distruggere l'uomo. A queste credo sia importante aggiungere la deontologia (= scienza dei doveri), termine che, pur non identificandosi propriamente con l'etica professionale, la presuppone, giacché consiste nell'insieme di norme comportamentali che sono ritenute conformi all'onestà, alla correttezza, al prestigio della professione.

L'etica è, quindi, l'analisi critica delle motivazioni che danno un senso

alle scelte quotidiane, coerenti con la dignità dell'uomo e la responsabilità sociale di ciascuno di noi.² Oggi l'etica richiede la riscoperta o le riscoperte di valori fondamentali dell'esistenza; è necessario capire e compiere il bene, non è sufficiente l'osservanza formale delle leggi, che si limita solo ad un livello esteriore e non sentito di correttezza sociale, in quanto occorre che ad essa si associ maggiore sensibilità, solidarietà e generosità.

Le diversità etiche partono da diverse visioni del mondo (weltanschauung).

Accenniamo solo brevemente ad alcune impostazioni etiche della cultura occidentale.

■ Etica individualistica

Prende le mosse dalla mentalità liberale, e forse anche radicale, essa ha come presupposto la filosofia illuministica e propone una concezione individualistica (Sartre-Marcuse-Moravia) in cui la libertà del singolo è considerata come valore assoluto. Ogni scelta è individuata come diritto civile ed è tendenzialmente respinta l'idea dell'esistenza dei valori "oggettivi" (cioè tali in sé stessi), giacché predomina e prevale l'interesse del singolo o, al massimo, gli interessi globali come somma di quelli singoli. In questa prospettiva si pongono al centro le singole individualità e gli altri valori non vengono negati, ma relativizzati: si parla in particolare di "senso del limite", concetto definito come "razionalità dell'egoismo" che limita l'anarchia etica perché finalizzata al rispetto della libertà e

1 Davanzo G. Etica sanitaria, Milano: Ancora, 1992

2 Vedi nota n.1

**PAROLE CHIAVE:**

Etica, bene comune, sanità

dell'interesse dell'altro; è l'etica del soggettivismo, in cui l'unica verità etica è difendere la propria libertà.

■ Etica collettivistica e sociologica

Il dinamismo sociale crea continuamente un adattamento dei valori: non esistono valori universali, l'etica è quella imposta dal comportamento dei più (Max Weber, Darwin). In questo senso sono fondamentali i sondaggi di opinione.

L'etica collettivistica viene alimentata dagli interessi dei gruppi predominanti, ammantata sotto le buone intenzioni di una diffusa solidarietà sociale.

■ Etica pragmatica o utilitaristica

Tipica della filosofia anglosassone (Hobbes, Locke e Hume), essa privilegia il rapporto costi-benefici e il criterio economico (in senso ampio) diventa il metro per l'umanizzazione e la convivenza sociale. L'uomo può diventare "cavia" e si privilegia in modo assoluto la "qualità della vita" sulla "difesa della vita", che diviene, invece, criterio di selezione.

■ Etica personalistica (Maritain)

In questa visione è la persona che viene presa come parametro etico fondamentale perché:

- l'uomo è al vertice dell'evoluzione;
- l'uomo è al centro delle istituzioni (le istituzioni sono a servizio dell'uomo e non viceversa);
- la persona è vista principalmente nella sua dimensione sociale, perché l'uomo nasce, si sviluppa e si realizza nelle relazioni interpersonali.³

In tale contesto si inserisce il criterio

del "bene comune", in base al quale vanno individuate le finalità condivise da perseguire in maniera complementare e corresponsabile secondo i ruoli e le possibilità di ciascuno.

Tra i diversi ruoli esiste una necessaria reciprocità che va interpretata responsabilmente perché il corretto esercizio del proprio ruolo aiuti la correttezza dell'esercizio del ruolo degli altri.

In questa ottica si persegue il bene comune soffermandosi sulla qualità ed efficacia del servizio come conseguenza di una efficace organizzazione del lavoro e delle diverse competenze. L'etica, nel rispetto della reciproca autonomia, ha il compito di far pensare e attuare tutto in riferimento alla relazione tra le persone e la loro dignità.

Si attua così il bene comune come finalità e criterio etico, perché la ricerca del "bene" non è semplicemente funzionale ad un "bene" privato o di parte, ma è la ricerca del "bene comune" (qual è, per esempio, la salute) con particolare attenzione alla persona debole, fragile e malata.

In questo sistema certamente è fondamentale il dialogo tra le varie impostazioni che si sono superficialmente schematizzate, per evitare l'intolleranza che chiude ad ogni rapporto. È indubbio che alcuni valori comuni debbano essere condivisi come fondamentali ed in particolare il valore della vita, della libertà e della responsabilità.⁴

Proprio qui ritengo che si inserisca una riflessione sulla managerialità, sia nella organizzazione che nella conduzione dei servizi sanitari. In particolare occorre chiedersi verso quale finalità ed efficienza bisogna lavorare e con quali criteri è necessario determinare ed individuare le priorità nella prestazione del servizio (nasce così il problema delle priorità nell'allocazione delle risorse).

Ebbene il criterio che deve guidare le scelte è l'effettivo ascolto dei bisogni della persona, in modo da evitare il rischio di un "esproprio" della corresponsabilità dei cittadini a favore solo di decisioni burocratiche o autoritarie. In sostanza il rischio è che l'aziendalizzazione sostituisca alla centralità delle persone la centralità dell'organizzazione o delle risorse. Si scopre, così, che anche l'organizzazione sanitaria diventa un "soggetto morale" che deve darsi un'etica e dei valori che devono guidare ogni decisione manageriale.

In verità, non può sottacersi che si opera sempre in bilico perché, mentre la medicina "sembra" offrire possibilità che tante volte appaiono illimitate, si vive il paradosso della pratica medica governata da tantissimi limiti.

Nel 2001 il Comitato Nazionale di Bioetica ha ribadito la matrice universale della medicina che basa sulla comune natura umana il diritto di ricevere un'assistenza accessibile a tutti in modo uguale: da questo deriva per ogni organizzazione il dovere di ottimizzare il consumo di risorse per sostenere l'intero sistema.⁵

Negli USA, dove è iniziata ormai da tempo un'approfondita riflessione, si sta facendo sempre più strada l'equazione "good ethics = good business" dove ad una buona etica

3 Vedi nota n.1

4 Pintor S. in Tendenze nuove, Bologna: Il Mulino, 2006; nr. Speciale

5 Dirindin N, Vineis P. Elementi di economia sanitaria, Bologna : Il Mulino, 1999

6 Spagnolo AG. in Tendenze nuove, Bologna: Il Mulino, 2006; nr. Speciale



individuale ed istituzionale dovrebbe corrispondere una buona azienda (business).⁶

In questa ottica bisogna far tesoro di ciò che Potter (1996-1999) con due successive accezioni diceva dell'Etica organizzativa sanitaria. Nel 1996 egli parlava dell'Etica come motore che governa "un uso intenzionale dei valori che guida le decisioni nell'ambito di un sistema", arrivando al "discernimento dei valori che guidano le decisioni manageriali e che influenzano l'assistenza al paziente".⁷

L'etica diventa così un elemento strutturale (dunque irrinunciabile) nei processi decisionali e assistenziali alla pari dei dati clinici, degli interessi finanziari e delle questioni legali.

Si intuisce come Potter, insieme ad altri (Blake 1999), ritenga cruciale creare un clima etico-istituzionale.⁸

In questa scia, sempre negli Stati Uniti, la Commissione Congiunta per l'Accreditamento delle strutture Sanitarie nel 1996 ha modificato il paragrafo (RI-11) da Diritto del paziente in Diritti del paziente ed etica dell'organizzazione e del bene comune.⁹

Si chiede sempre più un momento di incontro tra etica professionale e gestione aziendalizzata della sanità che privilegi l'universalismo, inteso come generosa carica etica che mira a superare le differenze sociali per creare un'effettiva uguaglianza delle opportunità, in modo da far percepire a ciascuno

di essere "cittadino", senza dover ancora constatare le profonde differenze tra intenzioni e realtà, tra diritti enunciati e assicurati a tutti solo a parole, e diritti effettivamente ed universalmente fruibili da tutti.

Si può concludere tornando al tema della riflessione "Etica del bene comune in sanità" guardando oltre il nostro orizzonte alla luce del fenomeno economico e politico più rilevante degli ultimi due decenni conosciuto come globalizzazione. Dunque, bene comune che deve essere di tutti gli esseri umani, senza distinzione legata, ad esempio, al luogo in cui si vive, dove, invece, spesso si evidenzia una sperequazione tra la stessa aspettativa di vita, che nei paesi occidentali ha superato gli 80 anni, mentre nei paesi sub-sahariani rimane ancora intorno ai 40. In sostanza occorre considerare la persona come elemento centrale di tutta l'attività umana e non come variabile economica – produttiva, in modo tale da porre alla base della scala dei valori la persona, ogni persona, destinataria dei diritti di cittadinanza.

Questa è la SPERANZA che deve essere il legame etico e la chiave interpretativa della condizione umana, giacché, pur tra tante contraddizioni e difficoltà, ognuno di noi deve essere incoraggiato a non tradire la vera vocazione dell'uomo, quella di impegnare "tutto ciò che si è e si ha" per il bene comune.

BIBLIOGRAFIA

- *Bioetica e allocazione delle risorse in sanità*, a cura di Elio Sgreccia, da *Atti del dodicesimo corso residenziale di Bioetica-Borca di Cadore (BL) 30 agosto-3 settembre 1996*, Bologna: Centro di iniziativa culturale

- Blake DC, *Organizational ethics. Creatina structural and cultural change in health care organizations*, in "The journal of clinical ethics" 10-3 -1999

- Cavicchi I. *Sanità Un libro bianco per discutere*, Bari: edizioni Dedalo, 2005

- Comitato Nazionale per la Bioetica. *Scopi limiti e rischi della medicina*, Roma: presidenza del Consiglio dei Ministri, dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, 2001

- Davanzo G. *Etica sanitaria*, Milano: Ancora, 1992

- Dirindin N, Vineis P. *Elementi di economia sanitaria*, Bologna: Il Mulino, 1999

- Frati P. *Diritto sanitario, deontologia generale e bioetica applicata*, Milano: Masson, 1998

- Iandolo C, Hanau C. *Etica ed economia nella "azienda" sanità*, Milano: Franco-Angeli, 1992

- *Joint commission on accreditation of health care organizations*

- Lecaldano E. *Bioetica Le scelte morali*, Bari: Editori Laterza, 2007

- Pintor S. *Tendenze nuove*, Bologna: Il Mulino, 2006; nr. Speciale

- Potter RL. *From clinical ethics to organizational ethics: the second stage of evolution of bioethics*, in "Bioethics Forum" 12,2, 1996

- *Orizzonti di speranza nel mondo della fragilità e della salute*, a cura di Filippo Urso, San Giorgio Jonico (TA): Edizioni Servi della Sofferenza, 2009

- Potter RL. *On our way to integrated bioethics. Clinical/organizational/com-munal*, in "The journal of clinical ethics" 10-3-1999

- Spagnolo AG, *Tendenze nuove*, Bologna: Il Mulino, 2006; nr. speciale

7 Potter RL. From clinical ethics to organizational ethics: the second stage of evolution of bioethics, in "Bioethics Forum" 12,2, 1996

Potter RL. On our way to integrated bioethics. Clinical/organizational/com-munal, in "The journal of clinical ethics" 10-3-1999 Pintor S. in *Tendenze nuove*, Bologna: Il Mulino, 2006; nr. Speciale

8 Blake DC, *Organizational ethics. Creatina structural and cultural change in health care organizations*, in "The journal of clinical ethics" 10-3-1999 Spagnolo AG. in *Tendenze nuove*, Bologna: Il Mulino, 2006; nr. Speciale

9 Joint commission on accreditation of health care organizations



NGC

*Gestione logistica "in service" delle emodinamiche
e degli altri reparti ad elevato contenuto tecnologico*



Gestiamo con successo oltre 30 realizzazioni su tutto il territorio nazionale.

NGC

*Il modello organizzativo proposto da NGC comprende:
l'eventuale progettazione e realizzazione delle opere, la fornitura di
apparecchiature e arredi, la loro manutenzione e la fornitura
di tutti i prodotti necessari per la realizzazione delle procedure cliniche,
garantendo una comprovata efficienza e il contenimento delle spese.*

NGC

*l'esperienza
è il futuro*

22060 Novedrate .CO · Italy · strada novedratese, 35
phone +39.031.794.111 · fax +39.031.792.130 · www.ngc.it · e.mail ngc@ngc.it



Il governo delle relazioni nelle organizzazioni sanitarie

Riassunto

L'azienda sanitaria rappresenta un "sistema sociale aperto" caratterizzato da un complesso di elementi in relazione tra loro. Conoscere e comprendere i fenomeni che interessano l'azienda significa pensare in termini di connessioni e relazioni. Una struttura così costituita ha già in sé le caratteristiche della complessità, che si traduce in "complessità delle relazioni". Devono essere considerate sia le relazioni tra gli elementi che compongono l'azienda, sia le relazioni tra l'azienda e il proprio ambiente. Il fulcro della problematica è rappresentato dalla molteplicità delle relazioni che si stabiliscono tra gli elementi della triade professionista-organizzazione-paziente. Al management aziendale è richiesto di elaborare una strategia finalizzata alla costruzione di organizzazioni aperte e capaci di valorizzare le relazioni, e nel contempo di perseguire con convinzione una forma di governo della rete di tali relazioni. La figura del Direttore Sanitario, per il ruolo che esercita, si trova in una posizione strategica nel sistema di snodi della struttura aziendale e questi è chiamato a fare la sua parte nel governo del network delle relazioni che compongono l'organizzazione sanitaria. Per esercitare al meglio il suo compito è richiesto il possesso di "capacità relazionali" che vanno ad affiancarsi alle competenze di natura più strettamente tecnica.

Ottavio Nicastro

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale - Emilia Romagna

L'azienda sanitaria si configura oggi come un "sistema sociale aperto"; un sistema caratterizzato da un complesso di elementi, primariamente quello umano (individui e gruppi) e tecnico, in relazione ed interazione dinamica tra loro. Proprio la rilevanza dell'elemento umano fa sì che il sistema dell'azienda venga definito "sociale"; il sistema si considera poi "aperto" poiché gli scambi e le relazioni che stabilisce con l'ambiente sono necessarie per il suo funzionamento.

Nella logica di sistema le proprietà delle parti possono essere comprese solo nel contesto in cui sono inserite, proprio attraverso l'analisi dei processi comunicativi e relazionali. Conoscere e comprendere i feno-

meni che interessano l'azienda significa pertanto pensare in termini di connessioni e relazioni; l'attenzione si sposta appunto dagli elementi alle relazioni che tra gli elementi sussistono. E' più importante quindi definire la struttura, l'organizzazione e il controllo dei rapporti tra diversi soggetti o fenomeni, piuttosto che descriverli come entità astratte e isolate.

Appare dunque superata una logica meccanicistica e riduzionistica che considera l'Azienda come un sistema chiuso e come un insieme di schemi a funzionamento determinato e che ritiene necessario, per comprendere il tutto, analizzare le singole parti per poi ricomporle. Ad una rappresentazione "lineare" si

sostituisce una spiegazione "circolare" dei fenomeni che individua rapporti di interdipendenza per cui ogni elemento può essere sia una causa che un effetto. La rappresentazione visiva più aderente alla realtà non è più quella a matrice o caratterizzata da semplici linee orizzontali e verticali unidirezionali, ma da una struttura a rete con una miriade di nodi strettamente interconnessi. Nella rete ogni nodo è diverso dall'altro, ciascuno con la sua valenza e il suo significato nel sistema; ogni nodo stabilisce relazioni con altri e il suo livello di importanza può essere valutato in base alla capacità di essere centro di un fitto intreccio di rapporti.

Una struttura così costituita ha già in sé le caratteristiche della **complessità**, che si traduce in "complessità delle relazioni". Il riferimento ai sistemi complessi sottende proprio l'idea di relazione, intesa come interdipendenza tra le parti; un complesso di elementi (materiali e immateriali) in interazione dinamica che creano un "soggetto organizzato", il cui agire dovrebbe essere comunque finalizzato in modo coerente al raggiungimento di obiettivi definiti. L'intreccio di relazioni che caratterizza quel "sistema" che è l'azienda sanitaria, fornisce davvero il quadro di una "complessità organizzata" che porta necessariamente con sé una serie di problematiche che dalla stessa complessità derivano.

Se si vuole avere una prospettiva di governo di un tale sistema, occorre quindi avere quanto più chiaro l'insieme delle relazioni; per questo devono essere considerate sia



PAROLE CHIAVE:

Governance, organizzazioni, relazioni, conflitto.

le relazioni tra gli elementi che compongono l'azienda, sia le relazioni tra l'azienda e il proprio ambiente.

Nell'ambito dell'azienda, l'attività finalizzata al raggiungimento di determinati obiettivi si svolge attraverso un'organizzazione che prevede le modalità di collegamento tra i propri elementi costitutivi, i quali vengono considerati nel loro aspetto dinamico. Determinante diventa la funzionalità di un'organizzazione a rete la quale prevede processi di scambio paritario e viene animata da spirito di cooperazione nel perseguire gli obiettivi condivisi.

La grande maggioranza delle problematiche che si verificano nelle aziende sanitarie si trovano proprio ai diversi livelli dei nodi di sistema e nei rapporti tra i vari elementi, tanto che si parla di vere e proprie "relazioni critiche". Molto spesso queste si manifestano fra operatori e operatori o operatori e pazienti/familiari, ed è ormai chiaro il fatto che il miglioramento delle prestazioni sanitarie passa anche da un'evoluzione virtuosa delle relazioni all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Occorre avere sempre la consapevolezza che si tratta un percorso irto di grandi difficoltà; si tratta infatti di saper conciliare e di portare davvero "a sistema", diversi interessi, diverse "culture", diversi modelli interpretativi, diverse visioni della realtà.

Il fulcro della problematica è rappresentato proprio dalla molteplicità delle relazioni che si stabiliscono, o spesso non si stabiliscono, tra gli elementi della triade "**professionista-organizzazione-paziente**".

LA RELAZIONE PROFESSIONISTA-ORGANIZZAZIONE

Partendo dal punto di vista delle aziende sanitarie, queste possono essere lette, in termini "macro", attraverso i rapporti che si stabiliscono tra le proprie articolazioni interne, ad esempio tra le diverse aree funzionali: relazioni tra area della produzione e di ricerca e sviluppo e aree funzionali integrative (del personale, finanziaria, organizzativa) e aree di controllo e informazione (pianificazione, programmazione e sistema informativo).

Nel funzionamento di tali rapporti, possono prevalere le rigidità di catene di trasmissione e gli automatismi burocratici, piuttosto che la dinamicità dell'approccio e la fatica di ricercare soluzioni non aprioristiche e preconfezionate. Quando il sistema decisionale risulta caratterizzato da vischiosità e incoerenza rispetto a regole, strategie, meccanismi operativi, sistema premi-sanzioni e linea di responsabilità, o peggio quando si evidenziano contraddizioni tra ciò che viene dichiarato e ciò che viene agito e si affermano logiche di scarsa trasparenza e arbitrarietà, allora è più probabile che si crei un divario tra i bisogni delle persone e le modalità di esercizio del potere ed emergano forti criticità con i professionisti che operano nell'organizzazione.

Il rapporto del professionista con l'organizzazione risulta già di per sé problematico. Nella relazione con i sistemi organizzativi il professionista paga la condizione di anonimato derivante dal diventare forza lavoro e la

perdita di una propria identità; questi vive spesso le rigidità presenti con un senso di costrizione e sviluppa all'interno delle strutture di appartenenza una spinta verso la "libertà" di azione. Tale propensione si evidenzia maggiormente ove, sotto l'ansia di standardizzare per rispondere a logiche stringenti di controllo, le organizzazioni tendono a ricercare continuità, ripetitività, omologazione. Se il professionista si ritrova, a fronte di fittizie richieste di partecipazione e di contribuire alla costruzione delle decisioni, di fronte a scelte calate arbitrariamente dall'alto; se le sue aspirazioni vengono frustrate, la risposta può essere oppositiva e conflittuale oppure rassegnata, con perdita di senso del proprio lavoro e appiattimento su ruoli meramente esecutivi. In tutti i casi ne deriva una perdita e un impoverimento dell'organizzazione.

Parimenti, sperdimento e sfiducia possono scaturire anche in contesti che, a fronte della crisi dei tradizionali sistemi gerarchici, sposano sempre più spesso approcci organizzativi fluidi con maggiori spazi di libertà per i professionisti, ma anche responsabilità meno delineate e mancanza di interlocutori.

Per scongiurare questi scenari occorre puntare proprio sulla relazione, innanzitutto tra le varie aree funzionali dell'azienda collegando i vari sistemi settoriali di governance (della produzione, di ricerca e innovazione, delle tecnologie, dei sistemi informativi) e rimuovendo le eventuali sovrapposizioni per allineare i processi (pianificazione, programmazione, formazione, controllo, ecc) verso obiettivi condivisi. Nel contempo risulta indispensabile lavorare per ristabilire una relazione proficua tra organizzazione e professionista, rompendo il cerchio delle solitudini. Uscire da un'autoreferenzialità proiettata al conseguimento di risultati astratti e riduttivi e accorciare la distanza tra



organizzazione e dimensione personale attraverso una progettualità non più sfocata e contraddittoria, ma reale e interiorizzata.

La dirigenza dell'azienda ha un ruolo e una responsabilità importante e gravosa; il compito risulta davvero sfidante e impegnativo. Si tratta di far assumere al governo dell'azienda una fisionomia diversa, meno istituzionale e davvero sociale, cioè contraddistinta dalla forza e robustezza delle interrelazioni e interdipendenze funzionali tra le varie parti del sistema, ciascuna detentrica di propri interessi e aspettative.

Il presupposto per riuscire in tale proposito è sicuramente quello di interpretare l'esercizio del **potere** non in modo autoreferenziale e autoriproduttivo, ma nel senso del "poter fare" le cose giuste e in linea con la missione aziendale; di guadagnare poi la **fiducia** dei vari componenti dell'organizzazione attraverso la condivisione di valori e conoscenze, il perseguimento di comportamenti ed azioni coerenti e la reale promozione della partecipazione alle scelte.

Creando un clima di fiducia aumentano le possibilità di "fidelizzare" e responsabilizzare i diversi "portatori di interessi" (stakeholders) rispetto ad un progetto comune, che abbia obiettivi condivisi e attorno al quale vi sia accordo sulle modalità, i percorsi e le risorse necessarie per perseguirli.

L'insieme di relazioni positive che si stabiliscono attorno ad un progetto collettivo è un patrimonio da tutelare e non disperdere; anche in questo senso si delinea una precisa assunzione di responsabilità della dirigenza aziendale riguardo a gestione delle risorse e conseguimento dei risultati. L'"accountability" in questo contesto acquisisce una valenza ancora più pregnante come "*relazione sociale*" in cui qualcuno è in dovere di spiegare e giustificare la propria condotta a qualcun altro (Day & Klein). Una relazione sociale (basata sulla

"trasparenza") che, orientando le decisioni, di conseguenza influenza fortemente lo sviluppo e la dinamica delle altre relazioni all'interno dell'organizzazione.

È importante essere consapevoli del fatto che le relazioni si fondano anche sulla messa a disposizione di informazioni; a maggior ragione la "relazione sociale" accountability che presuppone la trasparenza e che si fonda sul dovere/obbligo a giustificare/motivare. Appare evidente anche in questo caso l'importanza da parte della dirigenza di rendere disponibili informazioni sul suo operato, non tanto per promuovere azioni di punishment/reward nei propri confronti, quanto per orientare decisioni, comportamenti, scelte.

Tale approccio perpetrato dalla dirigenza può rappresentare anche un grande impulso e stimolo per l'organizzazione a promuovere "trasparenza relazionale" e perseguire i propri obiettivi nella chiarezza dei percorsi.

Intorno agli obiettivi da perseguire e alle relative azioni da effettuare si gioca il complicato equilibrio delle relazioni e si oscilla tra la scelta di due "modelli": si può scegliere la strada delle relazioni non formalizzate (con il suo carico di incertezza/ambiguità ed il rischio di poter vedere deluse le proprie aspettative) oppure preferire la linearità di relazioni formalizzate (accountability dei professionals) accettando l'impegno legato alla verificabilità ed eliminando il rischio di "delusione" delle aspettative. Certamente cambia anche la prospettiva di chi è chiamato all'onere della verifica e alle decisioni conseguenti, il quale ponendosi in una prospettiva di controllo (checking) deve rinunciare a proporre un approccio ciecamente fiduciario (trusting) e all'esercizio di ampia discrezionalità. La chiarezza di ruoli e percorsi facilita in tutti i casi la relazione delicata e fragile tra chi è portatore di interessi "particolari" e

chi deve farsi interprete di un insieme complessivo. Non si tratta di sopprimere e frustrare le pur legittime aspirazioni e attese individuali, ma anzi di valorizzarle e armonizzarle, ponendo anche dei limiti, in modo che siano funzionali al perseguimento di interessi collettivi e al soddisfacimento dei bisogni globali di salute.

Più in generale comunque, per chi ha responsabilità di direzione all'interno delle organizzazioni, quello con e verso gli operatori di tutte le professioni dovrebbe essere un impegno costante; un'attività finalizzata non soltanto a rendere più umano l'ambiente di cura, ma funzionale anche a rendere più sereno l'ambiente di lavoro (clima interno e benessere organizzativo).

Occorre possedere e diffondere un modello relazionale capace di coniugare le innovazioni tecnologiche alla interrelazione/interazione umana e che faccia del benessere degli operatori un elemento di fondamentale importanza per il complessivo buon andamento dell'organizzazione. Diventa strategico promuovere una cultura fondata sulla consapevolezza del fatto che è la qualità delle relazioni umane a creare eccellenza, attraverso una comunicazione costante e significativa tra ambiente sociale, professionale e organizzativo.

LA RELAZIONE TRA PROFESSIONISTI

L'azienda sanitaria rimane pur sempre una comunità di persone in cui le singolarità e le differenze non devono essere mortificate, ma anzi valorizzate per rafforzare il senso di appartenenza e la cultura collettiva. Questo vale anche per la dimensione relazionale che vede protagoniste le diverse professionalità. Oggi la complessità delle risposte di cura, rende necessaria la contaminazione dei saperi in una prospettiva di interprofessionalità e multidisciplinarietà:



diventa indispensabile saper coniugare le pratiche correlate ai saperi specialistici e le attività connesse all'imprescindibile interazione quotidiana tra tutti i componenti di un team.

La professionalità si esprime modernamente non solo nella relazione di cura, ma anche nella cura delle relazioni: relazione tra saperi (individuali e collettivi, vecchi e nuovi), relazioni con i saperi (per soddisfare il bisogno di interdisciplinarietà), tra diversi soggetti professionali (per il bisogno di multiprofessionalità).

Quello che ne deriva ha le caratteristiche, sia in positivo che in negativo, dell'imprevedibilità ma anche della ricchezza. Attraverso la relazione si valorizzano e nel contempo si ridefiniscono i saperi e si sviluppano le reciprocità, specie quando si è capaci di rispettare la dimensione di autonomia e libertà di ciascuno.

Si comprende come questo comporta nella quotidianità grande fatica; per molti lo sforzo enorme di passare da un lavoro basato sui compiti e sui saperi tecnici particolari a uno basato sui processi e sui saperi di relazione.

Gli interlocutori sono decisamente sempre più numerosi; domande complesse necessitano di risposte altrettanto complesse, integrate e multidimensionali. Servono competenze diversificate, non solo sanitarie, ma anche sociali, psicologiche, antropologiche, economiche filosofiche, etiche e giuridiche. Si fanno strada inoltre nuove e diverse professionalità. Questa situazione, in un quadro di crisi di precostituiti profili gerarchici di saperi, espone a nuove fatiche e al pericolo della conflittualità.

In carenza di forti strumenti e pratiche di relazione, si corre il rischio che a prevalere siano le spinte disgregatrici e di scomposizione e che si imponga la logica della delega in cui ci si limita a quello che è di "com-

petenza", perdendo l'unitarietà e la continuità del processo assistenziale. Compito della dirigenza è anche in questo caso quello di promuovere la cultura della partnership, chiara nella dimensione dei reciproci diritti e doveri, nella lealtà delle relazioni e, ancora una volta, nella disponibilità a "rendere conto".

LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE

Non bisogna poi scordare che gli operatori sanitari di qualunque professione presentano un duplice profilo, essendo allo stesso tempo soggetti e oggetti dell'agire terapeutico. Per molto tempo, la qualità in ambito sanitario è stata intesa unicamente come capacità del "sapere fare" di natura strettamente tecnica, dimenticando che il professionista lavora non su persone, ma con le persone che non possono e non vogliono essere considerate come semplici oggetti della cura.

Nel rapporto con il paziente si esprime di certo in maniera pregnante la dimensione della relazione in ambito sanitario, come processo di interazione psichica e motivazionale che fa da sfondo e consente lo svolgimento del processo di cura.

Riscoprire e riproporre ogni giorno in tutti gli ambiti dell'organizzazione sanitaria il valore della relazione di cura è sicuramente un arricchimento per il singolo e un beneficio per tutto il sistema.

LA RELAZIONE DELL'AZIENDA CON L'AMBIENTE

In questo quadro di relazioni che si viene a comporre non si può dimenticare che, come ricordato all'inizio, l'azienda sanitaria è un sistema "aperto" che interagisce con l'ambiente; può essere considerata anche un sub-sistema di un insieme più ampio, delle cui regole deve

tener conto per mantenere l'equilibrio dinamico necessario alla sua sopravvivenza e sviluppo.

In particolare l'azienda riceve dall'ambiente molteplici input sotto forma di fattori produttivi (lavoro, tecnologie, beni di consumo), ma anche influssi ambientali di diversa natura, quali norme di legge, valori, cultura. Le aziende sanitarie sono poi al centro di un intenso sistema di relazioni istituzionali, che influenzano e condizionano il sistema di erogazione dei servizi sul territorio. Molteplici anche qui sono gli stakeholders: regione, conferenza dei sindaci, enti locali, università, altre aziende sanitarie pubbliche, soggetti privati fornitori di prestazioni, beni e servizi, associazioni e in generale i cittadini del territorio in cui l'azienda insiste.

LA COMUNICAZIONE PER LA GOVERNANCE DELLE RELAZIONI

Per le molteplici relazioni fin qui descritte il concetto di rete, nelle sue varie accezioni, appare davvero come il più adatto ad essere utilizzato per descrivere il sistema nella sua complessità: creare rete come struttura di gestione ed erogazione di servizi, mettere in rete (in senso tecnologico), fare rete (in senso collaborativo).

Il sistema reticolare può davvero essere impiegato per facilitare e migliorare le relazioni organizzative fra azienda sanitaria, enti locali, università, associazionismo, terzo settore e per veicolare i valori e gli obiettivi del processo di costruzione sociale della salute.

In questo contesto si comprende come assumano grandissima rilevanza i processi di comunicazione, che bisogna quindi sempre promuovere e mantenere. Una comunicazione efficace è indispensabile per favorire l'interazione fra i vari soggetti e



strutture, condividere le strategie e gli obiettivi e quindi razionalizzare le attività e ridurre le inefficienze.

La comunicazione rappresenta il principale strumento relazionale. Comunicare non è infatti solo informare: la comunicazione si differenzia dall'informazione in quanto nell'informazione il messaggio è unidirezionale e presuppone un'assenza di partecipazione e relazione. Dove c'è relazione invece la comunicazione efficace è fattore propulsivo di interazione, bidirezionalità e circolarità. Naturalmente occorre adattare la comunicazione alla complessità organizzativa, alle caratteristiche dell'azienda, del territorio e della sua collettività.

Un'efficace strategia comunicativa che prevede azioni legate alla comunicazione interna, tesa al rafforzamento delle reti operative, mira anche a coinvolgere trasversalmente tutto il processo "produttivo", a favorire la condivisione delle scelte strategiche e l'adattabilità del sistema.

La comunicazione nelle aziende sanitarie assume tra l'altro un ruolo strategico anche per le relazioni con l'esterno, al fine di favorire l'accesso e l'utilizzo appropriato dei servizi, l'adozione di comportamenti volti alla tutela ed al miglioramento della salute individuale e collettiva.

RELAZIONI E MANAGEMENT

La cosa certa è che al management aziendale è richiesto di elaborare una strategia chiara e coerente finalizzata alla costruzione di organizzazioni più aperte e più capaci di basarsi sulle relazioni: il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, lo sviluppo di percorsi di integrazione, l'utilizzo di strumenti che favoriscano le connessioni, la creazione o il rafforzamento delle reti necessarie all'integrazione organizzativa. Diventa obbligo della dirigenza, perseguire con convinzio-

ne una forma organizzata di governo della rete delle relazioni.

In questo disegno, la figura del Direttore Sanitario, per il ruolo che esercita, si viene a trovare in una posizione strategica nel sistema di snodi della struttura aziendale e questi è chiamato a fare la sua parte nel governo del network delle relazioni che compongono l'organizzazione sanitaria.

Egli stesso può rappresentare il fulcro di relazioni orizzontali e verticali con tutti gli altri elementi del sistema, a partire da quelle particolarmente delicate con il Direttore Generale, i professionisti e i pazienti. Il Direttore sanitario deve di certo coadiuvare il Direttore Generale nella pianificazione strategica, ma questo non significa affatto essere un mero esecutore di direttive prestabilite. Egli, anche in base al ruolo che può esercitare nel Collegio di Direzione, può rappresentare l'interprete della cultura, delle sensibilità e dei bisogni dei professionisti ed essere "portavoce" delle loro legittime istanze. Sovrintende al raggiungimento degli obiettivi aziendali; e non lo fa in maniera "coercitiva", ma tramite il coinvolgimento convinto e attivo di tutto il personale sanitario realizzato anche attraverso il dialogo ed il confronto con i responsabili dei dipartimenti.

Per la sua attitudine ad effettuare una sintesi tra cultura manageriale e clinica, può essere colui che riesce a "coordinare i portatori di conoscenze" ed il soggetto ideale per disegnare e realizzare percorsi di integrazione tra saperi diversi.

Può ergersi a garante di "regole" di relazione reciproca; regole che dovrebbero essere comunque semplici e flessibili tali da non frenare e mortificare lo spirito di intraprendenza dei singoli e la naturale creatività insita delle organizzazioni.

Il direttore sanitario deve essere in grado di condizionare la cultura dell'organizzazione, riportando in

tutti i momenti la chiave interpretativa dei fenomeni alla visione di sistema e richiamando all'utilizzo corretto e oculato delle risorse; ribadendo la volontà di perseguire sempre la mission aziendale di soddisfacimento dei bisogni di salute e di collocarsi dalla parte dei pazienti.

Non bisogna poi minimizzare il fatto che nelle aziende sanitarie si vivono situazioni di velato o decisamente aperto conflitto e che il livello di conflittualità tende spesso a crescere e a volta a cronicizzarsi. Il compito del Direttore Sanitario non dovrebbe essere obbligatoriamente quello di occultare o sopprimere i conflitti, ma piuttosto di aiutare i soggetti che li vivono ad affrontarli e a risolverli positivamente a vantaggio dell'organizzazione.

Per questo sono necessarie competenze di "conflict management", che si esercitano non sempre nell'agire ma anche nel riuscire a pensare e aiutare a pensare in un'ottica di interesse generale.

Per esercitare al meglio il suo compito è richiesto al direttore sanitario soprattutto il possesso di "capacità relazionali" che vanno ad affiancarsi alle competenze di natura più strettamente tecnica.

LE CAPACITÀ RELAZIONALI

Innanzitutto sembra opportuna una riflessione sul "cosa" è richiesto: se si tratti di "abilità" (skill) (che si riferisce spesso alle "competenze professionali") o si indichino invece "capacità".

E'interessante osservare come il termine "capacità" derivi dal latino *capax*, ovvero capace, atto a contenere e come anche in italiano capace ha accezione di ampiezza contenitiva, come quando ci si riferisce ad esempio ad un recipiente molto capiente. Il concetto di capacità sembra dunque comportare una



funzione di contenimento.

Ben diverso invece il significato del termine "abilità" che deriva dal latino *habilis*, che vuol dire maneggevole, trattabile. L'abilità rimanda dunque a qualcosa che riguarda la manipolazione e il concetto di abilità può comportare un'azione di manipolazione.

Si comprende come, proprio per il tipo di relazioni che è necessario costruire, si possa propendere per parlare di vere e proprie capacità.

Le capacità relazionali sono necessarie al lavoro del Direttore Sanitario, che si caratterizza per svolgere un'attività che mette a contatto con altre persone, che sono per lo più portatori di esigenze e di "interessi", spesso del tutto legittimi. Il lavoro del Direttore Sanitario si incentra proprio sulla relazione tra vari interlocutori, che posso essere non solo individui, ma anche gruppi od "organizzazioni". La dimensione relazionale diventa dunque assolutamente cruciale. Le competenze professionali tradizionalmente intese non esauriscono tutta l'area delle competenze necessarie allo svolgimento della funzione, sono di certo una sorta di "zoccolo duro" che però deve essere integrato con lo sviluppo di una professionalità relazionale.

L'acquisizione di una "professionalità relazionale" è connessa strettamente allo sviluppo di un'attitudine mentale e le capacità relazionali che ne conseguono non sono tanto delle qualità esteriori ma soprattutto, e prima di tutto, delle qualità interiori.

Il nucleo delle capacità relazionali risiedono proprio nelle capacità di gestire "l'incontro". Capacità di saper entrare in contatto con l'interlocutore, comprenderne le richieste, i bisogni e il punto di vista. Capacità di gestire la complessità interpersonale. Vista la connotazione di ricettività del termine, questa capacità si configura come modalità di accoglimento e di contenimento.

La funzione di chi ricopre ruoli ad alto livello di relazionalità è quello di dare spazio all'interlocutore affinché possa entrare in contatto.

La capacità relazionale quindi non è solo caratterizzata dal trasmettere o dal dare, ma anche dal "togliere", eliminare barriere, aumentare la disponibilità a ricevere e a essere più ricettivi.

Capacità relazionale vuol dire anche saper aspettare. Voler raggiungere subito dei risultati immediati e parziali può pregiudicare il dialogo e compromettere la possibilità di ottenere risultati più importanti e duraturi.

Svolgere bene il proprio lavoro e avvalersi adeguatamente delle proprie capacità relazionali, non significherà comunque non sbagliare mai, ma rendersi conto dei propri errori e da essi imparare. Non esiste il professionista perfetto, senza limiti, difetti o carenze, ma il buon operatore che sa apprendere dai propri errori.

La capacità relazionale non è innata, ma va creata e sviluppata e dopo essere stata acquisita non lo è una volta per tutte, ma va coltivata.

Si parte dalla consapevolezza che accanto ad elementi cognitivi l'agire è condizionato da elementi afferenti alla dimensione emotiva. Lo sviluppo della capacità dovrà riguardare anche la sfera emozionale e l'acquisizione di una maturità emotiva che fa ricercare continuamente l'equilibrio e allontanare il pensiero legato al pregiudizio.

Come dice Umberto Galimberti, l'emozione è essenzialmente *relazione*, e dalla qualità delle nostre relazioni si può leggere il grado della nostra intelligenza emotiva.

LA RELAZIONE ETICA

Non si può parlare di intelligenza senza una "capacità empatica", che ci permette non solo di entrare in

contatto, ma anche di motivare ed "entusiasmare" i vari interlocutori.

E' necessario dunque saper "vedere" e non solo guardare; un processo di interrogazione sul proprio lavoro, sulle problematiche che insorgono con i vari soggetti dell'organizzazione e sulle modalità di affrontarle.

Un lavoro questo che non può essere svolto senza partire dalla considerazione della propria scelta professionale e dal rispondere alla propria motivazione professionale. Una motivazione che dovrebbe essere legata anche alla dimensione dell'etica, di certo non utilitaristica e nemmeno solamente deontologica. Solo una "relazionalità etica" può garantire la costruzione di un'organizzazione orientata al "Bene Comune".

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. *Il governo dell'Azienda Sanitaria*, a cura di F. Vanara; Il Mulino, 2008.

AA. VV. *Bisogni, aziende, professioni: nuove sfide; Prospettive Sociali e Sanitarie*, n.3/2009.

Bass P.F, Talente G.M., Wood J.A. *Conflict Management in Health Care*.

Bauman Z. *Voglia di comunità*; Editori Laterza, 2001.

Blandino G. *Le capacità relazionali*; UTET, 1996.

Galimberti U. *I vizi capitali e i nuovi vizi*; Feltrinelli, 2003.

Macinati M.S. *Le relazioni interaziendali di collaborazione in sanità*; Franco Angeli, 2004.

Shale S. *Managing the conflict between individual needs and group interest – Ethical Leadership in Health Care Organizations*; Keio J Med, 2008.



Un sistema integrato: la giusta risposta a bisogni sempre più complessi?

Riassunto

I sistemi sanitari sono chiamati ad affrontare sfide sempre più importanti con risorse sempre più limitate. È indispensabile costruire un sistema organizzativo capace di focalizzare la sua attenzione sulla prevenzione, sulle patologie croniche con un orientamento integrato tra cure primarie e secondarie.

Ma cosa si intende per sistema integrato? Quali sono gli elementi che lo caratterizzano? Quali i suoi limiti? Quali le leve su cui insistere maggiormente?

Questa breve trattazione tenta di rispondere attraverso alcune esperienze internazionali che dimostrano come l'integrazione sia possibile e quali sono i fattori determinanti per la sua realizzazione.

Emanuele Ciotti, Lorenza Luciano, Paolo Cacciari

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica - Sezione Igiene, Università degli Studi di Bologna

CONTESTO

L'aumento dei costi in sanità, l'aumentata prevalenza delle patologie croniche, le conseguenze dell'obesità, l'aumento delle disuguaglianze, l'esplosione dei contenziosi tra pazienti e professionisti, le sempre più sofisticate tecnologie con i loro relativi costi ed effetti iatrogeni correlati, portano sempre più in alto l'asticella della sfida che i sistemi sanitari devono affrontare (Starfield 2001).

È parere condiviso da più parti l'esigenza di creare un sistema organizzativo capace di focalizzare l'attenzione sulla prevenzione, sulle patologie croniche con un orientamento integrato tra cure primarie e secondarie che sappia essere efficiente, sicuro, efficace, responsivo, equo e centrato sul paziente (IOM 2001).

Uno dei punti deboli del sistema at-

tuale è l'assenza di questo approccio integrato.

Le cure primarie e secondarie sembrano un gruppo di isole poco connesse tra di loro: ogni isola rappresenta la propria pratica professionale con i propri standard e valori: tutti gli attori fanno il massimo, ma perdono di vista il paziente e la logica d'insieme. I risultati sono la duplicazione delle diagnosi e procedure con pochi trasferimenti di conoscenze da un erogatore all'altro. Come conseguenze delle inefficienze si hanno costi più alti, insoddisfazione del paziente, accesso limitato ai servizi, poca continuità nella presa in carico. (Wagner 1996).

Il modello tradizionale di assistenza sanitaria bio-medico, basato sull'attesa e focalizzato sull'assistenza alle patologie acute e sull'ospedale è sempre meno in grado di affrontare con successo le sfide che la realtà ci pone innanzi: occorre un model-

lo di presa in carico più complesso (Plochg 2002)

In linea con questo orientamento gli ospedali sono chiamati a ridurre il numero di posti letto (da 3,5 a 3 ogni mille entro il 2014-2015 Sole 24 ore), il numero di giornate di degenza (Rapporto ERA 2008), e ad incentrare le loro attività sulle terapie complesse e/o ad alta tecnologia. L'ospedale del futuro dovrebbe funzionare per processi, percorsi diagnostici e terapeutici personalizzati e l'organizzazione delle attività avvenire per intensità di cure.

In questo processo di rinnovamento è necessario dunque potenziare ed innovare modelli di cure ambulatoriali (Hofmarcher 2007).

Il passaggio successivo è la riallocazione delle risorse disponibili dalle cure secondarie e terziarie a quelle primarie. È infatti riconosciuto in ambito internazionale come i sistemi sanitari orientati maggiormente verso le cure primarie hanno outcome di salute, equità e accessibilità, superiori rispetto a sistemi incentrati sulle cure specialistiche, e costi inferiori. Nella realtà però i sistemi sanitari dei diversi paesi OECD concentrano ancora la maggior parte delle risorse sulle cure secondarie (Atun 2004), (Starfield 2003).

INOLTRE ALCUNI ELEMENTI DI CONTESTO RENDONO LA SITUAZIONE PIÙ COMPLESSA

Da una parte è vero che possiamo definire il problema delle patologie croniche come un' "epidemia negata" (Horton 2005): solo il 27%

**PAROLE CHIAVE:**

Integrazione, patologie croniche, risorse umane

dei pazienti ipertesi è trattato appropriatamente; il 55% dei pazienti diabetici ha livelli di emoglobina glicosilata al di sopra del cut off del valore di riferimento ecc.. Dall'altra esiste il rischio contrario: un aumento della facilità nel diagnosticare le patologie croniche che trasforma la persona da soggettivamente sana a oggettivamente malata. (Kaplan R.M 2007). Le nuove linee guida delle comunità scientifiche tendono ad abbassare sempre di più le soglie di malattia.

L'altro elemento attualmente sottovalutato è l'impatto delle problematiche legate all'obesità. Dal 1970 l'obesità nei bambini tra i 6 e gli 11 anni è più che triplicata così come per i ragazzi tra i 12 e i 19 anni (McGinnis JM 2006) (Koplan 2005). Se questa tendenza non cambierà, si calcola che entro il 2015 oltre 1,5 miliardi di persone saranno in sovrappeso, con un bisogno di assistenza specialistica non calcolato (OMS 2005).

Un altro punto critico sollevato in un articolo di Nick Goodwin è la mancanza di competenza dei professionisti, specie di cure primarie, ad affrontare la complessità delle patologie croniche. Il medico di medicina generale, secondo questo autore, ha difficoltà a riconoscere alcune situazioni patologiche croniche. Questa sua "mancanza di capacità diagnostica" ha dei potenti effetti sull'accesso al consulto, alla diagnosi e al trattamento specialistico, con un'evidenza maggiore nei Paesi dove il mmg ha il ruolo di gatekeeper (Goodwin 2008).

È necessario considerare questi

elementi prima di riallocare le risorse in alcuni settori a discapito di altri per evitare gli errori commessi ad es. nel Regno Unito, dove il nuovo contratto dei medici di medicina generale ha determinato costi non preventivati per prestazioni già erogate e di ottima qualità (Roland 2004)

MA COS'È UN SISTEMA INTEGRATO, QUALI SONO LE SUE CARATTERISTICHE?

In molti paesi si sta cercando di intervenire attraverso nuovi modelli assistenziali in cui il perno è l'integrazione in grado di migliorare efficacia ed efficienza, evitare duplicazioni, erogare servizi più flessibili e permettere una migliore coordinazione e continuità delle cure (Brown 1986), (Ouwens 2005), (Conrad 1996).

È difficile però trovare in letteratura una comune definizione di integrazione che precisi i suoi elementi fondamentali e i suoi confini, si parla così di "cure integrate", "cure coordinate", "cure di collaborazione", "managed care", "disease management", "case management", "cure centrate sul paziente", "cure delle patologie croniche", "continuità delle cure", "cure tras-murale" (Nolte).

Oltre alla confusione nella terminologia anche le evidenze disponibili sull'efficacia delle differenti forme di integrazione e coordinazione delle cure rimangono incerte (NHS Wales), (Singh D. 2005). Inoltre risulta inesatto paragonare le evidenze riscontrate nel sistema Europeo con quelle esistenti nel sistema

Americano dove il concetto di integrazione è legato prevalentemente al managed care (Vondeling 2005) (Ovretveit 1998), (Shortell 1994). Dopo un'accurata revisione della letteratura (AHRQ), (Leinchsering 2004), (Lloyd 2006) le due definizioni più complete di integrazione dei sistemi sanitari sono quella dell'OMS e di Kodner. L'OMS definisce l'integrazione uno strumento per migliorare i servizi in relazione ad accesso, qualità assistenziale, soddisfazione delle persone ed efficienza (WHO 2001). Per Kodner l'Integrazione è un set coerente di metodi e modelli amministrativi, organizzativi, gestionali, finanziari e livelli clinici disegnati per creare connessione, allineamento, collaborazione tra i settori dell'assistenza sanitaria. La missione è migliorare la qualità della cura, la presa in carico del paziente, la soddisfazione dell'utente, l'efficacia e l'efficienza del sistema per pazienti con bisogni complessi che si trovano a seguire un percorso assistenziale tra multipli servizi, diversi erogatori e diversi setting assistenziali (Kodner 2002).

L'integrazione è caratterizzata da cinque dimensioni (Contrandripoulos 2002):

- integrazione del percorso assistenziale: incentrata su globalità e continuità delle cure al paziente;
- integrazione dei professionisti;
- integrazione funzionale del sistema di finanziamento, informativo e gestionale;
- integrazione normativa, intesa come sistema di riferimento per gli attori coinvolti;
- integrazione sistemica, che permette coerenza tra il settore dell'assistenza sanitaria e altri settori (es sociale, sicurezza, ecc).

I vari elementi del sistema si con-



nettono secondo l'integrazione verticale o orizzontale. **L'integrazione verticale** lega l'erogazione di servizi a differenti livelli gerarchici (per es. MMG con medico specialista o differenti unità operative secondo intensità di cura). L'integrazione **orizzontale** connette i servizi ad uno stesso livello di bisogno assistenziale (per es. servizi sociali con la medicina di base o una post acuti con un servizio di riabilitazione ecc.), (Axelsson 2006, Conrad 1996), (Lega 2007).

Nei nostri sistemi si riscontra quello che Frede Olesen definisce come il problema della "t invertita": una situazione nella quale si crea disconnessione tra la linea orizzontale che rappresenta le cure primarie e quella verticale che delinea il percorso del paziente dal primo contatto con il medico fino allo specialista. Questo avviene quando si pensa all'integrazione dei due livelli cure primarie e secondarie -integrazione orizzontale- senza preoccuparsi di unirli tramite l'integrazione verticale.

Si possono definire (Leutz 1999) tre gradi di integrazione:

- **il Legame:** le organizzazioni sviluppano delle intese e dei protocolli per facilitare le pratiche cliniche al fine di rispondere meglio ai bisogni del paziente.

Si ha una condivisione delle informazioni solo quando richiesto e quando necessario.

- **la Coordinazione:** esige la messa in opera di strutture e meccanismi che trascendono le diverse organizzazioni e servizi di un territorio. I produttori di servizi mantengono la loro autonomia, ma accettano di aderire e di lavorare insieme per un nuovo progetto. Strutture ed individui sono nello stesso luogo per facilitare la coordinazione, la condivisione delle informazioni avviene quotidianamente.

- **l'Integrazione completa:** una sola organizzazione diventa responsabile dei servizi necessari ai suoi utenti, vengono redatti nuovi programmi assistenziali, viene creato un pool unico di risorse da sistemi multipli. Si ha condivisione delle informazioni, uso di un sistema informativo comune e creazione di un team multidisciplinare.

Per raggiungere questi 3 livelli di integrazione sono necessari diversi elementi (Kodner 2000):

1. I confini giuridici delle organizzazioni e la relativa architettura politica istituzionale ed amministrativa
2. I meccanismi di finanziamento e di allocazione delle risorse (per drg, per capitazione ecc..)
3. La governance, il management e il sistema di remunerazione dei professionisti
4. La pianificazione strategica (il suo livello nazionale regionale locale)
5. Il focus sulla continuità della cura
6. Un pacchetto di servizi omni comprensivo
7. La rete di relazioni, la natura e la formalizzazione di queste
8. La cultura e i valori
9. La valutazione multidisciplinare
10. Le cure primarie
11. Il Care management
12. Lo screening
13. Il lavoro in team
14. La condivisione, l'accesso e l'uso delle informazioni amministrative, cliniche, finanziarie, meglio se informatizzata
15. Un sistema di valutazione che misuri i risultati raggiunti.

Per integrare un sistema sanitario è necessario tenere in considerazione le cinque leggi di Leutz:

1. si possono integrare alcuni servizi per qualcuno, qualche servizio per tutti, ma non integrare tutti

i servizi per tutti

2. l'integrazione comporta delle spese ingenti prima che i risultati si evidenzino
3. l'integrazione del sistema spesso comporta la frammentazione dei professionisti
4. non si può integrare chi già in partenza è inadatto al proprio ruolo
5. l'integrazione riesce meglio quando sono i professionisti a promuoverla piuttosto che le istituzioni.

OCCORRE QUINDI CONCENTRARSI SUL FATTORE UMANO, FONDAMENTALE PER LA RIUSCITA DELL'INTEGRAZIONE NELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA

Le risorse umane e le relative conoscenze e capacità, rappresentano nelle organizzazioni sanitarie il fattore critico di successo oltre che l'elemento produttivo più rilevante. L'implementazione di un sistema integrato non significa infatti soltanto lo sviluppo di nuovi arrangiamenti istituzionali, nuovi strumenti organizzativi, metodi come il team multidisciplinare, il supporto informativo, i protocolli clinici, le linee guida condivise o nuovi incentivi per migliorare la presa in carico di certe patologie. Esso implica anche un cambiamento di attitudine dei professionisti, un investimento di tempo e una cessione della loro autonomia se non addirittura di sovranità. Ecco quindi che l'aspetto culturale e i valori di riferimento dell'organizzazione risultano fondamentali (Mur-Veeman 2001), (Fabbricotti 2007).

I vecchi modelli della burocrazia e del mercato non sono sufficienti per il coordinamento degli attori. La burocrazia agisce attraverso la gerarchia e l'uso dell'autorità per creare e



coordinare una divisione del lavoro orizzontale e verticale; nel mercato è invece il prezzo che determina la coordinazione. Powell introduce per primo il concetto di rete applicata al sistema sanitario: perché la rete funzioni è necessaria la presenza di attori che mantengano gradi di autonomia e discrezionalità nella propria azione, ma che rinuncino all'opportunismo nelle loro relazioni coordinate grazie alla mutualità e alla fiducia reciproca. Ouchi teorizza a questo proposito il concetto di "clan": nei sistemi sanitari in cui non è facile misurare i risultati o processi per le enormi variabili naturali ed artificiali, è molto importante la cultura, la fiducia e la condivisione di norme e valori per migliorare la coordinazione e la performance ottenibile dall'organizzazione (Ouchi 1980), (Bert 2004) (Adler 2001).

Si possono distinguere così 7 differenti modelli di team ognuno dei quali esprime un livello crescente di integrazione (Heather 2004):

1. Al primo modello cosiddetto delle "Pratiche parallele" appartengono professionisti che operano nello stesso ambiente erogando prestazioni sanitarie indipendentemente gli uni dagli altri.
2. Nel secondo "Consulenza" viene richiesta una consulenza da un professionista esperto ad un altro, può essere orale o più spesso formale tramite il referto.
3. Nella "Collaborazione" gli attori del sistema operano indipendentemente gli uni dagli altri, condividono informazioni relative ad un paziente preso in carico, ma lo scambio di informazioni avviene ancora in maniera informale.
4. Il modello si definisce "Coordinato" quando si istituisce una struttura formalizzata specifica per un percorso diagnostico-terapeutico. La struttura impone la comunicazione e lo scambio di informazioni

tra i professionisti di un team. Si nomina un coordinatore del caso responsabile di trasferire le informazioni al paziente e di tenere informato il team sugli esiti del trattamento.

5. Il modello "Multidisciplinare" rappresenta una forma più evoluta del modello coordinato con maggiore articolazione e formalizzazione. Viene posta maggiormente l'attenzione sulla figura del team leader.
6. "Interdisciplinare": deriva dal modello multidisciplinare ed è caratterizzato dalla collaborazione tra professionisti appartenenti a discipline diverse che si incontrano regolarmente per prendere decisioni riguardanti il paziente.
7. Infine si parla di modello "Integrato" quando il team non è organizzato secondo logiche di gerarchia ed è centrato sul paziente. È basato su un set di valori condivisi che includono la salute della persona nella sua globalità. Alla base del lavoro in team vengono posti valori comuni, rispetto reciproco, visione della pratica professionale come occasione di arricchimento di conoscenze e competenze specifiche utili al piano di cura della persona.

ESISTONO DELLE REALTÀ INTERNAZIONALI CHE FACENDO LEVA SU ALCUNI DI QUESTI ELEMENTI HANNO OTTENUTO GRANDI RISULTATI.

Kaiser Permanente: l'importanza della cultura e del sistema di remunerazione dei professionisti

Nei settori sanitari un esempio di sistema integrato è Kaiser Permanente, un HMO statunitense (Health Maintenance Organization) fondata nel 1945 che offre assistenza a oltre 8 milioni di persone, la maggior parte delle quali residenti in California.

Questa organizzazione ha tutti gli elementi che identificano un sistema integrato: la definizione di una popolazione target, una responsabilità contrattuale che definisce un pacchetto di servizi omni comprensivo, un'enfasi sulle cure primarie e sui servizi non istituzionali, l'arruolamento di professionisti selezionati e motivati, l'uso delle tecniche di micro-management per assicurare qualità delle cure e controllare i costi (protocolli clinici standardizzati, disease management e responsabilità per i risultati raggiunti), (Goodwin, 2004). I risultati del Kaiser Permanente sono sotto gli occhi di tutti: degenza media nettamente inferiore al NHS (Servizio Sanitario Inglese), migliore accessibilità in termine di tempi di attesa per consulto specialistico e interventi chirurgici di elezione, con suoi costi molto simili a quelli del NHS (Feachem 2002).

La leva vincente del Kaiser è la tipologia di contratto con i propri dipendenti, l'aderenza a valori molto forti di etica e di equità, la mission di voler essere il sistema sanitario migliore del mondo. Tutti i professionisti superano una selezione durissima, sottoscrivono lo statuto e i valori dell'organizzazione, sono dipendenti, non possono esercitare la libera professione, e grossa parte del salario è legata ai risultati raggiunti.

I Veterani e la leva del sistema informativo

Il VHA (Veterans Health Administration) è un sistema integrato ospedale-territorio presente in 50 Stati degli USA. È composto da 198 000 dipendenti: 14800 medici e 61 000 infermieri, che operano all'interno di 150 centri ospedalieri e 1300 centri di consultazione esterne. Il suo budget annuale è di 31 miliardi di dollari.

Il sistema non prende in carico tutti i veterani, ma solo coloro che soffrono di patologie o di handicap conseguenti al loro servizio militare. Nel 2006 comprendeva circa 5,5 milioni



di Veterani, con un età media di più di 50 anni e una prevalenza di patologie croniche nettamente superiore alla media americana.

Il sistema veterani ha attuato un grosso cambiamento al momento del suo tracollo, nel 1995. Il nuovo amministratore delegato ha puntato tutto sulla qualità e sull'integrazione verso un nuovo sistema che combinasse ospedale e territorio con al centro il paziente e la sua salute, convinto che il successo della riorganizzazione dipendesse dalla gestione delle informazioni.

L'evoluzione del sistema integrato VHA ha ottenuto come risultati dal 1995 al 2003:

- errori di prescrizione ospedaliera quasi azzerati (negli stati uniti sono tra il 3 e l'8 %)
- raddoppiamento dei pazienti presi in carico con costi pro-capite quasi invariati (5000 dollari per persona), mentre nelle altre HMO è circa 6500 per pz./anno
- numero di dipendenti diminuito di 10000 unità rispetto al 1995 e di 40000 rispetto al 1980
- riduzione delle ospedalizzazioni del 36%
- chiusura dei posti letto per acuti del 55 %
- riduzione delle giornate di ospedalizzazione del 68%
- aumento dal 35% al 75% di chirurgia ambulatoriale
- aumento costante della soddisfazione dei pazienti.

Il sistema informativo dei veterani VistA (Veterans Health Information Systems and Technology Architecture) è unico al mondo e comprende più di 100 applicativi. La cartella clinica CPRS (Clinical Patient Record System) creata dopo sette anni di lavori nel 1997 include tutte le informazioni del paziente, tutti gli atti diagnostici e terapeutici, gli esami, le prescrizioni, ecc. La cartella clinica facilita il controllo delle allergie,

registra le note delle consultazioni, le prescrizioni, gli appuntamenti e i recall del paziente.

Tutti i professionisti possono accedere e il sistema permette l'interfaccia completa tra ospedale e territorio: una sola cartella clinica per l'insieme delle strutture del sistema dei veterani (Silber 2006).

I confini giuridici delle organizzazioni e la relativa architettura politica istituzionale ed amministrativa: il confronto Italia Francia

Come già evidenziato, per l'integrazione dei sistemi sanitari sono importanti i confini territoriali, il governo unitario delle cure primarie e dell'ospedale, l'autonomia giuridica e amministrativa di ogni struttura. Il confronto Italia Francia ne esplicita l'importanza.

Il sistema Francese è basato sull'ospedale: esistono i territori di salute, paragonabili ai confini di una nostra Azienda Sanitaria, e territori di prossimità, paragonabili ai nostri distretti, ma entrambi sono privi di autonomia decisionale e responsabilità gestionale.

I diversi presidi ospedalieri hanno personalità giuridica, sono indipendenti e in competizione tra di loro, provano a collaborare per attuare i cosiddetti progetti di territorio su particolari tematiche che però riguardano sempre le cure secondarie. Manca invece uno stesso livello di governance per le cure primarie: le uniche politiche sul territorio sono identificabili nelle "reseaux" (reti di salute), programmi focalizzati sulla singola patologia nati dalla buona volontà dei professionisti, non pianificati da un livello regionale o nazionale.

In Italia e in particolar modo nella regione Emilia Romagna la situazione si presenta in maniera differente. Una volta stabiliti i limiti del territorio, vi si assegna un'autonomia organizzativa, gestionale e finanziaria: l'ausl e i distretti. Gli ospedali non hanno

autonomia giuridica. Questo diverso assetto istituzionale facilita l'integrazione tra ospedali di una stessa Ausl e l'integrazione ospedale-territorio.

CONCLUSIONI

Con questa trattazione si è cercato di fare chiarezza sulla definizione di integrazione, sui suoi elementi costitutivi e su alcune esperienze che dimostrano come l'integrazione sia realizzabile. Un'altra considerazione è che l'integrazione da sola non basta per rispondere a tutte le problematiche che i sistemi sanitari devono affrontare. L'integrazione è un po' come l'enzima in una reazione chimica, è il catalizzatore per raggiungere i risultati migliori, ma senza altri elementi quali la fiducia reciproca dei professionisti, il loro pieno coinvolgimento, la motivazione e il focus costante sulla "persona paziente" nulla si può trasformare.

BIBLIOGRAFIA

Adler PS. *Market, hierarchy, and trust. The knowledge economy and the future of capitalism. Organization Science* 2001;12(2):215-34.

Agency for Healthcare Research and Quality *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies Volume 7—Care Coordination*

Atun A *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? 2004 World Health Organization* 2004

Axelsson, R. and Axelsson, S. (2006) *Integration and collaboration in public health: a conceptual framework, Int J Health Plan. Manage., 21: 75-88*

Bert Meijboom, Job de Haan, Piet Verheyen *Networks for integrated care provision: an economic approach based on opportunism and trust Health Policy* 69 (2004) 33-43

Brown M, McCool BP. *Vertical integration: exploration of a popular strategic con-*



cept. *Health Care Management Review* 1986;11(4):7–19.

Conrad, D. and Shortell, S. (1996) *Integrated health systems: promise and performance*, *Front Health Serv Manage*, 13: 3–40

Contandriopoulos André-Pierre *L'évaluation des réseaux de soins et de santé Actes du séminaire des 7 et 8 juin 2002 Co-organisé par la CNR, le CREDES et le Groupe IMAGE de l'ENSP avec le soutien du CNPS*

Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century

Feachem R.G.A, Neelam K Sekhri, Karen L White *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente* *Bmj* 324 19 January 2002

Goodwin, N., Perri, G., Peck, E., Freeman, T. and Posaner, R. (2004) *Managing Across Diverse Networks of Care: Lessons From Other Sectors*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D

Hardy B, Mur-Veeman I, Steenbergen M, Wistow G. *Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study*.

Heather Boon, Marja Verhoef, Dennis O'Hara and Barb Findlay. *From parallel practice to integrative health care: a conceptual Framework*, *BMC Health Services Research* 2004, 4:15 *International Journal of Integrated Care* 2002 Nov 14; 2.

Fabbricotti Isabelle Natalina *International Journal of Integrated Care – Vol. 7, 21 March 2007*

Kaplan R.M and Michael Ong *Annu Rationale and Public Health Implications of Changing CHD Risk Factor Definitions*. *Rev. Public Health* 2007. 28:321–44

Kodner D, Kay Kyriacou C. *Fully integrated care for the frail elderly two American models* *International Journal of Integrated Care – Vol. 1, 1 November 2000*

Kodner DL, Spreeuwenberg C. *Integrated care: meaning, logic, applications and implications: a discussion paper*. <http://www.ijic.org/>

Koplan JP, Liverman CT, Kraak VI, eds. *Preventing childhood obesity: health in the balance*. Washington, D.C.: National Academies Press, 2005.

Lega F. *Organisational design for health integrated delivery systems: Theory and practice* *Health Policy* 81 (2007) 258–279

Leichsenring K. *Developing integrated health and social care services for older persons in Europe*. *International Journal of Integrated Care* 2004;4.

Leutz WN. *Five laws for integrating medical and social services: lesson from the United States and the United Kingdom*. *The Milbank Quarterly* 1999;77(1):77–110

Lloyd J, Wait S. *Integrated care. A guide for policymakers*. London: Alliance for Health and the Future; 2006

Hofmarcher Maria M, Howard Oxley, and Elena Rusticelli *improved health system performance through better care coordination* *OECD health working paper no. 30* 12-dec-2007

McGinnis JM, Gootman JA, Kraak VI, eds. *Food marketing to children and youth: threat or opportunity?* Washington, D.C.: National Academies Press, 2006

Mur-Veeman I, Eijkelberg I, Spreeuwenberg C. *How to manage the implementation of shared care. A discussion of the role of structure, culture and power in the development of shared care arrangements*. *Journal of Management in Medicine* 2001;15(2):142–55.

Goodwin N, *Diagnostic delays and referral management schemes: how integrated' primary care might damage your health* *International Journal of Integrated Care – Vol. 8, 17 December 2008 – ISSN 1568-4156 –*

Nolte E. and McKee M. *Integration and chronic care: a review* *Caring for people with chronic conditions oms*

Ouchi WG. *Markets, bureaucracies and clans*. *Administrative Science Quarterly* 1980;25:129–41.

Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M. and Grol, R. (2005) *Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews*, *Int J Qual Health Care* 17: 141–6.

Ovretveit, J. (1998) *Integrated Care: Models and Issues*. A Nordic School of Public Health Briefing Paper. Goteborg: Nordic School of Public Health

Ploch, T. and Klazinga, N. (2002) *Community-based integrated care: myth or must?* *Int J Qual Health Care*, 14: 91–101

Powell W.W. *Neither market nor hierarchy: network forms of organization*.

Prevenire le malattie croniche un investimento vitale OMS

Rapporto ERA 2008

Richard Horton *The neglected epidemic of chronic disease* *Lancet* October 5, 2005

Roland M *Linking Physicians' Pay to the Quality of Care — A Major Experiment in the United Kingdom*, *n engl j med* 351;14 www.nejm.org september 30, 2004

Shortell, S., Gillies, R. and Anderson, D. (1994) *The new world of managed care: creating organized delivery systems*, *Health Aff*, 13: 46–4.

Silber Denise *L'exemple inattendu des Vets* *Comment ressusciter un système public de santé*. 2006

Singh, D. (2005a) *Transforming Chronic Care. Evidence about Improving Care for People with Long-term Conditions*. Birmingham: University of Birmingham, Surrey and Sussex PCT Alliance.

Sole 24 ore 15/4/2009

Starfield B, Leiyu Shi and James Macinko *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, *Health Service research* pag 831-865, june 2003

Starfield B. *New paradigms for quality in primary care*, *British Journal of General Practice*, April 2001 *study of integrated care development and delivery*. *Health Policy* 1999;48:87–105

The management of chronic conditions by NHS Wales

Vondeling, H. (2004) *Economic evaluation of integrated care: an introduction*, *Int J Integr Care*, 4: e20.

Wagner EH, Austin BT, von Korff M. *Organizing care for patients with chronic illness*. *The Milbank Quarterly* 1996;74:4.

WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Integrated Care, Working definition*, 2001



Il Primario e la Direzione Sanitaria

Riassunto

Scopo di questa breve rassegna è analizzare le criticità della dirigenza nelle strutture sanitarie, rappresentata dai primari direttori di struttura complessa e dai medici delle direzioni sanitarie, forme diverse e complementari di "leadership". Il modello gestionale introdotto da ISO 9001, standard per i sistemi qualità delle organizzazioni, mira a rafforzare il ruolo della dirigenza, consolidando il flusso decisionale dal vertice alla base operativa ed il flusso informativo dalla base stessa e dagli utenti verso la direzione. Il 2009 Leadership Chapter di JCAHO, in vigore dal gennaio 2009, stabilito che ogni organizzazione, anche la più semplice, ha una dirigenza strutturata, vuole che partecipi alla definizione di missione, visione ed obiettivi, ne agisca in conformità e li comunichi al personale ed alla popolazione servita. Per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie le linee guida nazionali e le leggi regionali prevedono requisiti sulle responsabilità dei dirigenti. Infine, dal contratto dei medici del 1995 si perpetua una norma, comma 1 art. 65, che prevede "...la metodologia della negoziazione per budget ...".

Leadership, responsabilità ed autonomia sono i cardini della buona gestione nelle organizzazioni complesse. La riforma del sistema sanitario dovrà correggere le disfunzioni più evidenti: la selezione dei dirigenti, l'applicazione del metodo di budget, i controlli e le verifiche sulle strutture.

Marco Pradella

Unità Autorizzazione Accreditamento Strutture, ULSS n. 8 Asolo

INTRODUZIONE

Primari e direzioni sanitarie sono forme diverse e complementari di "leadership" nelle strutture sanitarie, che devono perseguire obiettivi comuni di efficacia ed efficienza. Le loro strade si incrociano in diversi punti, che questa breve rassegna vorrebbe portare all'attenzione. Con spirito costruttivo, senza alimentare né atteggiamenti di concorrenza né all'opposto di delega assoluta tra primari e medici della direzione.

DIRIGENZA NELLE STRUTTURE SANITARIE

Formalmente oggi tutti i medici impiegati negli ospedali e negli ambulatori

del servizio sanitario sono qualificati come "dirigenti". La realtà è però molto diversa e questa etichetta, funzionale a logiche rivendicative sindacali, porta spesso a situazioni paradossali e non facilita il governo delle attività cliniche. L'A.N.P.O., oggi Dipartimento dell'Associazione ANPO-ASCOTIFIALS MEDICI, ha nello statuto come obiettivi: "...qualificare i compiti gestionali degli iscritti potenziando la loro attività dirigenziale sul piano assistenziale, didattico, scientifico e della prevenzione." Due parole distinguono dalle altre associazioni mediche: "gestionale" e "dirigenziale". La qualifica di dirigente non comporta una distinzione antropologica, un giudizio morale o di valore nei confronti

del professionista, bensì un impegno di obiettivi, una descrizione operativa di funzioni indispensabili nelle organizzazioni minimamente complesse. La definizione di struttura nella norma fondamentale del servizio sanitario [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni] prevede la gestione di risorse umane, materiali e finanziarie. La dirigenza della struttura, quindi, richiede la possibilità di intervento diretto (non mediato) sul consumo di risorse in funzione di precisi obiettivi. Molti medici, pur svolgendo funzioni di altissimo livello tecnico e scientifico, non hanno questa caratteristica. Per loro, quindi, l'inclusione nella categoria "dirigenti" è impropria. La contrattazione nazionale, anche su indicazione del Comitato di Settore nel suo atto di indirizzo, dovrebbe progressivamente rimuovere questo ostacolo. Il primo passo sarà quello di riconoscere alla carriera puramente professionale, senza vera gestione di risorse, uno sviluppo di carriera, con parallelo riconoscimento economico.

QUALITÀ NELLA ORGANIZZAZIONE E NELLA GESTIONE

Non esiste organizzazione senza dirigenza. Le organizzazioni poco efficaci ed efficienti hanno una dirigenza debole e sono poco competitive nel mercato, se sono in un mercato. Le aziende manifatturiere occidentali, in un momento di crisi del mercato, hanno prodotto gli standard per la gestione dei sistemi qualità oggi noti e pacificamente accettati come ISO 9000.

**PAROLE CHIAVE:**

Leadership, qualità, budget

Tabella I. selezione dei punti norma ISO 9001 più direttamente rivolti alla dirigenza**5 RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE**

5.1 Impegno della direzione. L'alta direzione dà evidenza del suo impegno nello sviluppo e attuazione del SGQ e nel miglioramento continuo della sua efficacia:

a) comunicando all'organizzazione l'importanza di ottemperare ai requisiti del cliente ed a quelli cogenti applicabili b) Stabilendo la politica per la qualità c) Assicurando che siano definiti gli obiettivi per la qualità d) Effettuando i riesami del SGQ e) Assicurando la disponibilità di risorse

5.4.2 Pianificazione del sistema di gestione per la qualità. E' assicurato che: a) la pianificazione del SGQ sia condotta in modo da ottemperare ai requisiti del punto 4.1 e a conseguire gli obiettivi per la qualità.

5.5 Responsabilità, autorità e comunicazione. 5.5.1 Responsabilità ed autorità. Le responsabilità, le autorità sono definite e comunicate nell'ambito dell'organizzazione.

5.5.2 Rappresentante della direzione. E' designato un membro della struttura direzionale che, indipendentemente da altre sue responsabilità, abbia la responsabilità ed autorità per: a) assicurare che i processi del SGQ siano predisposti, attuati e tenuti aggiornati; c) Riferire all'alta direzione sulle prestazioni dello stesso e su ogni esigenza per il miglioramento; d) Promuovere la consapevolezza dei requisiti del cliente nell'ambito dell'organizzazione.

5.6 Riesame da parte della direzione. 5.6.1 Generalità. Il SGQ è riesaminato ad intervalli pianificati per assicurare la sua idoneità, adeguatezza ed efficacia.

Il modello sostenuto da ISO 9001 [ISO 9001] mira proprio a rafforzare il ruolo della dirigenza, consolidando il flusso decisionale dal vertice alla base operativa ed il flusso informativo dalla base stessa e dagli utenti verso la direzione. Da 5.1 "Impegno della direzione" a 5.4 "Pianificazione", a 5.5 "Responsabilità, autorità e comunicazione", a 5.6 "Riesame da parte della direzione", quasi tutti i punti norma parlano di solidi collegamenti operativi tra leadership e macchina organizzativa (Tabella I).

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) è un ente privato senza fini di lucro con sede negli Stati Uniti. La sua missione dichiarata è "to maintain and elevate the standards of health care delivery through evaluation and accreditation of health

care organizations". Non si tratta di un ente pubblico, anche se una norma (42 U.S.C. §§ 1395bb(a),(b)) obbliga all'accreditamento JCAHO per avere i rimborsi del programma Medicare. Nel 1997 è nata la divisione internazionale Joint Commission International (JCI), che visita gli ospedali in paesi diversi dagli USA, usando un pacchetto differente di standard. L'accreditamento degli ospedali nei vari paesi è diventato sempre più importante con la crescita del turismo internazionale. JCI accredita in questo momento ospedali in Asia, Europa, Medio Oriente e Sud America, ma si sta ancora espandendo. In Italia, la regione Lombardia ed aziende sanitarie in Toscana ed altre regioni hanno varato programmi di accreditamento con JCAHO.

JCAHO ha condotto nel 2008 una

inchiesta pubblica per validare il pacchetto di regole standard applicabili alla dirigenza di diversi tipi di strutture, compresi gli ospedali, gli ambulatori, i laboratori, le strutture per lungodegenza, .

Gli standard per l'accreditamento delle strutture sanitarie sono la declinazione nel settore specifico dei principi introdotti da ISO 9000. JCAHO ha un intero capitolo di requisiti dedicati alla dirigenza [JCAHO LD]. La versione entrata in vigore nel gennaio 2009 contiene gli standards da LD.1.10 fino a LD.4.280 (Tabella II). Il 2009 Leadership Chapter parte dal principio che ogni organizzazione, anche la più semplice, abbia una dirigenza strutturata. La dirigenza partecipa alla definizione di missione, visione ed obiettivi dell'ospedale (LD.2.10), ne agisce in conformità e li comunica al personale ed alla popolazione servita. I dirigenti creano e mantengono la cultura di sicurezza e qualità nell'ospedale (LD.3.10), usano dati e informazioni per guidare le decisioni (LD.3.20), realizzano i cambiamenti ed i miglioramenti (LD.3.50), valutano l'efficacia del personale nella promozione della sicurezza e della qualità (LD.3.60).

Analizzando il capitolo JCAHO sulla dirigenza si ricava l'impressione che i redattori sentissero il bisogno di imprimere ai servizi una spinta, un forte stimolo di miglioramento. Non pare proprio di leggere la codificazione di situazioni pacificamente esistenti, bensì un elenco di non-conformità trasformate in requisiti da soddisfare. I principi di ISO 9000 sono stati trasmessi alle norme per l'accreditamento cosiddetto istituzionale.

L'inserimento del processo di accreditamento nella normativa italiana è iniziato con il D.Lgs 502/92, tendeva al superamento della autoreferenzialità del sistema sanitario e della mancanza di verifiche sostanziali, in particolare sul piano tecnico ed organizzativo. Il D.Lgs 502/92 avrebbe



Tabella II. Selezione dal Leadership chapter 2009, Hospital Program, di JCAHO.

Standard LD.1.10 There is a leadership structure.
Standard LD.1.20 Leadership responsibilities are identified.
Standard LD.1.30 The governing body is ultimately accountable for the safety and quality of care, treatment, and services.
Standard LD.1.40 A chief executive manages the hospital.
Standard LD.1.50 The hospital has an organized medical staff that is accountable to the governing body.
Standard LD.2.10 The mission, vision, and goals of the hospital support the safety and quality of care, treatment, and services.
Standard LD.2.20 The governing body, senior managers and leaders of the organized medical staff address any conflict of interest involving individual members of leadership groups that affects or has the potential to affect the safety or quality of care, treatment or services.
Standard LD.2.30 The governing body, senior managers and leaders of the organized medical staff communicate with each other regularly on issues of safety and quality.
Standard LD.2.40 The organization manages conflict between leadership groups to protect the quality and safety of care.
Standard LD.3.10 Leaders create and maintain a culture of safety and quality throughout the hospital.
Standard LD.3.20 The hospital uses data and information to guide decisions and to understand variation in the performance of processes supporting safety and quality.
Standard LD.3.30 Leaders use hospital-wide planning to establish structures and processes that focus on safety and quality.
Standard LD.3.50 Leaders implement changes in existing processes and directions to improve the performance of the hospital.
Standard LD.4.10 The hospital complies with applicable law and regulation.
Standard LD.4.20 The hospital develops an annual operating budget and a long-term capital expenditure plan, when appropriate.
Standard LD.4.30 Organizational programs, services, sites, or departments are effectively managed.
Standard LD.4.100 The leaders address any conflict of interest among those individuals who work in the hospital that affects or has the potential to affect the safety or quality of care, treatment, and services.
Standard LD.4.110 Ethical principles guide the hospital's business practices.
Standard LD.4.130 The needs of patients guide decisions about the ongoing provision of care, treatment, and services, discharge, or transfer.
Standard LD.4.140 The organization manages the flow of patients throughout the hospital.
Standard LD.4.240 Leaders establish priorities for performance improvement.
Standard LD.4.260 The hospital implements an integrated patient safety program throughout the hospital.

inteso l'accreditamento come strumento finalizzato a selezionare, sulla base di criteri di qualità, i fornitori di prestazioni nell'ambito o per conto del SSN. Il successivo D.Lgs 229/99 ha definito l'accreditamento per la programmazione sanitaria, finalizzata a garantire e promuovere la qualità dell'assistenza. Con la riforma del Titolo V della Costituzione, gran parte delle compe-

tenze statali sulla Sanità sono state trasferite alle Regioni. Tra queste, la realizzazione del sistema di autorizzazione, accreditamento e contratti per le attività sanitarie, disegnato dal D.P.R.14 Gennaio 1997. Per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie le linee guida nazionali e le leggi regionali prevedono requisiti sulle responsabilità dei dirigenti (Tabella III).

Molti di questi implicano interrelazioni strettissime tra direzione di azienda, direzione medica o sanitaria delle grandi strutture (ospedale, distretto, dipartimenti) e direzione dei primari delle unità operative. Interrelazioni da sviluppare sia nella fase di preparazione e messa a punto dei processi, che nella fase di realizzazione ed ancor più nella successiva fase di verifica e controllo.

NORME PER LA GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

Dal contratto dei medici del 1995 si perpetua una norma, comma 1 art. 65, che prevede "...la metodologia della negoziazione per budget ai sensi degli articoli 5, comma 4 e seguenti del d.lgs. n. 502 del 1992 e 14 e 20, comma 1 e 2 del d.lgs. n. 29 del 1993."

Il contratto del quadriennio 2002-2005 contiene nell'articolo 15, Orario di lavoro dei dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa, due riferimenti importanti: uno alla gestione del budget (1. ..., i direttori di struttura complessa assicurano la propria presenza in servizio ... in relazione agli obiettivi e programmi annuali da realizzare in attuazione di quanto previsto dall'art. 65, comma 4 del CCNL 5 dicembre 1996 ...) ed uno alla gestione del tempo di lavoro dei primari stessi (2. I direttori di struttura complessa comunicano preventivamente e documentano - con modalità condivise con le aziende ed enti - la pianificazione delle proprie attività istituzionali, ...).

Altri riferimenti al budget della struttura si trovano nell'articolo 14 (Orario di lavoro dei dirigenti 2. ... svolgimento delle attività gestionali e/o professionali, correlate all'incarico affidato e conseguente agli obiettivi di budget negoziati a livello aziendale, ... 3. ... verificato trimestralmente con le procedure ed ai fini di cui al comma



Tabella III. Selezione dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie in Veneto più direttamente rivolti alla dirigenza.

REQUISITI MINIMI (autorizzazione all'esercizio)

GENER01.AU.1.4 La Direzione aziendale definisce annualmente il piano di lavoro che comprende la tipologia ed il volume delle attività previste nonché il piano organizzativo.

(GENER01.AU.2.1) La Direzione della Struttura organizzativa ... stabilisce con la Direzione aziendale le politiche complessive ...

GENER01.AU.2.1.1 La Direzione di struttura organizzativa definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane, economiche e relativi volumi...

GENER01.AU.2.8 La Direzione definisce annualmente il budget o un programma attività/risorse.

GENER02.AU.1.2 Le attività di valutazione [delle attività] svolte sono documentate

GENER02.AU.2.1 E' valutato sistematicamente il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici programmati

GENER02.AU.2.6 Vengono svolte verifiche e valutazioni periodiche della validità del Sistema Informativo nel suo complesso.

GENER03.AU.3.9 Il personale è informato sull'esistenza di regolamenti interni, linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti

GENER04.AU.3.1 Le attività di formazione e di aggiornamento del personale sono programmate su base annuale, con individuazione del responsabile

GENER05.AU.1.3 La Direzione assicura: GENER05.AU.1.3.1 -l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione GENER05.AU.1.3.2 -la struttura del sistema informativo GENER05.AU.1.3.3 -le modalità di raccolta GENER05.AU.1.3.4 -la diffusione ed utilizzo delle informazioni GENER05.AU.1.3.5 -la valutazione della qualità dei dati GENER05.AU.1.3.6 -l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, ecc.

GENER06.AU.1.9 In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle linee guida predisposte dalle società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche

GENER08.AU.1.3 Anti infortunistica -Sono rispettati i requisiti sulla sicurezza anti-infortunistica

GENER08.AU.2.3 Il personale è a conoscenza delle modalità di attivazione delle procedure per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria della struttura e degli impianti

GENER09.AU.1.2 Esistono specifiche procedure per gli acquisti delle apparecchiature biomedicali e delle attrezzature mediche

GENER09.AU.4.1 La Direzione ha disposto regole per l'uso sicuro e appropriato delle apparecchiature biomedicali per presidio/ struttura

GENER09.AU.4.2 La Direzione ha disposto regole per l'utilizzo economico delle apparecchiature biomedicali per presidio/struttura

GENER09.AU.4.6 Esiste una Organizzazione per la gestione del controllo di qualità delle apparecchiature biomedicali e sanitarie

REQUISITI ULTERIORI (accreditamento istituzionale)

GENER02.AC.1.1.1 La struttura effettua la valutazione periodica delle attività

GENER01.AC.1.5.1 Per lo sviluppo delle politiche per la qualità dell'assistenza sono stati consultati i responsabili di struttura organizzativa

GENER02.AC.2.1.2 E' valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi di attività definiti in base bisogni

GENER02.AC.2.1.4 E' valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi in

termini di costi sostenuti per prestazioni/servizi erogati e/o processi assistenziali

GENER02.AC.2.3 E' valutato il raggiungimento dei risultati in merito alla soddisfazione degli operatori

GENER02.AC.2.4 E' valutato il raggiungimento dei risultati in merito alla adeguatezza delle risorse

GENER02.AC.2.5 Vengono effettuate verifiche e valutazioni sull'efficacia degli interventi formativi rispetto alla criticità iniziale (problema) che ha fatto nascere l'esigenza formativa

GENER03.AC.2.7 La Struttura predispone, ridiscute e aggiorna la documentazione per l'informazione dell'utenza con l'apporto dei responsabili di struttura e del personale

GENER02.AC.2.8 Le attività di valutazione [degli obiettivi] svolte sono documentate

GENER01.AC.2.8.1. La Direzione definisce per le prestazioni/servizi erogati regolamenti interni e/o standard di prodotto intesi come linee guida, Protocolli o Profili di Cura Aziendali (PCA) aggiornati.

GENER01.AC.2.8.3 La Direzione definisce all'interno del budget o di rapporti attività/ risorse i progetti obiettivo

GENER02.AC.3.1 Esistono indicazioni per l'attuazione del "governo clinico"

GENER02.AC.3.5 Vengono implementate e aggiornate con azioni sistematiche le linee guida

GENER02.AC.3.6 Vengono applicati in modo sistematico e costante strumenti di garanzia della qualità clinica (audit clinico, linee guida e/o percorsi diagnostico-assistenziali)

GENER02.AC.3.7 Vengono effettuate valutazioni periodiche sull'outcome clinico

GENER02.AC.3.8 Sono presenti linee guida e percorsi diagnostico-assistenziali all'interno delle U.O. per patologie prevalenti

GENER03.AC.3.2 Il personale della struttura è informato sui budget o sui programmi attività/risorse

GENER03.AC.3.4 Sono garantiti sistematici momenti di coordinamento e di integrazione almeno tra i responsabili delle diverse articolazioni organizzative interne

GENER06.AC.3.4 E' favorito lo scambio di esperienze tra addetti ai lavori su problemi connessi alla gestione dei rischi clinici e non clinici

GENER06.AC.3.5 E' stata fatta una valutazione del rischio clinico con un piano di azione per ridurre i rischi chiave identificati come meritevoli di urgente attenzione.

GENER07.AC.1.4 Il progetto di miglioramento della qualità, è utilizzato anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di adeguamento: tecnologie complesse RNM, TAC, Angioplastiche, etc.)

GENER07.AC.2.2 I progetti e/o attività di miglioramento sono formalizzati e contengono obiettivi chiaramente definiti

GENER07.AC.2.3 Esiste documentazione dei progetti non terminati e/o in merito al loro fallimento

GENER07.AC.2.4 Sono discussi e condivisi i casi e le condizioni di fallimento dei 1) verso l'alto con le direzioni e/o perlomeno con i rappresentanti delle progetti staff qualità aziendali; 2) Gli operatori della struttura; 3) Gli operatori della altre strutture coinvolte

GENER07.AC.2.6 Sono stati attivati progetti orientati al miglioramento dell'appropriatezza dei processi clinico-assistenziali



7 dell'art. 65 del CCNL 5 dicembre 1996.) ma anche all'articolo 27 (Modalità ed effetti della valutazione positiva dei risultati raggiunti. 1. La valutazione annuale da parte del nucleo di valutazione riguarda: 1) Per i dirigenti di struttura complessa e di struttura semplice: a) la gestione del budget finanziario formalmente affidato e delle risorse umane e strumentali effettivamente assegnate in relazione agli obiettivi concordati e risultati conseguiti;) ed infine all'articolo 28 (Modalità ed effetti della valutazione positiva delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti. 1. La valutazione del Collegio tecnico riguarda tutti i dirigenti e tiene conto: ... f) della capacità dimostrata ... in particolare per quanto riguarda il rispetto dei tempi e modalità nelle procedure di negoziazione del budget in relazione agli obiettivi affidati...).

In sostanza, ogni primario si trova di fronte ai medici di direzione della propria struttura almeno in due momenti cruciali: quello della pianificazione del proprio tempo di lavoro e quello della pianificazione e della verifica del budget gestionale.

Non possiamo negare che entrambi sono diventati sovente nel recente passato momenti di sofferenza. Alla pianificazione del tempo di lavoro alcune aziende hanno preferito sostituire il braccio di ferro sulle 38 ore e sulla documentazione di entrate ed uscite, temi del tutto estranei al contratto di lavoro dei primari, generando una miriade di contenziosi giudiziari, defaticanti ed a volte umilianti per le rispettive intelligenze.

Alle gestione con il metodo di budget, d'altra parte, alcune aziende hanno preferito sostituire un metodo che prevede la concentrazione in alcuni soggetti delle capacità decisionali sulla spesa, sull'avvio e lo sviluppo dei progetti, lasciando al budget, vissuto come un'imposizione delle norme, un adempimento noioso e costoso, solo la gestione formale degli

incentivi del contratto dei medici.

Il budget invece, nelle intenzioni del legislatore tradotte nei regolamenti e nei contratti, doveva essere il metodo normale di gestione delle strutture, fondato su analisi dei bisogni, definizione degli obiettivi, allocazione delle risorse, autonomia gestionale (nei limiti del budget stesso), verifica dei risultati intermedi e finali. Per fare ciò sarebbe stato indispensabile innanzitutto comprendere nei budget tutte le attività delle strutture, non solo quelle finalizzate agli incentivi, ed applicare indicatori robusti e logici, correlati ai fenomeni da descrivere e controllare, non contraddittori. Purtroppo ciò non è sempre accaduto.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il Primario Direttore della struttura oggi si confronta con diverse forme di Direzione sanitaria: quella del Dipartimento, quella dell'Ospedale, quella dell'Azienda sanitaria, ospedaliera, territoriale o mista. Questi rapporti sono il luogo per applicare i modelli disegnati dai requisiti dei sistemi qualità e dalle regole della negoziazione di budget.

L'esperienza quotidiana, in base alla casistica che i primari sottopongono alle loro organizzazioni, prova che, accanto a moltissimi esempi positivi di buona gestione e proficua collaborazione, si verificano con una certa frequenza anomalie e criticità. Da una parte le direzioni generali delle aziende sanitarie talvolta non utilizzano adeguatamente i medici della direzione sanitaria, intrattenendo con le strutture un rapporto diretto in cui non si utilizzano strumenti culturali e metodologici importanti ma viene privilegiato l'interesse individuale e persino lo scambio di favori. Dall'altra, accade che primari e medici delle direzioni non trovino loro stessi modalità adeguate di dialogo e collaborazione, rendendo quindi difficile il raggiungimento degli obiettivi di ef-

ficacia delle cure ed efficienza della gestione. Leadership, responsabilità ed autonomia sono i cardini della buona gestione nelle organizzazioni complesse.

La leadership è minata alla base se la selezione dei dirigenti non avviene con indirizzo squisitamente meritocratico. Oltre alla discrezionalità delle direzioni aziendali, che tutta l'opinione pubblica oggi riconosce eccessiva se non addirittura impropria, va ricordato che anche le poche norme ancora in vigore, che in base al decreto 229/99 che modificava il decreto 502/92 fanno riferimento al decreto 484/97, non sono applicate proprio nella parte più delicata e significativa: la formalizzazione del curriculum con la casistica di esperienze ed attività professionali.

Alla responsabilità dei dirigenti non possiamo garantire efficacia, se verifiche e controlli non vengono attuati con regolarità e precisione. Verifiche che partono dagli indicatori di budget, continuano con gli audit interni e si completano con gli audit di parte terza nei programmi di accreditamento professionale.

L'autonomia dei responsabili delle strutture è fondamentale per il funzionamento del meccanismo di budget. Se alle decisioni prese in fase di negoziazione, dove sono stati analizzati pro e contro, vantaggi e costi, tempi e scadenze, vengono annullate da interventi di altri soggetti, talvolta sporadici ma spesso sistematici, non sarà possibile verificare alcun risultato né attuare un minimo sistema premiante. In conclusione, per avere una buona leadership sanitaria, dei primari e dei medici delle direzioni, con cui attuare il governo clinico, la riforma del sistema sanitario dovrà correggere le disfunzioni più evidenti: la selezione dei dirigenti, l'applicazione corretta del metodo di budget, l'accreditamento delle strutture, i controlli e le verifiche.

PREVENZIONE

IAQ
Indoor Air Quality

la qualità dell'aria all'interno degli ambienti confinati
dipende dall'igiene
degli impianti di climatizzazione e ventilazione...

un impianto malsano fa aumentare i costi gestione e di manutenzione
e crea un elevato pericolo per la salute dell'uomo

La qualità dell'aria all'interno degli ambienti confinati è un requisito indispensabile per la salute ed il benessere degli occupanti di detti ambienti. Infatti è dimostrato che impianti malsani sono spesso causa di casi di contagi di malattie come la **LEGIONELLA**, la Sars, la Meningite o semplicemente di irritazioni delle vie respiratorie e degli occhi, Sindrome dell'Edificio Malsano, malumore, mal di testa, raffreddore, ecc. Ciò dipende soprattutto dallo stato di conservazione igienica degli impianti di climatizzazione a servizio di detti ambienti, in quanto detti impianti (*in funzione di continuo*), se non sottoposti a periodici controlli ed interventi di pulizia e sanificazione, potrebbero diventare pericolose sorgenti e veicolo di polveri, batteri, funghi, spore, muffe e lieviti nocivi alla salute dell'uomo.

È inoltre importante ricordare che il mantenimento di elevati standard di igiene e pulizia degli impianti di climatizzazione e ventilazione garantisce fra l'altro notevoli risparmi in termini di energia ed in termini di costi di manutenzione e soprattutto garantisce una più lunga vita di tutti i componenti impiantistici.

ENERTEK è l'azienda leader in Italia nel settore delle sanificazioni degli impianti di climatizzazione ed idrici con particolare attenzione alla gestione del rischio LEGIONELLA, operando in ottemperanza delle normative vigenti (*D.Lvo 81/08 - in materia di sicurezza*) e garantendo elevati standard di qualità e professionalità maturati in anni di esperienza.

 **enertek**
SANIFICAZIONE SISTEMI IDRICI E DI CLIMATIZZAZIONE

Sede Legale :
ENERTEK S.r.l.
Via Alcide De Gasperi, 38/40
Borgo San Giovanni - 26851 Lodi (LO)
Tel. e Fax : 0371 97124

Sede Operativa :
ENERTEK S.r.l.
S.S.Appia, 7 Bis - Km 11,900
A.S.I. Aversa Nord - 81032 Carinaro (CE)

Tel. 081 8911425 - 081 5048192
Fax : 081 8911414
info@enertek.com
www.enertek.com

Cap.Soc. Euro 100.000,00 i.v.
R.E.A. 210755
R.I./CE 04358871210
P.I. e C.F. 04358871210

Numero Verde
800 054 800
CHIAMATA GRATUITA
www.soslegionella.it

Il percorso diagnostico terapeutico: nuovi modelli organizzativi e strumenti per la sostenibilità

L'esperienza organizzativa-gestionale in Oncoematologia: il ruolo della Direzione Sanitaria

Riassunto

La crescita del numero delle persone affette da patologia oncologica richiede la capacità di erogare risposte qualitativamente elevate sia in campo clinico che psico-sociale, quest'ultime legate essenzialmente alla necessità di dover convivere molto più tempo che nel passato con la patologia tumorale.

I diversi livelli di complessità in questo campo necessitano di continuità d'intervento e di cura sempre più integrati e coordinati che garantiscano da un lato l'appropriatezza nell'uso della molteplicità delle soluzioni scientifiche attualmente disponibili, dall'altro una gestione oculata del patrimonio umano, tecnico ed economico di cui la nostra società civile dispone.

I miglioramenti terapeutici ed assistenziali a vantaggio della qualità di vita dei pazienti sono pertanto strettamente connessi alla definizione di specifici percorsi che le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali devono adottare per garantire la continuità dell'assistenza durante le diverse fasi della malattia. È in tal modo che i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza mantenendo elevati i livelli di prestazioni creando ambienti che favoriscono l'espressione dell'eccellenza clinica. In un siffatto panorama la Direzione Sanitaria di Ospedale viene chiamata a svolgere un ruolo particolarmente impegnativo e delicato teso da una parte a garantire una corretta applicazione di tali istanze in modo da armonizzare i processi e in alcuni casi attenuare le eccessive spinte verso percorsi clinico-assistenziali particolarmente aggressivi ed eccessivi dall'altra favorire la consapevolezza verso le nuove istanze provenienti dalla crescita culturale dell'intera società tese ad affrontare nuove frontiere e nuovi quesiti legati al mondo dell'etica delle cure, della sicurezza del paziente e degli operatori e, quindi, dell'uso appropriato delle risorse.

svolge, inoltre, attività in Day-Hospital ed ambulatoriale. L'Unità opera all'interno di un'organizzazione dipartimentale di oncologia dove si svolgono procedure integrate e pluridisciplinari che prevedono la reale presa in carico del paziente oncologico all'interno di un compiuto e completo percorso diagnostico-terapeutico (medico, chirurgico e radioterapico) e riabilitativo. L'equipe medica, diretta dal Prof. Sergio Storti proveniente dal Policlinico "A. Gemelli" di Roma, è composta da unità mediche non universitarie, mentre la loro preparazione, così come pure di quella del personale infermieristico, è per il 90% di formazione interna (Università Cattolica). Fin dall'inizio delle attività di ricovero si è subito posta l'attenzione sulla sostenibilità delle attività assistenziali dovendo far fronte alle seguenti variabili interdipendenti fra di loro:

- Alta numerosità e variabilità della casistica;
- Alto costo dei trattamenti;
- Degenze piuttosto lunghe e ripetitive;
- Bassa valorizzazione per DRG prevista dalla Regione Molise;
- Assenza di rimborsi extra-DRG.

Dopo un inizio effettuato favorendo uno sviluppo dell'organizzazione interna del reparto piuttosto "libera" ed "autodeterminata", per dare più spazio alle singole professionalità e facilitare la relativa crescita verso un percorso più confacente alle caratteristiche del gruppo che si andava progressivamente creando, si è passati, d'intesa con la Direzione dell'Unità Operativa e la Direzione Sanitaria, ad uno stu-

Carlo Di Falco*, **Giovanna Sticca***, **Antonietta D'Aveta****

* Direzione Sanitaria, Università Cattolica del Sacro Cuore - Campobasso

** Unità Operativa di Oncoematologia, Università Cattolica del Sacro Cuore - Campobasso

L'Unità Operativa di Oncoematologia, all'interno del Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Campobasso (Ente di diritto pubblico non statale), ha iniziato la propria attività nell'Ottobre del 2003, svolgendo attività di assistenza clinica,

di ricerca e formazione, nell'ambito delle malattie oncologiche del sangue e dell'apparato emopoietico. Consta al suo interno di 20 posti letto di degenza ordinaria, distribuiti su stanze doppie, più due posti letto su stanza singola, ad alto controllo ambientale, per il trattamento dei casi sub-intensivi, intensivi e trapiantologici;

Fig. 1 - Momento della prescrizione

dio più approfondito delle procedure ed attività diagnostico-assistenziali che si erano sviluppate in relazione all'organizzazione logistica e lavorativa; gli scopi di questa revisione si sono basati essenzialmente sui seguenti punti:

- Implementazione di un sistema di monitoraggio dei consumi generali di reparto;
- Rilevazione delle risorse assorbite per singolo paziente e per evento di ricovero;
- Centralizzazione della preparazione dei farmaci antitumorali (UFA);
- Riduzione nella percentuale di rischio legato alla somministrazione dei farmaci;
- Miglioramento della gestione della sicurezza complessiva del personale e dei pazienti.

Trattandosi di una struttura ospedaliera interamente cablata e con un sistema informatico interno unico, si è ovviamente pensato di utilizzare al meglio l'informatizzazione per sviluppare progressivamente tali progetti in un ambiente condiviso e calibrato alle esigenze degli operatori e della Direzione del Centro. In pratica, d'intesa con il Direttore dell'Unità Operativa di Oncoematologia, con la Direzione Sanitaria del Centro, con il Responsabile del Sistema Informativo Interno, con il Responsabile del Controllo di Gestione ed in collaborazione con la GESI® (società di programmazione in-

formatica che lavora in partnership con l'Università Cattolica) si è deciso da un lato di procedere con l'informatizzazione progressiva della cartella clinica, quale principale fonte di informazioni utili allo scopo, dall'altra di interfacciare quest'ultima con i programmi di rilevazione afferenti alla Contabilità Analitica per Centri di Costo del Controllo di Gestione.

INFORMATIZZAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

Questo aspetto è stato curato con particolare attenzione, tenendo in considerazione i seguenti punti: Evitare di adottare un modello preformato e proposto dall'esterno; Iniziare con piccoli passi e per singolo settore (SDO, Anamnesi, Esame obiettivo, diario clinico, foglio di terapia, ecc.); Acquisire le indicazioni degli utilizzatori, evitando di stravolgere le proprie impostazioni lavorative. L'implementazione iniziale della SDO, dell'Anamnesi e dell'Esame obiettivo generale è risultata abbastanza facile e ben accetta dagli operatori che hanno saputo subito cogliere i vantaggi di questo nuovo strumento, sia perché risulta condiviso con tutti gli altri reparti, permettendo così un più rapido ed agevole inserimento dei dati e della loro lettura (condivisione).

Per la successiva attivazione della "Scheda Terapeutica" informatizzata, avendo insita nella sua essenza diverse proprietà e peculiarità specifiche e diversificate per ciascuna disciplina si è invece individuata l'Unità Operativa di Oncoematologia come reparto di iniziale sperimentazione.

LA SCHEDE TERAPEUTICA

Questo prezioso strumento di lavoro, facendo parte essenziale della Cartella Clinica, possiede infatti alcuni ed ulteriori elementi distintivi rispetto a tutti gli altri costituenti tipici della Cartella Clinica che la rendono particolarmente specifica:

- Viene utilizzato sia dai Medici (fase della prescrizione) che dagli Infermieri (fase della somministrazione);
- Rappresenta un momento fondamentale per la gestione del rischio clinico;
- È uno dei punti principali di riferimento per la gestione dei costi legati all'assistenza clinica della paziente ricoverato.

Tali aspetti, seppur concentrati in soli tre punti, rappresentano in realtà una vasta gamma di problematiche organizzative, tecniche, medico-legali ed economiche che si cercherà, di seguito, di meglio analizzare. Il programma, inserito nella cosiddetta "Web-farm" del Centro è perfettamente integrata con tutte le altre fasi della parte informatizzata della Cartella Clinica e permette al medico prescrivente, che viene abilitato tramite una opportuna password personalizzata, di inserire i farmaci nella scheda terapeutica una volta che il paziente è stato ricoverato. Il farmaco può essere pianificato per tutta la durata del ricovero, può essere effettuata, inoltre, una pianificazione differenziata: a giorni alterni, modificando il dosaggio di giorno in giorno, effettuando anche terapie in estemporanea, terapie plurifarmaco (in fleboclisi) ecc. Una volta completata la prescrizione, l'infermie-



Fig. 2 - Momento della somministrazione

re, anch'esso abilitato ed identificato tramite password, ha la possibilità di visualizzare la terapia secondo diverse modalità:

- per singolo paziente;
- solo per una fascia oraria
- per terapie di reparto
- per terapie delle 24 ore.

I farmaci vengono così somministrati al letto del paziente che viene sempre correttamente identificato dall'Infermiere e dal sistema attraverso la lettura ottica del codice a barre identificativo, presente su di braccialetto plastificato, inserito al polso del paziente all'atto del ricovero. Ovviamente occorre vidimare l'avvenuta somministrazione. Qualora la terapia non viene somministrata per motivazioni quali: paziente rifiuta la somministrazione, farmaco mancante, non somministrato per nuova prescri-

zione medica, il sistema permette la vidimazione dell'atto con l'aggiunta di una di queste note.

Tutte le operazioni fino ad ora riportate, sia mediche che infermieristiche, si avvalgono, per la loro registrazione, di computer portatili o di "tablet pc" dotati di lettori ottici per la registrazione dei codici a barre presenti, oltre che sul braccialetto dei pazienti, anche sulle confezioni dei farmaci o sui presidi medico-chirurgici utilizzati.

Infine per le terapie con antiblastici vi è uno step in più: il medico invia telematicamente lo schema all'U.F.A. (Unità di Farmacoterapia Antiblastica) dove il personale addetto registra e, successivamente, vidima l'avvenuta preparazione. In sintesi, tale sistema consente al personale medico ed infermieristico di svolgere una serie di

attività di seguito riportate in dettaglio, tutte riferite a pazienti che hanno a loro carico un contatto in corso:

- Visualizzazione della scheda terapeutica;
- Visualizzazione del dettaglio di una specifica prescrizione contenuta nella scheda terapeutica;
- Consultazione (dallo Storico) di prescrizioni mediche riferite a precedenti contatti avuti dal paziente;
- Inserimento di una nuova prescrizione medica all'interno della scheda terapeutica;
- Modifica di una prescrizione medica contenuta nella scheda terapeutica;
- Visualizzazione di una o più prescrizioni annullate contenute nella scheda terapeutica;
- Gestione delle terapie "una tantum";
- Aggiornamento dello stato di una pianificazione;
- Stampa del piano terapeutico per singolo paziente, utilizzando il filtro "data di prescrizione";
- Stampa del piano terapeutico riferito all'unità operativa di propria afferenza.

		06/05/2009					07/05/2009					08/05/2009					09/05/2009					10/05/2009				
Data	Prescrizione	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
08/05/2009	prova																									
Note:																										
Seconda Prescrizione																										
Dose: 1 CP																										
Via: AR																										
Medico: STORTI SERGIO																										
09/05/2009	prova																									
Note:																										
Dose: 1 CP																										
Via: OS																										
Medico: STORTI SERGIO																										
		Firma Infermiere					Firma Infermiere					Firma Infermiere					Firma Infermiere					Firma Infermiere				

Fig. 3 - Stampa della Scheda Terapeutica



è certamente cresciuta in un contesto particolarmente favorevole legato alle seguenti caratteristiche:

- Piccola realtà (tot. 180 p.l.);
- Relativamente giovane (ca. sei anni dalla sua attivazione);
- Forte motivazione del personale, legato da uno spiccato senso di appartenenza e predisposizione di base (probabilmente legata alla giovane età della maggior parte del personale) ad utilizzare soluzioni lavorative informatiche ed innovative;
- La struttura nasce interamente cablata e dotata di sistemi wireless;
- Presenza di una Società di programmazione informatica in partnership con l'Università;
- Uniformità ed omogeneità dei programmi applicativi, perfettamente integrati tra di loro;
- Progressivo sviluppo di programmi

informatici applicativi, secondo uno schema graduale e dettato dalle esigenze degli operatori.

Tutto ciò sta favorendo la progressiva informatizzazione della cartella clinica in quanto viene meno quella ben conosciuta resistenza ai cambiamenti notoriamente presente in contesti più consolidati negli anni.

I risultati che progressivamente si vanno delineando sono da una parte un approccio lavorativo sicuramente più strutturato e scientificamente valido da parte degli operatori, riducendo o eliminando del tutto passaggi ripetitivi e pericolosi nonché comportamenti non codificati e personalistici, migliorando il livello di performance dei singoli operatori che riescono a dare maggiore valenza e visibilità alle proprie attività, dall'altra si incomincia ad immagazzinare e valorizzare tutta una serie di

dati che assurgono a dignità di informazioni ordinate e strutturate utili ai fini clinici, didattici, di ricerca, medico-legali e per una corretta analisi delle risorse utilizzate favorendo il passaggio da macro-aggregati a particolari sempre più dettagliati.

La Direzione Sanitaria del Centro ha svolto in questo contesto numerosi compiti e funzioni, in parte deducibili dalla lettura di tale articolo, che sarebbe noioso ma anche difficile elencare ma il ruolo avuto rimane essenzialmente uno: favorire lo sviluppo armonioso di una realtà complessa ed in continua e costante crescita come l'ospedale.

BIBLIOGRAFIA

Assente in quanto trattasi di lavoro completamente originale.



UNA NUOVA ERA
PER LA
DISINFEZIONE
A FREDDO
NEL RISPETTO
DELL'AMBIENTE
E DEGLI OPERATORI

device
Alphadevice s.r.l.

Via A. Bartocci 5/b
05100 Terni Italia
Tel. 0744.817248 Fax 0744.817431
www.alphadevice.it.

H Huckert's
international
Your best Partner in Hygiene
www.umonium.com



Agire sui comportamenti per ridurre gli atti insicuri: il ruolo della formazione

Riassunto

Nell'ambito del quadro normativo di riferimento in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, il D.Lgs. 81/2008 sottolinea (Sezione IV, Artt. 36 e 37) l'obbligatorietà e l'importanza degli eventi formativi. Tuttavia la formazione alla sicurezza non sempre raggiunge i risultati attesi in particolare nei contesti lavorativi dove sono rilevabili tipologie di rischio nuove (in relazione al progresso tecnico-scientifico) e diverse (di natura chimica, fisica e biologica). Il concetto di percorso formativo, centrato soprattutto fino ad oggi sul trasferimento di nozioni attraverso lezioni frontali tenute in aule didattiche, deve essere rivisitato alla luce del panorama attuale nell'ambito della prevenzione e protezione dei lavoratori, in un'ottica di Risk Management. È auspicabile, pertanto, promuovere, nella realizzazione della formazione alla sicurezza, attività innovative rispetto ad ipotesi di lavoro, alla lettura partecipata dei fenomeni, ai metodi ed agli strumenti idonei a rendere la formazione più efficace ai fini di produrre i cambiamenti attesi e di ridurre gli "atti insicuri" degli operatori. In tale contesto il ricorso all'applicazione di interventi di Behavior Based Safety (BBS) rappresenta un valido strumento per il raggiungimento degli obiettivi nell'ambito formativo dei lavoratori.

Paola Castellano, Marzia Fioretti

I.S.P.E.S.L. - Dipartimento Igiene del Lavoro - Laboratorio Agenti Chimici - Monte Porzio Catone (Roma)

INTRODUZIONE

Qual è il "costo della non sicurezza"?

Ogni anno in Italia circa un milione di lavoratori, nell'ambito di diversi settori occupazionali, è soggetto ad infortunio. La rilevanza di questo dato giustifica la crescente attenzione con cui viene affrontato quello che, a tutti gli effetti, rappresenta un allarme sociale in quanto l'andamento del numero di infortuni tende a permanere senza una significativa riduzione. Per quanto concerne gli aspetti generali del fenomeno, i dati relativi alle denunce fatte all'INAIL per l'anno 2007 (1) risultano pari a 912.410 casi di infortunio (1207 mortali) e 28.619 malattie professionali. Il settore Sanità e Servizi Sociali ha chiuso il bilancio 2007 con 34.867 infor-

tuni (circa il 4,2% dei totali denunciati), dei quali 17 di morte bianca (1,6% del totale dei decessi sul lavoro registrati). Sulla base di tali premesse, si evince come i valori assoluti del fenomeno siano estremamente significativi: circa 2.500 infortuni superiori a 3 giorni denunciati giornalmente all'INAIL, con una media di 3-4 infortuni mortali che si concretizzano mediamente in 16,5 milioni di giornate lavorative perse annualmente (e un conseguente costo sociale annuo per infortunio e malattia professionale pari a circa 28,4 miliardi di Euro, corrispondente al 3% del PIL italiano). L'Agenzia Europea stima il costo per gli infortuni e per le malattie professionali tra il 2,6% e il 3,8% del PIL della UE. Nell'ambito dei suddetti costi devono essere considerati non soltanto quelli di *tipo diretto* (associa-

ti, quindi, univocamente all'incidente, all'infortunio o alla malattia professionale in questione) ed *indiretto* (riconducibili, invece, a due o a più oggetti di costo), ma anche le voci di spesa che non figurano normalmente nella contabilità aziendale (come, ad esempio, il conseguente danno all'immagine) di difficile individuazione e stima. Questa ultima tipologia di danno (*i costi nascosti*), che si ripercuote sui dipendenti dell'azienda e sulle utenze esterne, è indubbiamente di portata non trascurabile se si considera che, secondo stime elaborate dall'European Agency for Safety and Health at Work, il rapporto tra costi manifesti e nascosti è di 1 a 11. Le suddette considerazioni sottolineano come l'igiene e la sicurezza sul lavoro siano aspetti di rilevanza strategica: ogni infortunio comporta, infatti, oneri e difficoltà non soltanto per l'infortunato, per i suoi familiari, per l'intera collettività, ma anche per la stessa organizzazione aziendale, determinando il conseguente "costo della non sicurezza." Da un'attenta analisi costi-benefici relativi all'adozione di idonee misure di prevenzione e di protezione, nonché di formazione, si deduce che gli investimenti nell'ambito della sicurezza rappresentano la soluzione più conveniente, da un punto di vista economico, per le aziende se paragonata al costo risarcitorio-sanzionatorio associato agli eventi traumatici ed alle malattie professionali. In tale contesto risulta, pertanto, di importanza fondamentale adottare le adeguate misure di sicurezza a tutela degli operatori professionalmente esposti contemplando (nell'ambito dello sviluppo di un'attività di prevenzione centrata anche su efficaci azioni di comunicazione

**PAROLE CHIAVE:**

Sicurezza, formazione, comportamenti critici, Behavior Based Safety (BBS), Risk Management

educative per il personale) l'attuazione di processi formativi "mirati" al fine di delineare strategie efficaci per l'abbattimento del rischio.

MATERIALI E METODI

Gli infortuni derivano non solo da "condizioni pericolose" presenti negli ambienti di lavoro a causa della mancanza di idonei sistemi di prevenzione e di protezione per gli operatori, ma anche da "atti insicuri" commessi dai lavoratori, causati, oltre che da una formazione non adeguatamente approfondita, da fattori di tipo emotivo e comportamentale (distrazione, stanchezza, scarsa conoscenza e padronanza delle attrezzature, ma anche eccessiva dimestichezza con le procedure di lavoro).

Il comportamento del lavoratore rappresenta, infatti, un fattore centrale nella gestione del rischio così come documentato da numerosi studi che evidenziano il raggiungimento dei migliori risultati, in tale ambito, in aziende nelle quali sono in atto processi volti a promuovere e a mantenere aggiornata una "cultura" della *sicurezza basata sui comportamenti*. Un efficace intervento di prevenzione deve, quindi, agire non solo sugli elementi oggettivi (tecnologici, impiantistici e strutturali), ma anche su quelli soggettivi degli operatori (Figura 1). A tale riguardo, l'*Indagine integrata per l'approfondimento dei casi di infortunio mortale (2)* pubblicata dall'ISPESL ha evidenziato come la causa di circa la metà degli infortuni sia attribuibile ad errori di tipo comportamentale. Diversi studi sono stati effettuati al fine di individuare le variabili all'origine degli incidenti, dei *near miss* (incidenti sfiorati) e degli atti

insicuri, oltre che degli infortuni veri e propri, tuttavia, nella maggior parte dei casi, l'attenzione è stata focalizzata principalmente sulle tematiche di organizzazione del lavoro, sull'informazione e la comunicazione agli operatori a prescindere da una analisi delle correlazioni tra le azioni di sensibilizzazione e gli infortuni. La semplice individuazione delle cause degli incidenti non permette, infatti, una approfondita definizione di azioni volte alla risoluzione delle problematiche, soprattutto in assenza di una comprensione dei significati di "*formazione alla sicurezza*" e di "*cultura condivisa della sicurezza*". In tale contesto, il ricorso ad interventi formativi efficaci (che non si limitino ad una *descrizione* delle corrette procedure operative da adottare nella pratica professionale, quanto *motivino il lavoratore* a mettere in atto costantemente comportamenti appropriati) rappresenta uno strumento fondamentale finalizzato a promuovere la salute e la sicurezza degli operatori negli ambienti di lavoro.

Per il raggiungimento di tale obiettivo è necessario il ricorso ad un approccio metodologico standardizzato nelle sue fasi, supportato da protocolli procedurali e linee guida validate negli specifici ambiti professionali, al fine di mettere a punto una formazione di tipo "interattivo" con gli operatori dei diversi settori. Affrontare, pertanto, nei percorsi formativi anche le tematiche comportamentali, permette di porre le basi per la costituzione, nei diversi ambiti lavorativi, di "*gruppi che lavorano in sicurezza*". L'attuale tendenza nel panorama della prevenzione è, infatti, rivolta, oltre che all'integrazione ed al miglioramento dei sistemi di abbattimento del rischio, anche all'implementazione degli aspetti

inerenti ai *comportamenti dei lavoratori*, in ottemperanza ai disposti del D.Lgs 81/08 (3). In questo contesto risulta interessante prevedere l'applicazione di un percorso finalizzato all'applicazione di interventi di *Behavior Based Safety (BBS)*, un insieme di metodi per la gestione della sicurezza in ambito professionale, sviluppati nei primi anni Novanta (4 - 8), basati sul "miglioramento dei comportamenti critici" in relazione alle leggi scientifiche dell'agire umano.

LA BEHAVIOR-BASED SAFETY (BBS)

L'analisi delle serie temporali dei dati di sicurezza in diversi contesti lavorativi (compreso quello sanitario) indica un incremento della percentuale dei successi nell'abbattimento del rischio e degli incidenti a seguito dell'applicazione delle tecniche di BBS (9 - 12).

Sviluppata a partire dagli studi pionieristici di Herbert William Heinrich (13), la BBS si basa sulla *behavioral analysis*, ovvero la branca della psicologia che studia il comportamento umano, con l'intento di applicarne i risultati anche alle problematiche inerenti alla salute ed alla sicurezza negli ambienti di lavoro. Il principio ispiratore è il paradigma teorico del condizionamento operante (14, 15) di Burrhus Frederic Skinner (Figura 2), secondo il quale i comportamenti umani (B) sono dettati da antecedenti (A), evocati dalle condizioni ambientali di lavoro (ad esempio la formazione e le disposizioni ricevute, la cartellonistica di sicurezza presente nell'ambiente di lavoro, e così via) e sono mantenuti o modificati secondo stimoli susseguenti all'accadimento (C) (rinforzi). Questi ultimi, che possono essere di tipo positivo (il lavoratore viene elogiato per avere eseguito in sicurezza la propria mansione) o negativo (il lavoratore viene richiamato per avere effettuato "atti insicuri"), incidono (secondo gli studi condotti da Skinner) sul comportamento dell'operatore soltanto



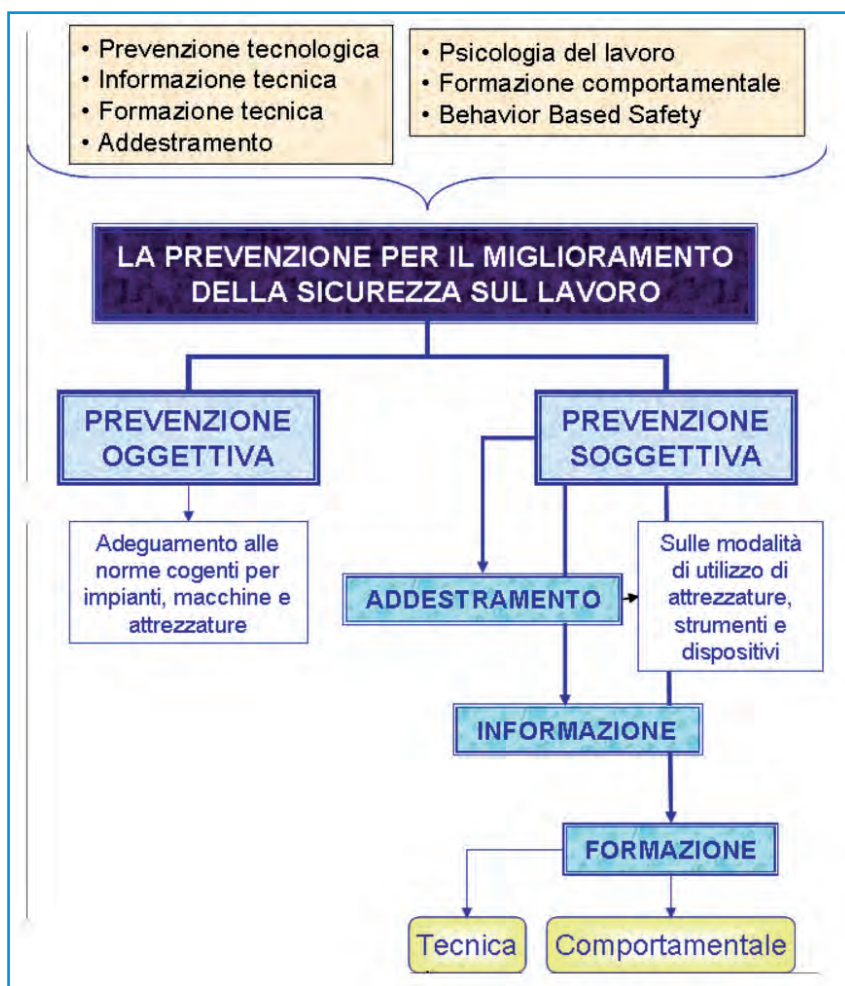


Figura 1 – La formazione tecnica e comportamentale per migliorare la sicurezza sul lavoro

nel primo caso. Un intervento di behavior-based safety si basa su quattro fasi che si ripetono in maniera ciclica in modo da ottenere un miglioramento continuo del comportamento sul posto di lavoro (7, 16):

- identificazione, elencazione e classificazione di interventi critici che possono determinare un infortunio (*behavioral inventory o pinpointing*);
- rilevazione dei comportamenti sul posto di lavoro (*behavioral audit o behavioral observation*), con riferimento alla frequenza di tali atti;
- identificazione del comportamento critico da affrontare, analisi delle sue cause (*behavior analysis*) e definizioni delle azioni correttive;
- applicazione delle azioni correttive necessarie per migliorare il comportamento.

Il denominatore comune di queste quattro fasi è costituito da intense attività di formazione, di consultazione e di partecipazione attiva dei lavoratori senza le quali non è possibile garantire il successo dell'iniziativa. La metodologia BBS prevede un forte e sostanziale contributo dei lavoratori al punto di essere definita un sistema "Employee-driven," ovvero "guidato dai lavoratori e dalla loro consapevolezza" (17 - 20).

LA BBS APPLICATA AL SETTORE SANITARIO

Sulla base delle indicazioni nell'ambito degli interventi di Behavior-Based Safety, il concetto della "nuova cultura della sicurezza" deve essere basato sui seguenti punti fondamentali:

- la *formazione*, come strumento per incidere sui comportamenti e consolidare gli interventi di prevenzione e protezione;
- lo *scenario dei corsi di formazione* (da svolgere in aule didattiche ma anche direttamente nel contesto lavorativo dell'operatore);
- l'*articolazione dei corsi di formazione* (opportunamente strutturati in base alla mansione svolta da gruppi omogenei di lavoratori, al fine di rendere fruibile a tutti i discenti le informazioni necessarie a soddisfare il proprio bisogno formativo);
- l'*implementazione dei fattori di stimolo all'apprendimento* (alla base di comportamenti ed azioni sicuri e costanti nel tempo);
- il "*fattore umano*" (quale punto cardine attorno al quale ruotano tutte le altre componenti associate al rischio);
- la *preparazione del lavoratore* (che dovrà essere concepita come il risultato dell'armonizzazione di informazioni, esperienze lavorative e comportamentali).

Nelle eventuali applicazioni della BBS al contesto lavorativo di una struttura sanitaria sarà, pertanto, opportuno individuare una fase preparatoria (caratterizzata da una approfondita attività di formazione rivolta a tutto il personale allo scopo di illustrare gli obiettivi da raggiungere e le fasi del progetto, nonché fornire il metodo per la realizzazione della BBS), propedeutica alla realizzazione del sistema e orientata all'identificazione di comportamenti critici degli operatori nei diversi settori. Nella fase successiva, a regime, la BBS permette, attraverso osservazioni, analisi delle problematiche e attuazione delle azioni di modifica, la vera e propria concretizzazione del sistema di gestione della sicurezza. Premessa l'obbligatorietà dell'accertamento della rispondenza delle



diverse unità della struttura sanitaria ai requisiti impiantistici, tecnologici e strutturali previsti dai disposti legislativi, esplicitati nelle raccomandazioni dei Documenti di Linee Guida, dopo una verifica dell'adozione delle opportune misure di prevenzione e di protezione (adeguati Dispositivi di Protezione Individuale e collettiva), nonché della presenza di protocolli procedurali scritti e condivisi con gli operatori, un supporto all'individuazione degli "atti insicuri" viene fornito, oltre che dall'"osservazione" dei comportamenti, dall'analisi degli incidenti e degli infortuni accaduti.

La costituzione di gruppi di lavoro, all'interno dei quali gli operatori, relativamente alla propria mansione e al proprio contesto lavorativo, verranno guidati dal formatore nell'identificazione dei rischi e dei comportamenti critici nell'ambito dell'attività svolta, permetterà agli attori della prevenzione di acquisire informazioni essenziali alla programmazione della strategia di azione, predisponendo strumenti organizzativi per l'effettuazione delle osservazioni e per la formazione degli "osservatori".

Una volta messi a regime i diversi aspetti della fase preparatoria, potranno essere individuati gli atti critici da migliorare (variabili a seconda delle strutture sanitarie, dei reparti, degli ambiti specialistici, dei laboratori di ricerca e di analisi) con la conseguente identificazione delle "cause" (in termini di "antecedenti" e di "rinforzi"). In tale contesto ciascun gruppo di lavoro verrà chiamato a riflettere sulle cause di ogni specifico atto critico, ad individuare le contingenze responsabili dei comportamenti che possono portare all'incidente e a mettere in atto le manovre correttive. Ne deriva un intervento di modificazione del comportamento a rischio con la creazione di nuove situazioni che potrebbero portare all'instaurarsi di nuovi antecedenti e di nuove conseguenze avviando così il processo ciclico alla

base di un intervento di BBS.

Nell'ultima fase viene, infine, effettuato il monitoraggio dei comportamenti degli operatori confrontando i risultati ottenuti prima e dopo la messa in atto delle corrette procedure comportamentali e discutendo le conclusioni deducibili con i lavoratori.

Sulla base di quanto premesso è, pertanto, auspicabile che all'interno di ciascuna realtà lavorativa vengano individuati protocolli di valutazione delle azioni, nonché indicate strategie per il mantenimento dei risultati nel tempo, attraverso l'elaborazione di schemi variabili di rinforzo, di sistemi di *performance feedback* e di procedure dedicate.

RISULTATI

Una delle problematiche di interesse e di attualità nell'ambito del settore sanitario è rappresentata dall'esposizione professionale dei lavoratori addetti alla manipolazione di chemioterapici antitumorali (U.F.A.). In tale contesto, l'applicazione della metodologia BBS al fine di ridurre "atti insicuri" durante le fasi di immagazzinamento dei farmaci, di preparazione, di trasporto, di somministrazione, di pulizia e di decontaminazione dei locali e di smaltimento dei rifiuti, rappresenta un efficace strumento per la gestione del rischio espositivo degli operatori dovuto a procedure comportamentali non adeguate.

Come è noto, infatti, la maggior parte dei chemioterapici, oltre a manifestare potere irritante a carico della cute e delle mucose, presenta attività mutagenica, cancerogena e teratogena (come evidenziato dalla International Agency for Research on Cancer che ha inserito diversi principi attivi nei vari gruppi di cancerogenicità) sebbene, in quanto preparati farmacologici, non siano considerati ai fini dell'etichettatura tra le frasi di rischio R45 ("può provocare il cancro"), R49 ("può pro-

vocare il cancro per inalazione"), R40 ("possibilità di effetti cancerogeni - prove insufficienti"), R43 ("può provocare sensibilizzazione per contatto con la pelle") della Direttiva 67/548/CEE.

E' opportuno sottolineare che nonostante nel D.Lgs 81/08 (3) non siano inserite specificatamente le attività di manipolazione di farmaci antitumorali (nell'Allegato XLII "Elenco di sostanze, preparati e processi che espongono ad agenti cancerogeni" del Capo II del Titolo IX "Sostanze pericolose") tuttavia, in considerazione dei campi di applicazione del Capo I ("Protezione da agenti chimici") e del suddetto Capo II ("Protezione da agenti cancerogeni e mutageni"), di fatto vige un obbligo sostanziale alla valutazione del rischio a chemioterapici in relazione alle caratteristiche di tossicità di tali sostanze.

In tale contesto gli interventi di prevenzione e di protezione degli operatori, nonché le idonee procedure comportamentali che devono essere opportunamente adottate nell'ambito delle diverse fasi di manipolazione dei farmaci antitumorali, vengono esplicitati nelle raccomandazioni del Documento di Linee-Guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali in ambiente sanitario (21) al fine di una completa gestione del rischio.

Nonostante l'attenzione rivolta alla problematica a livello nazionale (21) ed internazionale (22), diversi lavori (23-28) documentano come concentrazioni, talvolta anche significative, di vari principi attivi antitumorali possano essere rilevate durante le campagne di monitoraggio ambientale (generalmente condotto ricorrendo alla tecnica classica dei *wipe-tests*, ovvero di rimozione meccanica su superfici ed oggetti con garze in TNT imbevute di un solvente di estrazione) e biologico nelle U.F.A.

In considerazione di tale premessa, nonché nell'ambito dell'applicazione



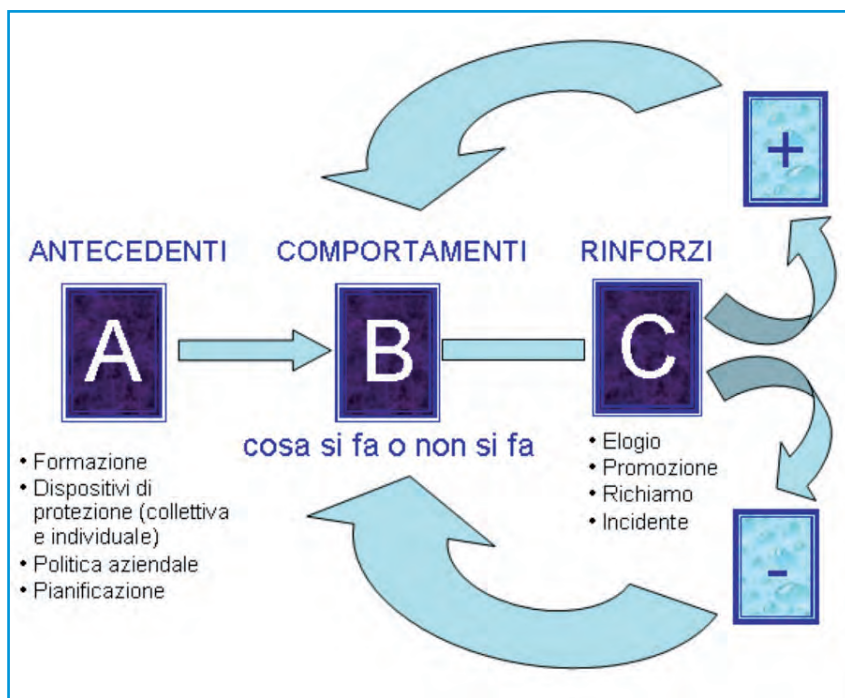


Figura 2 – Paradigma di Skinner

di un intervento di BBS, una volta accertati gli aspetti inerenti alla centralizzazione delle attività dell'U.F.A. ed alla presenza delle idonee misure di sicurezza, può risultare di ausilio, ai fini di una sensibilizzazione degli operatori alle problematiche inerenti all'espletamento di "atti insicuri" (comportanti una dispersione dei principi attivi all'interno ed all'esterno dei locali) ricorrere, sulla base di esperimenti riportati in letteratura (29), a procedure di simulazione mediante utilizzo di traccianti fluorescenti.

In particolare l'articolazione delle diverse fasi dovrebbe partire da quelle di costituzione del "gruppo di lavoro UFA" e dalla formazione degli osservatori, seguite dalla metodologia sperimentale. Quest'ultima viene espletata fornendo agli operatori alcuni flaconi di vetro (in numero variabile sulla base di una stima delle preparazioni mediamente effettuate giornalmente all'interno dell'U.F.A.) contenenti fluoresceina sodica (sostanza fluorescente se esposta a radiazione UV, non pericolosa per la sicurezza dei lavoratori e facilmente solubile in acqua) da sottoporre a trattamento

analogo a quello di un farmaco antiblastico (eventualmente simulando anche una fase di emergenza con sversamenti accidentali).

Al termine delle diverse fasi di manipolazione (che possono interessare la preparazione e il trasporto, la pulizia del piano della cappa, delle superfici e degli oggetti, la somministrazione e lo smaltimento) viene realizzata una sensibilizzazione degli operatori allo svolgimento in sicurezza delle proprie mansioni, mostrando loro, attraverso l'utilizzo di una lampada UV, la eventuale dispersione del tracciante fluorescente ed analizzandone le possibili cause.

Sulla base dei dati di letteratura (29), che mostrano un abbattimento significativo nelle contaminazioni superficiali (dal 92% al 23%) dopo la rivisitazione delle procedure comportamentali di manipolazione da parte degli operatori, risulta interessante ripetere il test di simulazione con fluoresceina, a seguito dell'applicazione delle tecniche di BBS, al fine di rendere evidenti al gruppo di lavoro dell'U.F.A i risultati conseguibili nell'ambito della riduzione degli "atti insicuri".

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il cambiamento dei comportamenti lavorativi al fine di una riduzione degli "atti insicuri" è attuabile solo attraverso la progettazione di percorsi formativi sviluppati sulla base di una attenta sintesi dei bisogni, finalizzati ad un accrescimento delle competenze e della sensibilizzazione dei lavoratori nell'ambito di una completa gestione del rischio.

Gli operatori, devono poter essere messi in grado di individuare nell'atto formativo uno stimolo ed uno strumento essenziale a realizzare la corretta strategia di prevenzione e di protezione ("... utile non è la formazione placebo, quella che, di per sé, non fa niente ma che dà l'impressione di fare. Purtroppo molto spesso questa strada è la più percorsa", "La Formazione Utile", Modena, 20 Settembre 2000, Atti della Tavola Rotonda "Cosa si intende per qualità della formazione e come si garantisce").

In tale ottica la *behavior-based safety* può essere considerata una metodologia idonea al raggiungimento di tali obiettivi, realizzabile attraverso interventi formativi basati sulla consultazione e sulla partecipazione attiva degli operatori (ricorrendo anche ad esperimenti di simulazione, come evidenziato nel caso del rischio chimico di esposizione a farmaci antiblastici), nonché mediante l'adozione di un sistema di gestione delle attività volto a eliminare o a ridurre gli "atti insicuri". E' auspicabile, pertanto, che i percorsi formativi siano progettati con la finalità di creare la "cultura alla sicurezza" e di realizzare interventi atti ad implementare nei lavoratori la consapevolezza della centralità delle proprie azioni nella gestione del rischio.

Come più volte sottolineato, uno dei principi cardine del metodo BBS consiste nel coinvolgimento di "tutti" i soggetti i quali dovranno essere messi nella condizione di comprendere e di

poter valutare i risultati emersi dalle osservazioni elaborate. Questa prima analisi rappresenterà, quindi, la base dei successivi interventi, successivamente alla condivisione dei risultati ottenuti con la direzione ed il management (30), con l'obiettivo di una decisione congiunta della linea di azione da intraprendere.

BIBLIOGRAFIA

1. Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), Bilancio Consuntivo 2007. Delibera n. 19 del 30 luglio 2008.
2. <http://www.ispesl.it/im/documenti/risultati/report.pdf>.
3. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Gazzetta Ufficiale n. 101, 30 aprile 2008.
4. Krause TR, Hidley JH. Broad-Based Changes In Behavior Key To Improving Safety Culture Occupational Health & Safety July 1990 59 (7): 31-37.
5. Krause TR. The behaviour based approach to safety: A system for continuous improvement. *The Safety & Health Practitioner* 1991; 9(8): 30-32.
6. Krause, TR. Assessment: Tailoring the behaviour based safety process. *The Safety & Health Practitioner* 1992; 10(4): 12-14.
7. Krause TR. *The Behavior-Based Safety Process: Managing Involvement for an Injury-Free Culture, 2nd Edition*. Published by John Wiley & Sons, Inc. New York, 1996.
8. Krause TR. Trends and Developments in Behaviour-Based Safety; *Professional Safety* 1997; 42: 20-25.
9. Brown GD, Barab J. "Cooking the books"—behavior-based safety at the San Francisco Bay Bridge. *New solutions: a journal of environmental and occupational health policy* 2007; 17(4): 311-314.
10. Devries JE, Burnette MM, Redmon WK. AIDS prevention : Improving nurses' compliance with glove wearing through performance feedback. *J Appl Behav Anal* 1991; 24: 705-711.
11. Ludwig TD, Geller ES. Intervening to improve the safety of delivery drivers: A systematic behavioural approach. *J Organ Behav Manag* 2000; 19: 1-124.
12. Stephens SD, Ludwig TD. Improving anaesthesia nurse compliance with universal precautions using group goals and public feedback. *J Organ Behav Manag* 2005; 25: 37-71.
13. Heinrich HW. *Industrial accident prevention*. New York: McGraw-Hill Book Company, 1941.
14. Skinner BF. *Scienza e comportamento, 1953*. Traduzione italiana a cura di Angeli F, Milano, 1971.
15. Skinner BF. *50 anni di comportamentismo. Un'analisi teorica della contingenza di rinforzo*. ILI, Milano, 1972
16. McSween T. *Il manuale della Behavior Based Safety*, Ed. J. Wiley, NY – versione italiana a cura di Tosolin F e Bacchetta AP; editore A.A.R.B.A. Milano, 2007.
17. Bottura N. Un approccio all'applicazione delle metodologie della behavior safety, Novembre 2005. [www. behavior-basedsafety.net](http://www.behavior-basedsafety.net)
18. Bottura N. Behavior-Based Safety: i risultati raggiunti nell'applicazione in un contesto industriale. *ISPESL Fogli d'Informazione*, gennaio-marzo 2007.
19. Tosolin F, Bianchi G. *La Behavior-Based Safety: metodologie scientifiche per la gestione dei comportamenti di sicurezza sul lavoro*. In *Atti del 2° Convegno Europeo di Behavior-Based Safety (BBS) – Milano, febbraio 2007*.
20. Tosolin F, Gatti M, Algarotti E. *Behavior Based Safety: costruire comportamenti per ottenere risultati*. *Ambiente & Sicurezza* n. 3 febbraio 2008.
21. Documento di linee-guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali in ambiente sanitario (Provvedimento 5 agosto 1999, Repertorio atti n. 736), pubbl. su G.U.R.I. n° 236 del 7/10/1999.
22. National Institute for occupational Safety and Health, Preventing Occupational Exposure to Antineoplastic and Other hazardous Drugs in Health Care settings, Publication n° 165, 2004.
23. Brouwers EEM, Huitema ADR, Bakker EN et al. Monitoring of platinum surface contamination in seven Dutch hospital pharmacies using inductively coupled plasma mass spectrometry. *Int Arch Occup Environ Health* 2007; 80:689-699.
24. Hedmer M, Tinnerberg H, Axmon A, Jönsson BAG. Environmental and biological monitoring of antineoplastic drugs in four workplaces in a Swedish hospital. *Int Arch Occup Environ Health* 2008; 81: 899-911.
25. Mason HJ, Blair S, Sams C et al. Exposure to Antineoplastic Drugs in Two UK Hospital Pharmacy Units. *Ann. Occup. Hyg.* 2005; 49(7): 603-610.
26. Minoia C, Turci R, Sottani C et al. Application of high-performance liquid chromatography/tandem mass spectrometry in the environmental and biological monitoring of health care personnel occupationally exposed to cyclophosphamide and ifosfamide. *Rapid Commun Mass Spectrom* 1998; 12: 1485-1493.
27. Turci R, Sottani C, Spagnoli G, Minoia C. Biological and environmental monitoring of hospital personnel exposed to antineoplastic agents: a review of analytical methods. *Journal of Chromatography B* 2003; 789: 169-209.
28. Castellano P., Proietto A.R., Ferrante R., Pigini D., Paci E. Il monitoraggio ambientale di chemioterapici antitumorali nella verifica delle procedure di decontaminazione nelle Unità Farmaci Antitumorali. *Atti del 15° Convegno di Igiene Industriale "Le Giornate di Corvara" (Colfosco - Corvara – Bolzano, 1 – 3 Aprile 2009)*. 184 - 192.
29. Harrison BR, Godefroid RJ, Kavanaugh EA. Quality-assurance of staff pharmacists handling cytotoxic agents. *American Journal of Health-System Pharmacists*. 1996; 53(4): 402-407.
30. Marsh TW, Davies R, Phillips RA et al. The Role of Management Commitment in Determining the Success of a Behavioural Safety Intervention. *Journal of the Institution of Occupational Safety & Health*. 1998; 2 (2): 45-56.



We Innovate Healthcare

**Roche ha il piacere
di invitarVi ai suoi Simposi**

**L'ARTRITE REUMATOIDE:
ASPETTI SOCIALI, MODELLI ORGANIZZATIVI
E BISOGNI INSODDISFATTI**

Venerdì 29 maggio 2009 - 11,00/13,00 - Sala Einaudi

moderatori:

Ugo Luigi Aparo

Direttore Sanitario I.D.I. IRCCS Roma, Segretario Scientifico Nazionale ANMDO

Stefano Reggiani

Direttore Sanitario Hesperia Hospital Modena

Proiezione video

**L'artrite reumatoide: malattia a forte impatto sociale
ma con scarsa priorità nei piani Socio Sanitari**

relatori:

Claudio Jommi

Università Piemonte orientale Novara Cergas Bocconi Milano

I modelli gestionali per l'artrite reumatoide

Tonino Aceti

Coordinamento Nazionale Associazione Malati Cronici Cittadinanzattiva

**VIII rapporto nazionale sulla cronicità: equità di
accesso, diritti e bisogni dei Cittadini-Pazienti**

Luigi Cosentino

Direttore Sanitario PO n. 2 Copertino, Nord: ASL Lecce

**L'artrite reumatoide nella programmazione
sanitaria nazionale e regionale: l'esempio della
Regione Puglia**

Maurizio Cutolo

*Responsabile Divisione Reumatologia Dipartimento di medicina interna
AO San Martino Genova*

Dalla ricerca di base all'applicazione terapeutica

**IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO:
NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI
E STRUMENTI PER LA SOSTENIBILITÀ**

Sabato 30 maggio 2009 - 9,30/11,00 - Sala Einaudi

moderatori:

Pasquale Amendola

Direttore Generale ASL Potenza

Leonardo La Pietra

Direttore Sanitario Istituto Europeo Oncologia Milano

relatori:

Giacomo Corica

Ricercatore Cergas Università Bocconi Milano

**"Gestione per Processi in Sanità: i risultati della
ricerca "Il Percorso Diagnostico Terapeutico
ospedaliero per il Linfoma non Hodgkin"**

Maria Cantonetti

Responsabile UOC Oncoematologia Policlinico Tor Vergata Roma

Il punto di vista del Clinico

Carlo Di Falco

Direttore Sanitario Università Cattolica del Sacro Cuore sede di Campobasso

**L'esperienza organizzativa gestionale in
oncoematologia: il ruolo della Direzione Sanitaria**

Fabrizio Nicolis

Direttore Sanitario Ospedale Negrar Verona

**Analisi costi e tariffe: l'esperienza dell'oncologia
dell'ospedale S. Cuore - Don Calabria Negrar VR"**

**LA DIREZIONE
DELLA SANITÀ**

**Torino
Centro Congressi della Camera di Commercio
27-30 maggio 2009**



Soluzioni per la sanità

IPC Sanivap e IPC HDS, sistemi per la disinfezione



IPC ha creato due soluzioni ad hoc per la sanificazione e la disinfezione degli ambienti sanitari.

IPC Sanivap, già utilizzato in centinaia di ospedali in Europa e validato in strutture d'eccellenza in Italia, utilizza la forza del vapore ad alte temperature per igienizzare e disinfettare in maniera sicura ed immediata, senza utilizzare sostanze chimiche.

IPC HDS è il nuovo carrello e sistema di disinfezione che limita al minimo il rischio di trasmissione e riproduzione dei microorganismi patogeni grazie all'utilizzo di plastiche e microfibre antibatteriche e soluzioni no-touch. Protocolli specifici guidano gli operatori al miglior utilizzo dei due sistemi che sono più rapidi e facili da utilizzare rispetto alle metodologie tradizionali.



IPC

Integrated Professional Cleaning

info: 0421.205511
www.ipcleaning.com



La resistenza batterica a farmaci, aspetti clinici

Riassunto

L'eccessivo utilizzo di antibiotici, in medicina umana, veterinaria, in agricoltura e nell'allevamento animale, ha indotto una pressione selettiva sui microrganismi, presenti in tutti gli ambienti, inducendo la manifestazione di resistenza batterica. Nella pratica clinica le infezioni da germi resistenti, in ambiente nosocomiale e in individui vulnerabili, hanno indotto innovazioni nei procedimenti diagnostici, indagini microbiologiche d'identificazione dei germi e di saggio dell'effetto inibente la crescita batterica in vitro, irrinunciabili. Si espongono accorgimenti nella terapia antibiotica, per limitare una diffusione preoccupante ed un consumo eccessivo: fattori facilitanti il fenomeno Resistenza. Si propongono strategie organizzative, misure igieniche, linee-guida e protocolli diagnostici e terapeutici ed infine una rapida rassegna dei nuovi principi attivi.

Massimo Smeriglio, Eleonora Albanese

Unità Operativa Complessa di Nefrologia e Dialisi - Ospedale S. Eugenio - Roma Azienda USL RM C

INTRODUZIONE

“Antimicrobial agents are essential drugs for human and animal health...”

La resistenza alle sostanze antibatteriche da parte dei microrganismi è un evento noto da oltre 60 anni, epoca dell'avvento degli antibiotici, di cui peraltro c'è documentazione di preesistenza all'era antibiotica (31), recentemente è stato messo nuovamente in risalto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ne aveva data la seguente definizione: “Antimicrobial resistance is the development and spread of resistance to these agents following their use by both humans and non-humans”. Ovvero la resistenza batterica ai farmaci (RBF), viene considerata come la capacità di alcuni gruppi di microrganismi a sopravvivere o moltiplicarsi in presenza di sostanze chimiche o farmacologiche con

proprietà antibatteriche, di regola in concentrazioni sufficienti ad inibirne la crescita o ad ucciderli (16). L'OMS aveva già segnalato il problema nel 1994 e nel 1997 insieme alla International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD), aveva pubblicato le linee guida per affrontare il fenomeno (42) che si è ripresentato negli ultimi tempi come evento di vaste proporzioni, giudicato allarmante dai ricercatori, in particolare i microbiologi, gli infettivologi, gli epidemiologi e di riflesso dai clinici rappresentando un pericolo per la popolazione dei malati (39-40), in particolare gli individui fragili; con un notevole impatto sociale e significative ripercussioni sull'andamento della spesa sanitaria (16). Per tutti questi motivi del problema sono stati costretti ad occuparsi anche gli amministratori pubblici ed i politici (Raccomandazione del Consiglio Europeo, 15/11/2001: Uso prudente

degli agenti antimicrobici nella medicina umana).

Tra le diverse iniziative messe in atto dalle autorità sanitarie, in Europa due sono importanti:

1. L'attivazione dell' European Antimicrobial Resistance Surveillance System (Earss), rete che si occupa del monitoraggio della resistenza antimicrobica nella regione Oms Europa. Raccoglie i dati, analizza gli andamenti nel tempo e le differenze fra Stati e Regioni e fornisce linee guida e protocolli per migliorare la consistenza e la qualità dei dati. Lo scopo è consolidare la sorveglianza e il sistema informativo che collega le reti nazionali sulla prevalenza e la diffusione dei batteri con una resistenza particolarmente rilevante in Europa. I dati raccolti ed elaborati da questa rete sono disponibili e consultabili in data-base archiviato presso il paese coordinatore: Paesi Bassi (Netherlands), al sito www.rivm.nl/earss/database/.
2. L'emanazione di provvedimenti politici di indirizzo dal Consiglio Europeo per ottenere dalle autorità governative dei singoli Paesi atti di indirizzo e organismi di sorveglianza locali. L'atto d'indirizzo è stato riportato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana: “Raccomandazione del Consiglio, del 15 novembre 2001, sull'uso prudente degli agenti antimicrobici nella medicina umana” (20).

In Italia sono state adottate alcune importanti iniziative, dal Ministero della Salute che ha individuato nell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) la struttura di riferimento scientifica per la sorve-

**PAROLE CHIAVE:**

Resistenza batterica, antibioticoterapia, infezioni nosocomiali

gianza della resistenza agli antimicrobici con due Contact point italiani, con due nominativi di studiosi dedicati: per l'Epidemiologia Fortunato Paolo D'Ancona, ISS - Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute; per la Microbiologia: Annalisa Pantosti, ISS - Dipartimento di malattie infettive, parassitarie e immunomediate.

Localmente le Regioni hanno adottato singole iniziative. Abbiamo preso come riferimento l'operato della Regione Emilia Romagna che ha istituito un sistema di sorveglianza che raccoglie le informazioni e le pubblica in dossier (19) ove si riportano i risultati del Sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in quella Regione, aggiornato e pubblicato periodicamente, copia del quale può essere scaricata dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss173.htm; l'ultima edizione del 2009, riporta i dati del 2007 ed a nostro giudizio offre una copiosa quantità di dati e traccia un panorama assai preciso del problema. Il modello d'intervento e d'informazione di quella Regione può essere studiato come riferimento metodologico e le informazioni nello stesso contenute possono essere con la debita cautela trasferite alle altre regioni italiane.

La resistenza a farmaci antibatterici, manifestata da agenti patogeni coinvolti nelle infezioni ospedaliere e nelle comunità è crescente: le cause sono molteplici: sovraffollamento; aumento della popolazione anziana; mobilità della popolazione facilitata; aumentato ed inappropriato impiego di antibiotici (3-7); dispensazione in alcuni

paesi di antibatterici come prodotti da banco, senza obbligo di prescrizione medica; trattamenti irrazionali, incompleti, non condotti a termine, sotto dosati; eccessiva prescrizione ed eccessivo consumo(16); diffusione di sostanze antibatteriche nell'ambiente con conseguenti squilibri nell'ecosistema e selezione di ceppi batterici resistenti, come inquinanti ambientali; introduzione di colonie e ceppi batterici resistenti per lotta alle malattie delle piante; manipolazione genetica dei batteri per migliorarne alcune caratteristiche utilizzate in agricoltura (16). Destinazione di minori risorse economiche per informazione, educazione sanitaria e salute pubblica. È impossibile quantificare con metodi scientifici l'importanza di tutti questi fattori. In un sondaggio dell'ISS è stato rilevato che:

- a. 1 italiano su 2 sa cos'è un antibiotico.
- b. una ampia quota di popolazione italiana ha fatto uso di antibiotici nel corso del 2007 per curare infezioni.
- c. Il 57% di chi ha assunto antibiotici, lo ha fatto senza prescrizione del medico.
- d. Il 44% li ha utilizzati in modo scorretto;
- e. il 44% degli intervistati ha dichiarato di aver intrapreso la cura ma di non averla portata a termine.
- f. Il 29% vi ha fatto ricorso per l'influenza; il 14% per un semplice raffreddore.

(7).
Ma la maggior causa di selezione di microrganismi resistenti è l'uso di antibiotici in ambiente ospedaliero "I batteri che divengono resistenti agli

antibiotici disponibili, vengono selezionati in ambiente clinico e sono la principale causa di morte nelle unità di terapia intensiva (ICU)" (10). Una pratica che è stata messa sotto accusa è l'antibiotico-profilassi perioperatoria, che rappresenta negli ospedali all'incirca il 40-50% delle prescrizioni di antibiotici. Questa condotta terapeutica, pur discutibile, è assai diffusa; non è giustificata da adeguate prove di efficacia (Sistema nazionale per le linee guida. Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto-2008. www.pnlg.it/Ign_antibioticoprofilassi_perioperatoria_adulto_2008).

Lo scoraggiamento delle pratiche non dettate da criteri consolidati di evidenza, l'osservanza diligente di norme igieniche complementari e di una corretta tecnica chirurgica dovrebbero limitare il ricorso ad eccessivo uso di antibiotici. Studi recenti inoltre dimostrerebbero che diminuendo la pressione selettiva operata da massiccio utilizzo di antibiotici, si ridurrebbe l'antibiotico-resistenza (13-14).

Germi quali: *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Acinobacter baumannii*, ed altri ancora, hanno dimostrato di non rispondere alla terapia antibatterica con principi attivi di largo impiego, anche di più recente introduzione (26). Problemi clinici assai impegnativi si sono presentati per enterococchi resistenti alla Vancomicina (VRE); per stafilococchi resistenti alla Meticillina (MRSA); per bacilli Gram-negativi che producono betalattamasi ad ampio spettro; pneumococchi resistenti a Penicillina ed Eritromicina; inoltre sono stati segnalati ceppi di *Mycobacterium tuberculosis*, che presentano multi resistenza ai chemio-antibatterici tradizionali (Isoniazide ed Etambutolo). Il fenomeno della RBF ha presentato un andamento talmente veloce negli ultimi anni, che è stata ipotizzata da qualcuno l'eventualità che tra qualche tempo si rischi di rimanere con un armamentario terapeutico impoverito. Nella battaglia che



si sta combattendo tra due gruppi di individui, gli uni appartenenti ad una specie particolare di eucarioti pluricellulari che si presumono superiori (*Homo sapiens sapiens*) gli altri, loro avversari, organismi procarioti unicellulari (*Bacteria*), considerati inferiori; il confronto sembra volgere decisamente a vantaggio dei secondi (8). Nello scontro non mancano tutti gli elementi che rendono incerto l'esito della lotta: l'inadeguata valutazione dell'avversario; le armi inefficaci; gli errori tattici; i tradimenti... "Paradossalmente... l'ampio utilizzo degli antibiotici, in modo non sempre appropriato, ci sta riportando alle stesse condizioni d'impossibilità di cura presenti nell'era preantibiotica" (Guido Rasi Direttore Generale AIFA. Campagna di comunicazione per un uso corretto degli antibiotici. In www.miniosterosalute.it/imgs/C_17_primo-pianoNuovo_200_documenti_item-Documents_0_file).

La RBF si sviluppa in diverso modo: alcuni microrganismi ereditano geni di resistenza; altri li acquisiscono in seguito a mutazioni spontanee o come rafforzamento di un carattere genetico preesistente. Altri ancora (ad es. stafilococchi) acquistano il materiale genico da altre specie batteriche contigue (ad es. enterococchi) per mezzo di frammenti di materiale genico: i plasmidi, che sono sottili anelli di DNA che veicolano geni da una cellula di un microrganismo ad un'altra. In altri casi la resistenza può essere trasferita ad opera di altri veicoli: ad esempio da virus che infettano le cellule batteriche, capaci di captare geni di resistenza e trasmetterli ad altre. Un'ultima modalità si verifica quando al termine del ciclo vitale un batterio muore e si disintegra, altri possono acquisire il materiale genico con l'informazione del carattere di resistenza.

Una evenienza non trascurabile nella diffusione e moltiplicazione di microrganismi resistenti è l'enorme utilizzo

di antibiotici nei mangimi degli allevamenti animali, a scopo di facilitare l'accrescimento di questi ultimi. Negli USA vengono prodotte annualmente oltre 23.000 tonnellate di antibiotici delle quali solo metà trova impiego nella farmacoterapia umana, di cui peraltro gli studiosi ritengono di impiego appropriato solo la il 50% (circa 5'500 tonnellate)(1), l'altro 50% della produzione è destinato all'agricoltura, per la promozione della crescita animale e per il trattamento delle colture arboree e orticole (16). L'enorme diffusione degli antibatterici nell'ambiente genera una pressione di selezione sugli altri microrganismi presenti, selezionando ceppi batterici con RBF. Il fenomeno non è da meno in Europa, tanto da indurre l'Agenzia comunitaria che si occupa della sicurezza alimentare a chiedere ai propri esperti scientifici di pronunciarsi sull'argomento e questi ultimi hanno riconosciuto la possibilità che batteri con RBF provenienti dall'allevamento animale possano essere coinvolti nelle infezioni umane (17), suggerendo maggiore attenzione e controlli sul fenomeno, comunque l'uso veterinario di antimicrobici può costituire un pericolo per la salute umana, ma l'impatto della resistenza tra batteri zoonotici e rischio di trasferimento di RBF fra microrganismi di origine animale e patogeni umani viene tuttora considerato non adeguatamente quantificato (17-41).

Problemi correlati all'insorgenza di RBF che alcuni considerano una vera e propria condizione sfavorevole degli antimicrobici, da valutare in farmacovigilanza (15-16):

1. Trattamento delle infezioni
2. Diffusione delle infezioni
3. Difficoltà in interventi terapeutici risolutivi
4. RBF nei paesi non industrializzati
5. Impegno delle aziende produttrici di farmaci per immissione in commercio di nuovi principi attivi
6. Costi economici.

Questi ultimi 3 punti esulano dall'argomento di cui ci siamo proposti di trattare, ma non per questo sono di minore importanza.

MATERIALE E METODI

Studio, elaborazione di linee-guida dalle società scientifiche. Non ci sono allo stato attuale delle nostre conoscenze linee-guida universalmente accettate, dedicate alla gestione delle infezioni da agenti patogeni con RBF ma solo diverse proposte (9-12-27-29-36).

Abbiamo quindi tentato di affrontare il problema dal punto di vista eminentemente pragmatico cercando di tracciare un percorso il più possibile definito.

Diagnosi di infezione da microrganismi resistenti:

Empirica: quando in un quadro clinico di sepsi, in cui sia stata iniziata una terapia antibatterica empirica si assista ad un peggioramento clinico:

Non esistono definizioni standardizzate di peggioramento clinico. Si può definire in peggioramento clinico quel paziente in cui si ha comparsa o persistenza di almeno uno dei seguenti segni clinici, dopo almeno 24-36 ore dall'inizio di una terapia antibatterica empirica:

- progressione dell'infezione primaria o comparsa di un nuovo focolaio di infezione, secondo una valutazione clinica e/o strumentale;
- febbre persistentemente > 39° C;
- brivido scuotente;
- ipotensione;
- tachicardia;
- dispnea/polipnea;
- segni di disfunzione d'organo (oligo-anuria, insufficienza epatica, insufficienza cardiaca, obnubilamento del sensorio; isolati o in associazione);
- emorragie inattese;
- acidosi inspiegata.

Febbre. La temperatura febbrile è



stata interpretata come una temperatura corporea rilevata al cavo ascellare $>38^{\circ}\text{C}$. Si può comunque prevedere l'inizio della terapia antibiotica nei casi seguenti:

- temperatura $>38,5^{\circ}\text{C}$ in una singola rilevazione;
- temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ in almeno due rilevazioni successive nell'arco di 12 ore.

La temperatura febbrile potrebbe non essere presente o assumere l'andamento di una serie di rialzi di temperatura discontinui, comunque non $>37,5^{\circ}\text{C}$. Il segno clinico "febbre" non deve essere sopravvalutato; l'assenza di temperatura corporea elevata, in presenza di altri segni clinici suggestivi di sepsi, non esclude una infezione anche grave in atto. Lo shock settico, può insorgere e decorrere in assenza di febbre o con ipotermia. Tuttavia la febbre è universalmente considerata segno d'infezione e comunemente ci si basa sulla sua presenza per iniziare una terapia antibiotica empirica.

Pazienti a rischio: soggetti in età neonatale o pediatrica; soggetti di età avanzata; immunocompromessi; dopo interventi di grande chirurgia; politraumi; soggetti ricoverati in terapia intensiva o in centro di rianimazione (24); soggetti con intubazione oro- o naso-tracheale, ventilati meccanicamente (25); affetti da neoplasie sistemiche od in fase avanzata; soggetti in trattamento con chemioterapia antitumorale, con neutropenia (leucociti neutrofili $<500/\mu\text{l}$ o $<1'000/\mu\text{l}$, in rapido decremento); uremici con funzione renale gravemente compromessa (clearance della creatinina $<25\text{ ml/m}^2$); soggetti in condizioni di malnutrizione, lungamente ospedalizzati; soggetti con quadri demenziali; soggetti con malattie neurologiche croniche invalidanti; soggetti con drenaggi, catetere vescicale, catetere venoso centrale (CVC). (27-14)

Condotta clinica: visita ed esame clinico quotidiano o due volte al giorno;

rilievo della temperatura due o quattro volte nelle 24 ore; rilevazione dei parametri vitali; bilancio idrico.

Valutazioni strumentali: una radiografia del torace dovrà sempre essere eseguita in caso di presenza di sintomi respiratori (dispnea, dolore toracico, tosse con o senza espettorato, insufficiente saturazione di O_2) ed è consigliabile anche a risposta negativa valutare l'opportunità di eseguire una TC ad alta risoluzione del torace, in caso di persistenza dei sintomi dopo 4-5 giorni dall'inizio dell'insorgenza, anche se comporta lo spostamento del paziente dal reparto di degenza.

Prima dell'inizio della terapia antibiotica empirica debbono essere eseguiti alcuni esami microbiologici:

- almeno 2 emocolture per germi aerobi ed anaerobi (se presente CVC, una va praticata, prelevando sangue dal catetere venoso centrale e da vena periferica). In caso di soggetti portatori di catetere a doppio lume sarà necessario eseguire una coltura da entrambi i lumi e successivamente alternare i lumi stessi.
- tampone faringeo
- urinocoltura
- coltura da qualunque sito sospetto per infezione (coprocoltura, coltura del liquido cefalo-rachidiano, coltura espettorato o liquido lavaggio bronchiale, tamponi o aspirati da lesioni cutanee, ecc.), valutando le singole situazioni cliniche.

Non vi sono evidenze sull'utilità della continuazione delle emocolture anche dopo l'inizio della terapia antibiotica. Si ritiene consigliabile proseguire le emocolture anche dopo l'inizio della terapia antibatterica, in caso di persistenza di febbre, perchè potrebbero essere l'unico modo di identificare patogeni resistenti alla terapia già iniziata e sono utili per dimostrare la risposta microbiologica in corso di sepsi. Il volume di sangue da inserire nei contenitori pronti per le ricerche

colturali vengono stabiliti in base alle indicazioni delle aziende fornitrici e non debbono essere superiori. (36) Esami di laboratorio per monitoraggio del corso della malattia:

- Tutti i parametri di laboratorio che si rendano necessari per seguire l'andamento dell'infezione nello specifico contesto clinico.
- Indici di attività flogistica: PCR, fibrinogenemia, aptoglobulinemia, emocromo con formula. Non c'è accordo sul controllo dell'attività flogistica; nel nostro centro utilizziamo i parametri esposti, con particolare attenzione alla PCR, alla conta dei leucociti ed alla formula, al fibrinogeno.

Durata della terapia:

- Da un minimo di 10 -15 di a 20-30 dì.
- Eventuali variazioni di posologia o sostituzione di antibatterici: non prima di 4-5 dì dall'inizio della terapia.
- Sospensione della terapia; dopo 48 ore dalla scomparsa della febbre o dalla normalizzazione dei sintomi, in alternativa dopo 48 h dalla normalizzazione della conta dei leucociti ($<6'000/\mu\text{l}$).

Scelta dei farmaci:

Non c'è accordo in letteratura su scelta degli antibatterici nella terapia empirica, in attesa di una identificazione del microrganismo e di un test sulla sensibilità agli antibiotici. D'altronde con le attuali metodiche microbiologiche può essere necessario attendere anche fino a 72 h. per ottenere una risposta preliminare degli esami colturali.

E' comunque necessario iniziare subito una terapia antibatterica, per non rischiare di incorrere in aggravamenti non controllabili delle condizioni cliniche.

- In caso di sospetto di infezione da Gram-neg:
-PIPERACILLINA/TAZOBACTAM 4,5 g e.v. da 3 a 4 volte al dì, o in infusione continua (I.C.)



-LEVOFLOXACINA 500 mg, e.v. 2 volte al dì o 750 mg e.v./24 h.

-CEFTAZIDIME 3 g e.v. 2 volte al dì, o I.C.

-MEROPENEM 2 g 3 volte al dì (in infusione lenta 3 h).

-VANCOMICINA 500 mg 4 volte al dì, o I.C. (4-5-6)

■ In caso di sospetto d'infezione da Gram-pos:

-CEFOTAXIME 200-300 mg/kg p.c./24 h.

-VANCOMICINA e.v., I.C. Dose di attacco: 15 mg/kg p.c./24 h., a seguire:

60 mg/Kg p.c./24 h. (La posologia va modulata su funzione renale e su vancocinemia, da valutare entrambe con cadenza periodica)

- RIFAMPICINA: 600 mg/die.

(Linee guida della Infectious Disease Society of America: IDSA 2004).

Per quanto riguarda i Gram-pos le maggiori difficoltà cliniche si presentano in caso di sepsi da selezione di ceppi di *Staphylococcus aureus*

- meticillino resistenti (MRSA)

- varianti eteroresistenti (*h-S. aureus*)

- intermedio vancomicina (VISA)

- resistente Vancomicina (VRSA)

- acquisito in comunità (CAMRSA)

Enterococchi (*E. faecalis*, *E. faecium*)

- resistenti ai β -lattamici

- resistenti Vancomicina (VRE)

- resistenti agli amino glicosidi (13-15)

Streptococcus pneumoniae resistenti alla penicillina e/o ai macrolidi.

I farmaci antibatterici in uso da più tempo per le infezioni da Gram-pos sono:

- Oxacillina

- Vancomicina

- Teicoplanina

- Cotrimoxazolo

- Rifampicina

- Minociclina

- Fluorochinoloni

- Aminoglicosidi.

Di fronte a RBF in ceppi di batteri Gram-pos, sarà necessario somministrare la terapia seguendo le indicazioni dei test di efficacia *in vitro*, somministrando i farmaci antibatterici che presentino una MIC di maggior diluizione. Nel caso in cui la sepsi fosse causata da microrganismi con spettri di resistenza estesi, si potrà valutare l'utilizzo di antibiotici di più recente introduzione:

Staphylococcus aureus

- Quinupristin/dalfopristin

- Linezolid

- Daptomicina

- Dalbavancina

- Oritavancina

- Ceftobiprole (BPR)

Enterococchi (*E. faecalis*, *E. faecium*)

- Quinupristin/Dalfopristin

- Linezolid

- Daptomicina (dati aneddotici di esperienza clinica)

- Tigeciclina

- Oritavancina

Streptococcus pneumoniae

- Vancomicina

- nuovi fluorochinoloni (Gemifloxacina)

- Telitromicina

- Linezolid

- nuove formulazioni extended release (amoxi, claritro)

- Ceftobiprole (BPR)

(18-21)

Altri provvedimenti:

Medicare giornalmente ferite o soluzioni di continuo della cute; incidere chirurgicamente ascessi, drenare raccolte di essudati, che vanno comunque campionati per esami colturali; in presenza di dispositivi medici invasivi, di drenaggi, cateteri vascolari, CVC, cateteri peritoneali, valutare eventuale sostituzione, ispezionare periodicamente le emergenze (exit-site) dei CVC e dei cateteri per dialisi peritoneale, in caso di flogosi locale valutare opportunità di esami colturali su tamponi di essudati raccolti

all'emergenza cutanea (exit-site). Per quanto attiene la gestione dei CVC per emodialisi la nostra diretta esperienza è che la prevenzione delle infezioni è in massima parte correlata ai protocolli di gestione infermieristica. Per le linee guida abbiamo fatto riferimento ai seguenti punti:

1. Igiene delle mani

2. Dispositivi di barriera completi durante l'inserzione del CVC.

3. Disinfezione della cute con clorexidina o iodo-povidone.

4. Evitare l'uso dell'accesso femorale, quando possibile, o limitarlo al tempo strettamente necessario fino a sede definitiva (giugulare o succlavia).

5. Rimuovere i cateteri non necessari (32).

Prevenzione: Prevenzione della trasmissione.

- Migliorare l'igiene delle mani

- Pulizia del materiale di suo comune

- Separazione dei pazienti infetti

- Evitare il sovraffollamento

- Decontaminazione selettiva (21-22).

Organizzazione: Approntare percorsi diagnostici e terapeutici condivisi, approntare linee guida che siano riferimento per la condotta clinica di tutti coloro che operano nel reparto.

Discutere e riesaminare criticamente i comportamenti concordati con periodicità almeno annuale. Coinvolgere nella gestione del reparto tutte le figure professionali, con riunioni anche diversificate per profili di responsabilità. Controllare e limitare i flussi d'ingresso nelle Unità operative, istituendo se necessario zone filtro.

Nel presidio ospedaliero dovrebbe essere istituito un organo di consultazione composto da un Comitato di Controllo sulle infezioni che verifichi periodicamente:

1. Approvvigionamento e consumo di farmaci chemioterapici antibatterici.

2. Dati epidemiologici, confrontando



flussi d'informazione provenienti dalle microbiologie dei laboratori analisi, con i dati desumibili da schede e rapporti di dimissione (RAD).

3. Misure igienico-organizzative.
4. Elaborazione di indirizzi d'informazione e direttive di applicazione.
5. Inchieste epidemiologiche.
6. Supporto consultivo-informativo costante a chiunque ne faccia richiesta, confrontandosi coi clinici e fornendo un adeguato supporto per la risoluzione dei vari problemi inerenti l'argomento.

Il Comitato di controllo o di sorveglianza sulle infezioni nosocomiali dovrebbe essere costituito da:

- un epidemiologo, esperto in organizzazione dei servizi ospedalieri;
- un microbiologo;
- un clinico infettivologo o esperto in farmacoterapia antibatterica;
- un dirigente infermieristico;
- un farmacista.

DISCUSSIONE

Nell'ambito delle infezioni da batteri Gram-neg. (33), Il problema della RBF vede soprattutto implicati *Pseudomonas aeruginosa*, i ceppi produttori di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL), *Acinetobacter*, in particolare *Acinetobacter baumannii* multi resistente e *Stenotrophomonas maltophilia*. (6-28-39) In risposta ai problemi clinici causati dalle infezioni da questi microrganismi si possono ricercare risposte nei nuovi antibiotici, ma è possibile anche rivalutare antimicrobici già disponibili, riutilizzando principi attivi già da tempo in uso che possono essere utilmente impiegati come Fosfomicina e Colistina. Per le infezioni da microrganismi produttori di ESBL in Italia l'EARRSS fornisce dati cd'incidenza del 10-25%. Le sepsi da germi produttori di ESBL sono correlate a fattori di rischio ben definiti: durata dell'ospedalizzazione, gravità della malattia, permanenza in

Terapie Intensive, in Rianimazione, ventilazione meccanica, catetere vescicale, CVC o arterioso (32); precedente esposizione ad antibiotici (39). Un aumento di germi ESBL produttori è correlato anche ad un maggiore impiego di Cefalosporine. Nelle sepsi da Gram-neg. la combinazione di più principi attivi da maggiori garanzie di copertura, riducendo insorgenza di RBF, inoltre può dimostrare sinergia, permettendo una terapia a dosi e tempi scalari (4). Tuttavia potrebbero insorgere altri problemi che comunque vanno considerati, quali una minor tollerabilità, costi economici maggiori o non precisamente valutabili, ridotta aderenza ai programmi terapeutici per i motivi più diversi. E' altresì fondamentale è la scelta della posologia, che dipende da vari fattori quali le condizioni cliniche, le patologie associate, l'eventuale coesistenza o l'istaurarsi di insufficienze di emuntori come l'insufficienza renale o una grave patologia epatica, condizioni cliniche frequenti nelle Unità di Terapia Intensiva. Tutti questi elementi di valutazione impongono di definire con precisione la scelta di terapie antibiotiche adeguate per le infezioni gravi in ospedale, evitando farmaci inappropriati, basando le proprie scelte su linee-guida condivise, adattate alle informazioni epidemiologiche locali, che debbono essere disponibili dalla collaborazione con epidemiologi, microbiologi, infettivologi (4). Per quanto attiene i Gram positivi, occorre considerare che sono stati introdotti di recente dalle aziende farmaceutiche una serie di nuovi principi attivi, tra i quali appare potente e ben tollerato il **Linezolid** (oxazolidinoni), nuova famiglia di antibatterici, al 100% sintetico, particolarmente attivo come batteriostatico, inibendo la sintesi proteica nel ribosoma 30-S nei Gram-neg; è altrettanto efficace su Gram-pos, inclusi i quelli resistenti a glicopeptidi. La dose consigliata è 600 mg/12 h. Viene metabolizzato nel

fegato ed eliminato a 80% dai reni. Ha presentato come effetto collaterale indesiderato trombocitopenia, reversibile alla sospensione. Effetti avversi gravi e non reversibili: neurite ottica, neuropatia periferica. Ha dimostrato netta superiorità su Vancomicina nelle polmoniti da MRSA (Methicillin-Resistant-Staphilococcus Aur.). Altri principi attivi di recente introduzione sono:

Ertapenem, nuovo carbapenemico, con elevato legame proteico che permette somministrazioni a lungo intervallo (1 g/24 h.); esplica effetto battericida inibendo sintesi della parete cellulare batterica. Ha però uno spettro d'azione limitato rispetto ai carbapenemi precedenti; non è attivo su *Enterococcus* spp, MRSA, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*. Ma ha buona attività contro enterobatteriacee ESBL (Extended-Spectrum-Beta-Lattamasi). Eliminato principalmente dai reni, necessita aggiustamento posologico in corso di insufficienza renale (filtrato glomerulare < 30 ml/m²/1,72 m²). Effetti avversi sono sintomi gastrointestinali (nausea e vomito), reversibili; convulsioni, con minor frequenza rispetto ad Imipenem. Gli studi clinici ne hanno dimostrato efficacia nelle sepsi da germi produttori di β-lattamasi a spettro esteso; è stata altresì descritta occasionalmente resistenza di alcuni ceppi batterici in corso di trattamento. Ciononostante, attualmente la resistenza crociata con altri carbapenemi appare bassa nella pratica clinica. E' stato impiegato con successo in infezioni intra-addominali; malattia infiammatoria pelvica; infezioni del piede diabetico, polmoniti comunitarie. **Tigecillina**, della famiglia delle tetraciline, semisintetica, batteriostatica per legame a sub unità 30s del ribosoma batterico; con superamento del meccanismo classico di resistenza a tetraciline. Viene impiegata con somministrazione e.v.: 100 mg dose d'attacco; 50 mg/12 h. a seguire.



Eliminata al 70% dal fegato, 30% per via renale; non necessita aggiustamenti posologici nell'insufficienza renale, ma solo nelle patologie epatiche gravi. La quota dializzabile è trascurabile. Non interagisce col citocromo P450. Principali effetti avversi sono gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea). Spettro d'azione: Gram-pos e Gram-neg ad eccezione di *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus*, *Morganella*, *Providencia* spp. Non agisce su anaerobii, batteri atipici e mycobatteri. Le indicazioni riconosciute attualmente sono: infezioni addominali e della cute e parti molli.

Daptomicina, rappresenta un'interessante e nuova classe di chemioantibatterici: è un lipopeptide, ha azione rapidamente battericida, con ampio spettro d'azione contro Gram-pos sensibili e resistenti. Non è apparentato farmacologicamente con altri gruppi di molecole antibiotiche. Esplica attività nella fase stazionaria della crescita batterica. Esplica la sua azione depolarizzando la membrana cellulare batterica ed inibendo sintesi proteica ed acidi nucleici. Non induce lisi batterica, quindi evita stimolazione di citochine ed enfasi della risposta infiammatoria. Il legame proteico è elevato (92%); la somministrazione è e.v., con una singola dose, da 4 a 6 mg/Kg p.c./24 h. Si distribuisce negli spazi intravasale ed interstiziale; l'eliminazione è renale 80%; per questo motivo necessita aggiustamento posologico, riducendo dose giornaliera per filtrato glomerulare <30 ml/m²/1,72 m². E' dializzato al 15% in 4 h. di emodialisi, ed in questa procedura terapeutica, occorre aumentare la dose tra le somministrazioni dialitiche. Non è ancora precisato l'adattamento posologico in caso di disfunzione epatica grave. Le indicazioni sono per infezioni dei tessuti molli (4 mg/Kg p.c./24 h.); endocardite batterica e batteriemie correlate (6 mg/Kg p.c./24 h.). Non può essere utilizza-

to nelle affezioni polmonari, perché viene inattivata dal surfattante alveolare, quindi è controindicata nelle polmoniti. Effetti avversi: più frequenti: gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea). Un evento avverso tipico è la miopatia che si manifesta con aumento di CPK (creatin-fosfo-kinasi), comunque reversibile (2-11-18-38).

CONCLUSIONE

I nuovi principi attivi hanno suscitato ottimismo nella lotta alle infezioni da microrganismi che presentano RBF; ma il loro impiego deve essere impostato su criteri strettamente di buon senso clinico e di buona pratica medica, come anche per i principi attivi più datati, Penicillina compresa, per evitare un impiego irrazionale, inappropriato od eccessivamente empirico, quando non addirittura controindicato e quindi dannoso. La inappropriata somministrazione di farmaci antibatterici deve essere considerata alla stregua di errore terapeutico, e dovrebbe comportare conseguente implicazione di responsabilità professionale. Un buon stratega deve conoscere bene lo spazio nel quale opera; deve saper scegliere la strategia, i collaboratori, le forze, le armi, le alleanze adatte alla battaglia contro un nemico infido, che dispone di risorse non conosciute e che è in soverchia preponderanza numerica. La sconfitta sarà inesorabile se non disponiamo di un'adeguata organizzazione, d'informazioni e delle alleanze indispensabili, a fronte di tradimenti (cattiva pratica e facilitazioni al nemico con prescrizioni "a tappeto" di antibiotici ad opera di qualcuno disinformato e superficiale). La vittoria si ottiene con la collaborazione di tutti, anche se un pizzico di fortuna non guasta...

Perché l'esperienza ci insegna che dobbiamo anche fare i conti con l'imponderabile.

Imponderabile: ci piace così definire

l'insieme delle variabili biologiche e non, numerosissime, non note ed inattese che inopinatamente modificano un percorso diagnostico e terapeutico che avevamo intrapreso e che contavamo di portare a termine.

BIBLIOGRAFIA

3. Austin DJ, Kristinsson HD, Anderson RM. The relationship between the volume of antimicrobial consumption in human communities and the frequency of resistance. *PNAS* 1999; 96(3):1152-56.
4. Barcenilla Gaites F, Jover Sáenz A, Vallverdú Vidal M, Castellana Perelló D. Nuevas opciones terapéuticas para el tratamiento de las bacterias multiresistentes en Unidades de Cuidados Intensivos. *Rev Esp Quimioter* 2008; 21(1):9-13.
5. Barger A, Schaade L, Krause G, Kramer M. Strategies for recognition, prevention and control of antimicrobial resistances in Germany- a draft from the Federal German Ministry of Health. (Abstract) *Gesundheitswesen*. 2008 Nov;70(11):631-5. *Epub* 2008 Nov 27. German.
6. Bassetti M, Repetto E. Gestione diagnostica, clinica e terapeutica delle infezioni da Gram-negativi. *Inf Med* 2008; 16(suppl.2):22-29.
7. Bassetti M, Righi E, Esposito S, Petrosillo N, Nicolini L. Drug treatment for multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* infections. *Future Microbiol.* 2008; Dec;3(6):649-60.
8. Bassetti M, Righi E, Rosso L, et al. Efficacy of the combination of levofloxacin plus ceftazidime in the treatment of hospital-acquired pneumonia in the intensive care unit. *Int J Antimicrob Agents.* 2006; Dec;28(6):582-5.
9. BIF-AIFA. XV 2008; 5(suppl. 3):4-6
10. BIF-AIFA. XV 2008; 5:193-5.
11. Bridget Giblin T, Sinkowitz-Cochran RL, et al. Clinicians' perceptions of the problem of antimicrobial resistance in health care facilities. *Arch Int Med.* 2004;164:1662-68
12. Cassell GH, Mekalanos G. Develop-

ment of antimicrobial agents in the era of new and reemerging infectious disease and increasing antibiotic resistance. *JA-MA* 2001; 285:601-05.

13. Cegelski L, Marshall G R, Eldridge G R, Hultgren S J. The biology and future prospects of antivirulence therapies. *Nat Rev Microbiol* 2008; 6: 17-27

14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidance for control of infections with carbapenem-resistant or carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in acute care facilities. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009 Apr 17;58(14):374-5.

15. D'Agata EM, Dupont-Rouzeyrol M, Magal P, Olivier D, Ruan S. The impact of the different antibiotic regimens on the emergence antimicrobial-resistant bacteria. *PLoS ONE.* 2008;3(12):4036.

16. D'Agata E, Mitchell SL. Pattern of antimicrobial use among nursing home residents with advanced dementia. *Arch Int Med* 2008; 168(4):357-62.

17. Dagan R, Barkai G, Givon-Lavi N, et al. Seasonality of antibiotic resistant *Streptococcus pneumoniae* that cause acute otitis media: a clue for an antibiotic restriction policy? *J Infect Dis* 2008; 197: 1094-102.

18. Editoriale. La resistenza agli antimicrobici oggi: momenti e prospettive d'intervento. *BIF-AIFA* 2000; 3:19-25.

19. EFSA. Scientific Opinion of the Panel on Biological Hazards on a request from the European Food Safety Authority on foodborne antimicrobial resistance as a biological hazard. *EFSA Journ* 2008; 765:1-87

20. French GL. What's new and not so new on the antimicrobial horizon?. *Clin Microbiol Infect.* 2008;14 (suppl 6):19-29

21. Gagliotti C, Buttazzi R, Capatti C, et al. Sorveglianza dell'antibiotico resistenza ed uso degli antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. *Rischio Infettivo. Dossier* 179-2009. ASSR Emilia-Romagna. Bologna 2009.

22. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Raccomandazioni del CE.. *GU-RI* 2002 n. L 034 (05/02/2002):0013 - 0016.

23. Grayson ML. The treatment triangle for staphylococcal infections. *N Engl J Med* 2006; 355(7):724-7.

24. Gupta K, Hooton TM, Stamm WE. Increasing antimicrobial resistance and the management of uncomplicated community-acquired urinary tract infections. *Ann Int Med* 2001; 135(1):41-50.

25. Hegreness M, Shoshani N, Damian D, Hartl D, Kishony Roy. Accelerated evolution of resistance in multidrug environments. *PNAS* 2008, 105(37):13977-13981.

26. Kollef MH, Fraser VJ. Antibiotic resistance in the Intensive Care Unit. *Ann Int Med* 2001 134(4):298-314.

27. Lawrence KL, Kollef MH. Antimicrobial stewardship in the intensive care unit: advances and obstacles. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009; 179(6):434-8.

28. Levy S B. The challenge of antibiotic resistance. *Sci Am* 1998; 278: 46-53

29. Mc Gowan b, Berquin C, Bennett K, Barry M. Utilisation of antibiotic therapy in community practice. *Ir Med J* 2008; Oct; 101(9):273-6.

30. Miragliotta G, Di Pierro MN, Miragliotta L, Mosca A. Antimicrobial resistance among uropathogens responsible for community-acquired urinary tract infections in an Italian community. *J Chemother.* 2008 Dec;20(6):721-7.

31. Ohlsen K, Dandekar G, Schwarz R, Dandekar T. New trend in pharmacogenomic strategies against resistance development in microbial infections. *Pharmacogenomics* 2008; 9(11):1711-23.

32. Pagani I, Gyssens IC, Huttner B, Nathwani D, Harbarth S. Navigating the Web in search of resources on antimicrobial stewardship in health care institutions. *Clin Infect Dis.* 2009; 48(5):626-32. Review.

33. Pêche JC. Antibiotic resistance is selected primarily in our patients. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1994; 15:472-7.

34. Provonost P, Needham P, Berenholtz S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006; 28; 355(26):2725-32.

35. Rahal JJ, Simberloff MS. Host defense and antimicrobial therapy in adult Gram-negative bacillary meningitis. *Ann Int Med* 1982; 96(4):468-74.

36. Raviglione MC, Espinal MA. Verso l'ottimizzazione della sorveglianza della resistenza ai farmaci antitubercolari in Europa. *Euro Surveill.* 2000;5(10):34.

37. Rossolini GM, Mantengoli E. Antimicrobial resistance in Europe and its potential impact on empirical Therapy. *Clin Microbiol Infect.* 2008;14 (suppl. 6):2-8.

38. Samore MH, Bateman K, Alder SC, et al. Clinical decision support and appropriateness of antimicrobial prescribing. *JAMA* 2005;294:2305-14.

39. Schwaber MJ, Carmeli Y. The effect of antimicrobial resistance on patient outcomes: importance of proper evaluation of appropriate therapy. *Crit Care.* 2009 Jan 12;13(1):106.

40. Song JH. What's new on the antimicrobial horizon? *Int J Antimicrob Agents.* 2008;32 (suppl 4):S207-13. Review.

41. Souli M, Galani I, Giamarellou H. Emergence in extensively drug-resistant and pandrug-resistant Gram-negative bacilli in Europe. *Euro Surveill* 2008; 13(47):19045.

42. Spellberg B, Guidos R, Gilbert D, et al. The epidemic of antibiotic-resistant infections: a call to action for the medical community from The Infectious Disease Society of America. *Clin Infect Dis* 2008; 46:155-64.

43. Sundsfjord A, Sunde M. Antimicrobial resistance after antibiotic use in animals. Impact on human health. (Abstract) *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2008 Nov 6;128(21):2457-61. Review. Norwegian.

44. WHO/IUATLD Global Working Group on Antimicrobial Drug Resistance Surveillance. Guidelines for surveillance of drug resistance in tuberculosis, 1997. Geneva: WHO, 1997. WHO/TB/96.216.



Cisa Sistemi di Sterilizzazione: *Qualità, Affidabilità, Sicurezza, Assistenza, Bassi costi di gestione.*

Studio, ricerca e sviluppo di tecnologie innovative, sono solo alcuni dei principi che CISA segue da sempre nella produzione delle proprie apparecchiature, comprendenti tra le altre unità di lavaggio, disinfezione e sterilizzazione fino ad arrivare ai più avanzati software di gestione, tracciabilità e controllo e dei prodotti.

Le apparecchiature CISA, al fine di garantire sempre la massima sicurezza, sono progettate in conformità con i più sofisticati metodi di controllo per la sicurezza: tutte le apparecchiature, controllate interamente da sistemi a logica programmabile per la gestione dei cicli, sono provviste di un sistema di autodiagnosi e monitoraggio.

Le soluzioni tecniche studiate sulle macchine prodotte sono tali da consentire un alto risparmio energetico: con Aquazero, l'ultimo sistema all'avanguardia brevettato da CISA, i consumi d'acqua per un ciclo di sterilizzazione saranno ridotti di oltre il 90%, di oltre il 75% quelli energetici.

CISA, attraverso un'assistenza tecnica (pre e post vendita) capillare ed altamente specializzata, garantisce che le proprie apparecchiature forniscano le migliori prestazioni, in qualsiasi luogo del mondo esse vengano installate.

Sterilizzatrici a gas Plasma



Autoclavi e Termodisinfettori



Sistemi trattamento Endoscopi



Lavaccessori e Arredi



Centrali di Sterilizzazione



Assistenza Clienti



Software



In Prima Linea nella Biosicurezza

TriGene
ADVANCE

Un grande passo in avanti nella
Disinfezione



La Nuova Tecnologia della Disinfezione
In Nanoparticelle



Disinfettanti tradizionali
LIMITATA PENETRAZIONE



TriGene ADVANCE
LARGA PENETRAZIONE

- Sporicida
- Micobattericida
- Virucida
- Battericida
- Fungicida
- Denatura DNA/RNA

- Non Pericoloso
- Nessun vapore nocivo
- Biodegradabile
- Non irritante
- Non corrosivo
- Pulisce e Disinfetta

BSS
BioSafety
Solutions



Importatore per l'Italia:
BSS S.a.s. Via G. Marconi, 110 - Veduggio (TV)
Tel. +39 0423 401147 Fax +39 0423 709236
email: info@bssonline.it web: www.bssonline.it

PeraScope



Soluzione Sterilizzante per Endoscopi
Solo 2 MINUTI di Contatto

- Efficace in **2 minuti** contro spore micobatteri, virus, funghi e batteri
- La soluzione ha una durata di **7giorni / 70 cicli**
- Efficacia verificabile con test strip
- Formulazione unica di Acido Peracetico che non contiene acido acetico
- Soluzione d'uso facilmente preparabile con 2 contenitori separati
- Compatibilità approvata da:
Produttori di endoscopi:
Olympus, Pentax, Fujinon, Richard Wolf, Phillips
Produttori di macchinari:
Labcaire, Minntech, PFE, AFOS, Bioquill
- Costi chiari ed effettivi
- Prontamente biodegradabile
- Non tossico, formulazione a basso rischio

L'ospedale per intensità di cure: lo stato dell'arte in Italia

Riassunto

Partendo dal dibattito sul modello di Ospedale degli anni 90 e dal "Nuovo modello di Ospedale" contenuto nel Decreto Ministeriale 12 Dicembre 2000, gli Autori fanno il punto sull'attuale sviluppo del modello dell'Ospedale per intensità di cure in Italia.

Secondo l'opinione degli Autori, i concetti base del nuovo modello e i contenuti innovativi dello stesso portano a definire l'Ospedale per intensità di cura non un semplice accorpamento di reparti con degenze uniche, ma come una modalità organizzativa che riprogetta l'attività per processi e che supera i reparti aggregando i posti letto per aree omogenee suddivise per intensità di cura, ponendo al centro dell'attenzione il bisogno del paziente.

Vengono quindi esaminati gli atti di programmazione regionali per identificare quali Regioni abbiano già impostato il nuovo modello organizzativo; sono quindi analizzate alcune delle esperienze aziendali, rilevabili dalla letteratura e dai siti aziendali, di riorganizzazione dell'Ospedale parzialmente o totalmente sul modello per intensità di cure.

Delle esperienze identificate vengono esaminati sia gli aspetti positivi che confermano i presupposti teorici alla base del nuovo modello di organizzazione, sia le problematiche aperte con le possibili soluzioni utili per le Aziende che si accingono ad adottare il nuovo modello organizzativo.

Infine vengono fornite, partendo dalle esperienze consolidate, alcune indicazioni metodologiche che hanno facilitato il cambiamento organizzativo e che pur applicate in un contesto specifico, appaiono implementabili anche in altre realtà.

go della speranza, della guarigione, della cura, dell'accoglienza e della serenità.

Nel sistema a rete il nuovo modello di Ospedale si deve caratterizzare per il trattamento dei pazienti acuti, per l'alta tecnologia e l'alta assistenza.

I principi informatori del "Nuovo modello di Ospedale" sono stati condensati in un decalogo (**tabella 1**), che comprende sia aspetti tecnico-gestionali sia aspetti relativi al benessere ed al comfort.

Particolarmente significativi, per ciò che riguarda le scelte sull'articolazione interna dell'Ospedale, sono i principi dell'organizzazione e dell'appropriatezza.

Il principio "organizzazione" si esprime come efficienza, efficacia e benessere percepito; viene richiesto il superamento delle suddivisioni funzionali per dare spazio a una organizzazione per processi, considerato che il paziente compie all'interno dell'organizzazione ospedaliera un percorso "orizzontale" attraversando nel corso del trattamento una serie spesso molto articolata di unità operative diverse.

È sicuramente il modello dipartimentale, se ben attuato, il più funzionale ad una organizzazione per processi permettendo l'integrazione delle professionalità e delle tecnologie nell'ottica del percorso del paziente.

Nel Documento sono indicate alcune esemplificazioni organizzative quali la concentrazione degli studi medici, sale riunioni per favorire l'attività interdisciplinare, aree di degenza flessibili ed intercambiabili utilizzabili da diverse unità operative per differenti specialità, contiguità dei servizi interrelati nei processi di cura.

Francesca Casassa*, **Francesco Garufi****, **Franco Ripa*****

*Direzione Sanitaria Aziendale ASL TO 5 Torino

**Direzione Medica Ospedale Unico Plurisede ASL VCO Verbania

***S.C. Programmazione e Controllo di Gestione ASL TO 4 Chivasso

INTRODUZIONE

Per inquadrare e definire lo stato dell'arte del modello dell' "Ospedale per intensità di cura" in Italia, è utile partire dal dibattito degli anni '80 e '90 sulle modalità di organizzazione del sistema sanitario (16) e dal modello di Ospedale per il terzo millennio elaborato dalla Commissione Ministeriale di Studio presieduta dall'allora Ministro della Sanità Veronesi, che ha portato al "Nuovo modello di Ospedale" contenuto nel Decreto Ministeriale 12 di-

cembre 2000.(4)

Il modello si inserisce su una ipotesi di riorganizzazione del sistema sanitario più centrato sul paziente-utente e sui suoi bisogni e cioè "cittadino centrico"; il sistema deve essere organizzato "a rete"; in maniera tale che ogni soggetto agendo con pari dignità all'interno dello stesso si faccia carico di specifiche prestazioni in collegamento e collaborazione con gli altri soggetti erogatori. Il nuovo Ospedale deve essere un luogo a misura d'uomo, centrato sulla persona e sulle sue esigenze, lu-

**PAROLE CHIAVE:**

Intensità di cura, legislazione italiana ed esperienze aziendali, metodologia

Tabella 1. Principi informatori del “Nuovo modello di Ospedale” D.M. 12.12.2000

UMANIZZAZIONE	Centralità della persona
URBANITA'	Integrazione con il territorio e la città
SOCIALITA'	Appartenenza e solidarietà
ORGANIZZAZIONE	Efficacia, efficienza e benessere percepito
INTERATTIVITA'	Completezza e continuità assistenziale
APPROPRIATEZZA	Correttezza delle cure e dell'uso delle risorse
AFFIDABILITA'	Sicurezza e tranquillità
INNOVAZIONE	Rinnovamento diagnostico, terapeutico., tecnologico, informatico
RICERCA	Impulso all'approfondimento intellettuale e clinico scientifico
FORMAZIONE	Aggiornamento professionale e culturale

Il principio dell'appropriatezza, in particolare organizzativa, si esprime come correttezza delle cure e dell'utilizzo delle risorse; le cure devono rispondere alle reali esigenze del paziente ed è necessario perseguire il corretto utilizzo delle risorse del processo di diagnosi e cura evitando il trattamento di un paziente in livelli organizzativi più impegnativi rispetto al bisogno ovvero effettuando prestazioni che richiedono livelli di cura maggiori in organizzazioni inadeguate.

In un tale modello il criterio di riferimento per il dimensionamento dell'attività è rappresentato non dal posto letto, ma dal numero delle prestazioni erogabili ovvero dalla capacità diagnostica e terapeutica del sistema.

Da quanto sopra derivano tipologie diversificate di degenze, in correlazione con l'intensità delle cure necessarie allo specifico processo clinico:

- terapia intensiva (intensive care)
- degenza ad alto grado di assistenza di breve durata (high care)
- degenze diurne (day hospital)
- degenza a basso grado di assistenza (low care)
- ospitalità di tipo alberghiero per malati autosufficienti che non hanno necessità di degenza ma che per motivi di logistici e di opportunità sono ospitati in un albergo annesso all'Ospedale.

DEFINIZIONE (7) (15)

Dalle premesse è possibile pervenire ad una definizione per *l'Ospedale per intensità di cura*; con questo termine si deve intendere un modello organizzativo ed assistenziale dell'Ospedale concepito per evolvere dalla cura della malattia dell'individuo alla presa in carico globale dei problemi di salute,

strutturato per aree di pazienti con un fabbisogno assistenziale omogeneo secondo un ordine di intensità del bisogno.

Graduare l'intensità di cura per ogni paziente significa rispondere in modo appropriato per tecnologie, competenze, quantità e qualità del personale assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica e complessità assistenziale.

L'Ospedale per intensità di cura non è un semplice accorpamento di reparti con degenze uniche, ma bensì una modalità organizzativa che riorganizza l'attività per processi, che supera i reparti aggregando i posti letto per aree omogenee suddivise per intensità di cura, ponendo al centro dell'attenzione il bisogno del paziente.

LA SITUAZIONE IN ITALIA

In tal senso si è proceduto in primo luogo ad esaminare gli atti di programmazione prodotti dalle Regioni negli anni recenti, per individuare specifici riferimenti all'Ospedale per intensità di cura. In particolare sono stati esaminati i Piani Sanitari Regionali già emanati e, per alcune Regioni, le proposte di Piano Sanitario Regionale.

Dall'esame effettuato è emerso che un numero limitato di Regioni ha adottato negli atti di programmazione il modello dell'Ospedale per intensità di cura quale logica regionale.

Va aggiunto che in quasi tutti gli atti regionali esaminati viene indicata la necessità di rivedere il modello organizzativo interno degli ospedali nella logica del “decalogo” prima citato.

Oltre alla documentazione “ufficiale” delle Regioni, sono state riscontrate in letteratura numerose esperienze di organizzazione per intensità di cure a livello aziendale che interessano alcune Regioni, anche quelle nelle quali non si sono specificatamente emanati provvedimenti legislativi sull'argomento. Queste esperienze costituiscono un utile elemento di valutazione della reale fattibilità ed efficacia del model-



lo, ma anche una importante fonte di analisi delle criticità e delle possibili soluzioni da mettere in atto per superare le criticità medesime.

PIANI SANITARI REGIONALI

(24) (25)

Regione Abruzzo

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2008-2010 individua come priorità la necessità di garantire le attività di cura e assistenza in modo più efficace e più efficiente, dando centralità ai bisogni globali dei pazienti.

Ritiene per questo necessarie profonde innovazioni del sistema organizzativo e dei suoi meccanismi di funzionamento, vista la tendenza storica alla compartimentazione ed alla autoreferenzialità.

Viene quindi data centralità a:

- la creazione di reti integrate
- l'espansione del lavoro di rete anche verso ambiti non sanitari
- la continuità dell'assistenza in una logica riorganizzativa per processi di erogazione dell'assistenza.
- le cure progressive a la complessità assistenziale.

Il PSR prevede una riorganizzazione dei servizi, dei presidi ospedalieri e delle strutture residenziali non ospedaliere basata sul concetto delle cure progressive; individua nelle aree di degenza e servizi almeno quattro livelli di complessità:

- a bassa complessità assistenziale
- a media complessità assistenziale
- ad alta complessità assistenziale
- di assistenza intensiva.

Viene dichiarato che tale modello organizzativo porta al superamento dell'articolazione per unità operativa ed all'attribuzione di diversi indici di risorse professionali e di operatori di assistenza in relazione al livello, tenuto conto comunque della necessità di valorizzare le risorse umane e professionali. Lo strumento fondamentale per il processo di rinnovamento è rappresentato dai percorsi assistenziali, per

la cui costruzione vengono identificate regole ben precise.

Regione Marche

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2007-2009 identifica tra gli elementi di forza la necessità della ridefinizione delle logiche di funzionamento dell'organizzazione ospedaliera sugli aspetti dell'Ospedale per intensità di cura, durata di degenza e modalità di accesso

Il modello per livelli ed intensità di cura viene considerato un'evoluzione del sistema tradizionale basato sul reparto monodisciplinare, spostando la centratura dell'organizzazione sul bisogno assistenziale del paziente; le aree di degenza su differenti livelli assistenziali soddisfano le necessità del paziente acuto caratterizzato spesso da comorbidità, garantiscono una qualità assistenziale adeguata e necessaria flessibilità nell'utilizzo degli spazi di degenza in relazione alla dinamica della domanda.

Viene ancora evidenziato che tale modello garantisce l'integrazione dell'attività dipartimentale negli ambiti specialistici affini e permette una maggiore integrazione delle équipe professionali e una univoca individuazione del responsabile del caso; con un tale modello si realizza una forte tensione verso la professionalizzazione dell'assistenza infermieristica e la integrazione multispecialistica della componente medica, con un ritorno in termini di sicurezza per il paziente. Vengono anche fornite alcune regole comportamentali per il raggiungimento del successo nella riorganizzazione ed in particolare la necessità della gradualità di sviluppo del processo al fine di consentire la definizione di protocolli operativi condivisi tra i professionisti, ivi compresi l'individuazione del medico responsabile del caso, la corretta comunicazione all'utenza del modello e l'avvio dell'attività di auditing.

Nella definizione delle strategie e delle linee di intervento da mettere in atto, la

riorganizzazione per intensità di cura viene inserita all'interno del modello di sviluppo sistemico, che prevede una riprogettazione del sistema ospedaliero regionale basata su:

- logica del sistema reticolare dell'assistenza ospedaliera
- rete delle strutture articolate in aree di degenza distinte per intensità assistenziale e strumenti organizzativi flessibili
- governo del sistema delle reti cliniche nei dipartimenti e del sistema ospedaliero da parte delle direzioni mediche di presidio in coordinamento con il dipartimento delle professioni
- sviluppo delle alte specialità secondo il modello dell'hub and spoke
- logica dell'Ospedale "esteso" e cioè allargato allo studio medico, ai centri diagnostici territoriali fino al domicilio del paziente attraverso le tecnologie innovative e l'integrazione con i servizi domiciliari e di gestione a distanza dei pazienti.

Regione Molise

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2008-2009 enuncia quale modalità di riprogrammazione della rete ospedaliera regionale lo sviluppo dell'organizzazione ospedaliera secondo logiche orientate ai processi e ai differenti gradi di intensità di cura, da inserirsi all'interno del piano di rientro. Nel PSR medesimo vengono fornite le linee operative per determinare il fabbisogno di posti letto teorici, l'articolazione della capacità produttiva dei singoli presidi e quindi la successiva definizione del fabbisogno di équipe professionali nel nuovo modello organizzativo.

Attraverso tale percorso metodologico si ritiene di poter garantire il perseguimento di tre risultati:

- la qualificazione delle équipe professionali
- l'efficienza gestionale dei singoli presidi mediante la organizzazione per dipartimenti ed intensità di cura



- la periferizzazione dell'assistenza ospedaliera.

Regione Liguria

La proposta di Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2009-2011 contiene un capitolo sul modello di Ospedale "moderno".

Questo Ospedale deve poter rispondere con la migliore efficienza alle varie esigenze della acuzie ed essere strutturato secondo modelli ad intensità di cure, con il superamento delle rigidità legate alle vecchie "divisioni", mantenendo ben chiari per gli utenti e per gli operatori i livelli e l'individuazione dei responsabili dei vari momenti diagnostici e terapeutici; nel contempo l'Ospedale deve garantire la percezione da parte dell'utenza della presa in carico delle loro problematiche.

Le aree di degenza possono essere suddivise a grandi linee tra degenze di area internistica e quelle di area chirurgica, entrambe strutturate per intensità di cure (semintensiva, cure intermedie, riabilitazione) e collegate tra loro attraverso il sistema di emergenza-urgenza al cui interno si inseriscono i letti di terapia intensiva. Le aree chirurgiche devono prevedere lo sviluppo del day surgery multidisciplinare. In questo modello si debbono individuare le figure dei responsabili della continuità dei percorsi dei pazienti. Gli specialisti, tra loro coordinati, debbono dare risposte agli utenti nelle varie aree di intensità fino al momento del riaffidamento degli stessi ai servizi territoriali ed ai medici di medicina generale. Si deve garantire l'approccio alla persona come un'entità unica e non come un insieme di organi ed apparati. Esiste comunque un atto regionale, la Delibera di Giunta Regionale n. 945 dell'1 agosto 2008, che detta le regole per l'organizzazione dipartimentale; per ciò che riguarda le modalità di aggregazione delle strutture di dipartimento si ritiene che debbano essere individuate delle metodologie organizzative

e gestionali atte utili a dare risposte cliniche unitarie, tempestive, razionali e complete con l'obiettivo di razionalizzare l'attività aziendale; tra queste viene indicata l'aggregazione per intensità di cura.

Regione Lazio

Anche la proposta di Piano Sanitario Regionale (PSR) 2009-2011 della Regione Lazio esprime l'esigenza di favorire il superamento del sistema di cura incentrato sulle tradizionali discipline mediche e di evolvere verso un'organizzazione flessibile dell'assistenza, che garantisca una presa in carico globale del paziente oltrepassando l'approccio clinico d'organo considerato eccessivamente riduzionista.

Ne deriva la scelta del modello dell'Ospedale organizzato per intensità di cura quale risposta sia ai bisogni assistenziali di pazienti sempre più anziani e con pluripatologie, sia alla necessaria integrazione multidisciplinare per processi.

Al centro dell'organizzazione assistenziale è il paziente intorno al quale ruotano le diverse specialità, secondo un approccio integrato e multidisciplinare; ciò a vantaggio di una maggiore appropriatezza dei servizi, un minore rischio iatrogenico oltre ad un elevato livello di umanizzazione. Inoltre questo modello è funzionale allo sviluppo ed utilizzo dei percorsi clinici integrati.

Regione Umbria

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2003-2005 individua quale innovazione degli assetti organizzativi generali del Servizio Sanitario Regionale la diversificazione della rete ospedaliera in base ai reali bisogni di assistenza; in particolare vengono individuati come obiettivi l'applicazione e lo sviluppo di modelli organizzativi, innovativi in grado di migliorare l'efficienza operativa delle strutture.

Tra questi modelli per l'attività programmata in area chirurgica vengono individuati i criteri della gradualità delle

cure e dell'intensità terapeutica, diversificando il flusso dei pazienti chirurgici all'interno delle diverse modalità assistenziali

Tale modello può consentire:

- una maggiore appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario
- una ridotta incidenza delle infezioni nosocomiali
- il potenziamento della deospedalizzazione con la conseguente diminuzione della degenza preintervento
- la riduzione dei posti letto mantenendo inalterato il regime di attività
- lo sviluppo di tecniche chirurgiche mini invasive più efficienti, gravate da minori complicanze, minore permanenza in Ospedale e migliori risultati
- l'incremento dell'efficienza operativa e gestionale
- la liberazione di risorse per l'assistenza intensiva postoperatoria per i pazienti affetti da patologie maggiormente impegnative.

Per l'area medica viene identificata l'attività di day service, oltre che di day hospital, quale elemento significativo riorganizzativo.

Con il Piano Sanitario Regionale 2009-2011 sono individuati quali elementi fondanti del nuovo sistema sanitario regionale per la parte delle cure il potenziamento delle cure intermedie, l'organizzazione delle reti cliniche ad integrazione verticale (hub e spoke), ad integrazione orizzontale (rete delle cure materno infantili, chirurgiche) ed i centri di riferimento clinico assistenziali.

Per ciò che riguarda il modello organizzativo interno, viene richiesta la revisione e/o la riconfigurazione dell'organizzazione dipartimentale con raggruppamenti delle attività secondo la severità dei casi e il percorso assistenziale del paziente piuttosto che per specialità in modo tale che le UU.OO. vengano raggruppate in area critica, acuti, post intensivi e assistenza ambulatoriale.



Tabella 2. Alcune delle esperienze nelle aziende sanitarie

Attivazione del modello sul presidio ospedaliero o soltanto per alcune aree	Ospedale Morgagni-Pierantoni AUSL Forlì, (1) (14) (23) Ospedale S. Giovanni Battista AUSL 3 Foligno (1) (18) Osped.le Pontedera USL 5 Pisa (1) Ospedale della Versilia USL 11 Viareggio (2) AUSL 6 Livorno (11) AO Lecco (5) ASL Biella (17) Ospedale Pescia Azienda Ospedaliera Univ. Careggi (22) ASL 9 Grosseto AUSL Imola AUSL Bologna Ospedale Maggiore
Medico tutor	AO Reggio Emilia (20) AUSL 3 Foligno (10)
Esperienza di unità assistenziali a gestione infermieristica	AUSL Rimini (8)
Progettazione dell'Ospedale secondo il nuovo modello	Ospedale Comprensoriale Gubbio-Gualdo Tadino Ospedale Mondovì ASL CN 1 (21) Ospedale Galliera Genova AUSL 11 Empoli Ospedale di Jesi

Regione Toscana

Già nel 2004 la Regione ha prodotto le linee guida per l'organizzazione dei nuovi Ospedali. Indicazioni sono contenute anche nel Piano Sanitario Regionale 2005-2007. Con questi documenti si sono poste le basi del progetto "Ospedali per intensità di cura", che mira a favorire un approccio multidisciplinare centrato sul malato e a superare una visione "d'organo" che il reparto monodisciplinare tende ad esprimere.

La legge regionale n. 40/2005 che regola il sistema sanitario regionale afferma che "l'Ospedale deve essere visto come una risorsa da usare solo quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario e deve essere ideato ponendo al centro l'utente con la sua esigenza di cura ed i suoi bisogni di assistenza"; la stessa legge all'art. 68 esprime l'auspicio della "strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali,

l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica".

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2008-2010 completa la produzione normativa sull'Ospedale per Intensità di cura da parte delle Regione Toscana. In particolare viene compiutamente individuato il modello, viene ridefinito il ruolo dei piccoli ospedali e la necessità per il sistema del pieno funzionamento della "continuità assistenziale". La sperimentazione del modello di organizzazione per intensità di cura nel periodo di vigenza del piano viene esteso ad ogni Azienda Sanitaria, in modo da verificarne l'efficacia.

Riportiamo di seguito alcuni stralci del PSR 2008-2010, che ben sintetizzano il modello toscano dell'Ospedale per intensità di cura.

"L'Ospedale organizzato per intensità di cure, strutturato per aree in base

ad un fabbisogno assistenziale omogeneo secondo un ordine di complessità, definisce un nuovo paradigma del concetto di cura: in questo modello l'unitarietà delle componenti cliniche ed assistenziali, concetto di cura, è solo funzionale; il bisogno di assistenza si separa, secondo un parametro di intensità, dal legame tradizionalmente univoco con il percorso clinico e le responsabilità cliniche si scindono da quelle gestionali..... Con il nuovo modello ogni presidio ospedaliero di medie dimensioni ha la possibilità di rispondere in maniera flessibile e personalizzata ai cittadini graduando l'intensità delle cure, cioè commisurando le risorse (posti letto, assistenza infermieristica, tecnologie) verso quella popolazione di pazienti caratterizzati da più elevati livelli di complessità clinico assistenziale, utilizzando in maniera congiunta tra più strutture le diverse tipologie di assistenza. In questo modello il personale infermieristico



è chiamato a non lavorare più per compiti ma per funzioni ed a svolgere un importante ruolo di cerniera per rendere possibile le integrazioni e la condivisione dei processi tra le diverse specialità, con una ricaduta positiva sulla qualità dell'assistenza fornita al paziente.

I livelli previsti in base all'intensità delle cure sono:

- livello intensità 1: degenze di tipo intensivo e semi-intensivo
- livello intensità 2: degenze per acuti
- livello intensità 3: degenze per post acuti.

Vi è poi una ampia e separata area di prestazioni ambulatoriali e diurne.

Il modello poggia su un ruolo importante di filtro del Dipartimento di Emergenza e Urgenza.

Per ciò che riguarda la continuità assistenziale, la stessa deve essere perseguita sia nei percorsi interni sia nei rapporti con il territorio; non può essere lasciata al singolo operatore, ma deve essere un requisito di sistema.

Per garantire la continuità è necessario implementare specifici strumenti a livello ospedaliero quali la cartella clinica unica ed informatizzata, i protocolli di comunicazione ed il loro monitoraggio, il monitoraggio sui percorsi polispecialistici, la cultura della comunicazione con il malato, la famiglia e il medico di medicina generale.

All'esterno dell'Ospedale il Territorio deve essere in grado di gestire la cronicità con percorsi assistenziali specifici, basati sul "disease management" e costruiti insieme al personale ospedaliero. Per ciò che riguarda l'aspetto della "presa in carico" molto sentito dai pazienti, il PSR insiste sul "medico di riferimento" o medico tutor; questa figura stabilisce e supervisiona il piano delle cure ed il percorso del paziente, integrando tutte le funzioni specialistiche svolte dai colleghi e ponendosi in modo proattivo sin dal primo giorno di ricovero e fino alla dimissione quale garante della continuità delle cure.

ESPERIENZE AZIENDALI

Nei siti delle Aziende Sanitarie ed in letteratura sono presenti numerosi esempi di esperienze di organizzazione per intensità di cura nelle Aziende Sanitarie italiane. Va anche precisato che un tale modello, anche se con proprie specificità, è spesso presente all'interno delle strutture private.

Nella **tabella 2** vengono segnalate alcune esperienze sviluppate nel settore pubblico senza con ciò pretendere l'eshaustività, rimandando alla bibliografia gli eventuali approfondimenti per chi fosse interessato. Si precisa che le esperienze individuate vengono classificate in relazione agli aspetti più significativi dell'organizzazione per intensità di cura che emergono dalla esperienza.

DISCUSSIONE

Dall'esame delle varie esperienze emergono alcune peculiarità dei modelli; in particolare si evidenzia l'esperienza di progettazione del nuovo Ospedale Galliera di Genova, dove al modello per intensità di cura viene applicato il metodo "lean", che permette di ottimizzare i flussi dei pazienti all'interno dell'Ospedale. (12) (17)

Si rileva inoltre nella maggior parte di queste esperienze il ruolo fondamentale svolto dalle direzioni mediche di presidio, di supporto e di indirizzo finalizzato a consolidare le relazioni funzionali tra le responsabilità cliniche ed organizzative nell'ottica del miglioramento della qualità dell'assistenza. Emergono anche gli aspetti positivi del modello organizzativo, che confermano i presupposti teorici nonché alcune criticità comuni nella messa in atto del modello stesso; contestualmente sono rilevabili delle possibili soluzioni o proposte di mediazione sulle situazioni più critiche.

Aspetti positivi

Numerosi sono gli aspetti positivi che emergono dalle esperienze messe in

atto, che danno ragione ai sostenitori del cambiamento viste anche le ricadute sul complesso dell'Azienda. In particolare si evidenziano:

- l'avvio di un processo di diffusione di una nuova cultura clinica e gestionale, improntata al superamento delle logiche specialistiche ed all'orientamento ad una maggiore integrazione organizzativa nella prospettiva dei processi assistenziali e dell'intensità di cura
- la possibilità di ampliare e approfondire il dibattito culturale sulla professione infermieristica
- la sperimentazione di un organigramma basato su rapporti di tipo prevalentemente funzionale anziché gerarchico, che consentono di affrontare i problemi per processi assistenziali
- la logica di un modello organizzativo basato sull'integrazione interprofessionale e multidisciplinare, secondo la logica del case management
- l'aumento della collaborazione tra la componente medica e chirurgica, anche mediante la creazione di team interfunzionali per il trattamento di patologie omogenee
- la restituzione all'internista ospedaliero del ruolo centrale nella gestione delle situazioni cliniche più complesse
- una maggiore sicurezza per il paziente
- il recupero di efficienza (diminuzione ricoveri ordinari e degenza media; incremento tasso di occupazione, di operatività, peso medio, indice di rotazione).

Problematiche aperte e possibili soluzioni

Ad oggi il modello non è generalizzato sul territorio nazionale; ciò sia per motivi "culturali" sia per la vetustà degli ospedali italiani, che pone delle difficoltà alla riorganizzazione per intensità di cura legati in modo particolare ai vincoli strutturali; infatti il modello per intensità di cura è tanto più applicabile



quanto più l'Ospedale è progettato secondo i criteri del decalogo già citato e, comunque, con la possibilità di gestione "flessibile" degli spazi.

Alcuni interessanti elementi di riflessione su aspetti problematici si possono trarre dal Documento sottoscritto da numerose Società Scientifiche di area medica e chirurgica all'inizio del 2008 in Toscana (3) (6) (9), sulla base delle esperienze in atto in quella Regione; da questo Documento si rilevano alcune considerazioni degne di attenzione:

- Si riscontra da parte dei sanitari una certa diffidenza nei confronti del modello dell'Ospedale per intensità di cure, dipendente dal fatto che ritengono di non venire sufficientemente consultati e temendo quindi di vedersi imporre soluzioni precostituite.
- In altre esperienze lo specialista vive il disagio di non avere più la propria équipe infermieristica e la "proprietà" del posto letto, nonché ha paura di perdere il controllo clinico del paziente. Altro elemento è rappresentato dalla gestione clinica del paziente e dal ruolo del medico di riferimento o medico tutor; a questo proposito viene chiesto alla Regione che la gestione clinica del paziente spetti alla struttura organizzativa professionale che si assume la responsabilità della presa in carico e della gestione complessiva del paziente; questa struttura deve sempre essere identificabile durante la degenza anche in caso di percorsi polispecialistici. Per quanto riguarda il medico tutor, le Società Scientifiche ritengono che questa figura non possa essere a costo zero e debba essere compatibile con l'organizzazione complessiva della struttura di appartenenza ad esempio nella ripartizione dei carichi di lavoro; il ruolo di tutor deve essere assegnato dal Direttore della struttura tenendo conto dell'esigenza di valorizzare la professionalità di

ogni medico e il tutor non può essere concepito come una figura monocratica svincolata dal parere dei colleghi. Tra le società scientifiche toscane vi è la convinzione della necessità di una ulteriore sperimentazione a livello regionale del modello per giungere all'evidenza della reale efficacia; ciò per identificare modelli di intensità di cura che non siano unicamente focalizzati sul risparmio di risorse; si sostiene comunque la necessità di un coinvolgimento dei clinici in tutte le fasi di elaborazione che precedono l'implementazione del modello.

Altri elementi di riflessione si rilevano dal Documento dell'anno 2007 dal titolo "30 Tesi sull'Ospedale per Intensità di cure"; del Laboratorio Management e Sanità Scuola Sant'Anna di Pisa insieme alle AUSL 3,4 e 11 toscane. (13)

In questo Documento, a proposito del "Livello di Intensità 2 - Degenze per acuti" previsto nel modello toscano, viene segnalato che in esso confluisce gran parte della casistica con notevole differenza di complessità sia clinica che assistenziale. Vengono quindi ipotizzate delle possibili soluzioni organizzative per ridurre questa forte variabilità all'interno del livello, quali:

- individuazione di moduli a diversa intensità
- layout per patologia (ictus, scompenso, ecc.)
- appropriate erogazione dell'assistenza.

Bisogna comunque nella scelta tener conto che è esigenza del paziente e dell'organizzazione ridurre al minimo gli spostamenti interni.

In altre esperienze viene evidenziata la criticità rappresentata dalla coesistenza di più professionisti di diverse discipline in un medesimo setting assistenziale e la necessità del coordinamento interprofessionale tra questi; ad esempio nel modello per intensità di cura il cosiddetto "giro medico";

pur rappresentando un momento di scambio e confronto tra le professioni, diventa critico nel caso di assegnazione di letti limitrofi a specialità diverse; potrebbe essere utile in tal caso l'utilizzo di briefing giornalieri a livello di setting, limitando la necessità della presenza contemporanea di più professionisti nei casi più complessi. Altro spunto di riflessione è la nuova modalità richiesta di cooperazione tra personale infermieristico e personale medico; non viene messa in discussione dal medico l'autonomia professionale dell'infermiere e questa deve far parte di un lavoro di squadra; le Società Scientifiche toscane a tal proposito nel Documento già citato raccomandano l'applicazione comunque di un modello di embricazione, almeno parziale, dell'équipe medico infermieristica quale pool specialistico per garantire adeguati livelli di assistenza.

Per ciò che riguarda l'assistenza infermieristica, si è già visto che il nuovo modello per intensità di cura richiede di lavorare per funzioni e non più per singoli compiti e la capacità di trattare un più ampio case-mix di patologie.

E' necessario quindi un intervento formativo sul personale finalizzato alla attività da svolgersi, valutato in modo compiuto il debito formativo dei professionisti; una proposta operativa già messa in atto in alcune esperienze è quella di avere anche un infermiere tutor, con competenze tali da divenire referente per il paziente durante il suo percorso di cura.

CONCLUSIONI

In conclusione, dalla lettura delle esperienze maggiormente consolidate e che hanno raggiunto positivi risultati si possono trarre alcune indicazioni metodologiche che, pur applicate in un contesto specifico, hanno facilitato il cambiamento organizzativo e che appaiono implementabili anche



in altre realtà:

- il continuo coinvolgimento di tutti i professionisti sin dalle prime fasi della progettazione attraverso momenti di incontro, di confronto e formazione per garantire (come avvenuto) la piena disponibilità degli stessi al cambiamento
- l'evidenza che le soluzioni tecnico logistiche adottate sono comunque subalterne e funzionali alle esigenze dei professionisti e dei pazienti
- il monitoraggio in itinere del cambiamento, con l'individuazione di indicatori semplici ma capaci di descrivere la realtà e quindi in caso di scostamento la rivalutazione delle cose da fare
- la presenza di un gruppo dirigente ivi compresa la direzione medica di presidio motivato, disponibile a mettersi in gioco ed a partecipare al cambiamento culturale ed alla costruzione del nuovo modello organizzativo
- ultima, ma molto significativa, la forte condivisione del modello di riorganizzazione da parte della Direzione Strategica ed il supporto in tutte le scelte necessarie a raggiungere gli obiettivi prefissati.

BIBLIOGRAFIA

1. Alesani D., Barbieri M., Lega F., Villa S. "Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico organizzativi in Ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota" in E. Anessi Pessina, E. Cantù, L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2006, Egea, Milano (2006)
2. Baroncelli L., Luchini G., Reale A., Ospedale per intensità di cure, umanità ed integrazione professionale. Relazione al Convegno Nazionale "La psicologia nei servizi sanitari: la cultura e la pratica dell'integrazione", Alba (Cn), 27-28 Novembre 2008
3. Bovenzi F.M., Per chi suona la campana?. Cardiologia negli ospedali, 2008; 166: 5-17
4. Buffoli M., *Metaprogetto D.M. 12/12/00 in Capolongo S., Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali.* Hoepli, Milano (2006)
5. Caltagirone P., Zoli A., Cazzaniga A., Dadda C., *Letti dipartimentali chirurgici con assistenza infermieristica modulare., Salute e Territorio, 2007; 160: 27-31*
6. Casella M., *Le società scientifiche studiano l'Ospedale per intensità di cure. Doctor, 2007; 16: 18-23*
7. Contini v. e altri *L'Ospedale per intensità di cura. Atti 10° Congresso Nazionale FADOI, Napoli (2005)*
8. Di Ruscio, Santullo A, *L'Unità operativa post-acuti a conduzione infermieristica. Salute e Territorio, 2007; 160: 54-59*
9. Alessandri M., Bartolomei C., Bernardini M. e altri, *Medicina interna e nuova organizzazione ospedaliera: la proposta della FADOI Toscana. Italian Journal of Medicine 2007; 1: 65-69*
10. Fratini S. (2007), *La progettazione per processi dell'area Intensità di Cura. Atti 33° Congresso Nazionale ANMDO - Rimini, pag.56*
11. Galli, G. Polesino, L. Manfredini, I. Razzolini, F. Bennati, E. Mugnaini (2007), *Attivazione della week surgery in due presidi ospedalieri dell'Asl n. 6 di Livorno. Analisi preliminare. Atti 33° Congresso Nazionale ANMDO - Rimini, pagg. 236-237*
12. Gemmi F., Mechi M.T., Geddes de Filicaia M., Turco L. (2008), *Il progetto OLA -Organizzazione Lean dell'assistenza, L'Ospedale, 2008; 3: 76-81*
13. Laboratorio MeS Scuola Sant'Anna Pisa, AUSL 3 Pistoia, AUSL 4 Prato, AUSL 11 Empoli, (2007), *30 Tesi sull'Ospedale per Intensità di Cura*
14. La Franca G., *Disposto per intensità di cura- Morgagni-Pierantoni., Forlì. Tecnica Ospedaliera, 2006; 1: 38-45*
15. Lavazza L., *Il modello Hub Spoke. L'Ospedale organizzato per intensità di cura. Relazione nel Seminario di Studio "Discutiamo della salute dei cittadini Aretini". Arezzo, 2008*
16. Micossi P. "La ricerca di un nuovo modello di Ospedale" in N. Falcitelli, M. Trabucchi, F. Vanara, *L'Ospedale del futuro, Rapporto Sanità 2000, Il Mulino, Bologna (2000)*
17. Nicosia F. *L'Ospedale snello. Franco Angeli, Milano (2008)*
18. Orlandi W., Duca E., Pioppo M., *L'Ospedale per aree di intensità di cura omogenee e di assistenza multi specialistica: l'esperienza dell'azienda USL n. 3 dell'Umbria. Organizzazione Sanitaria, 2006; 4: 35-40*
19. Penna A., Grossi I, D'Aloia F. e altri, *Degenza dipartimentale chirurgica. Salute e Territorio, 2007; 160: 32-37*
20. Reglioni R., Sassi S. "Il percorso assistenziale nel dipartimento organizzato per intensità di cure" relazione al Convegno "Persona e organizzazione: esperienze di un rapporto possibile", Reggio Emilia, 4-5 marzo 2005
21. Salvatico M., (2009), *Implementazione del modello di Assistenza per intensità di cura. Esperienze e criticità nella progettazione del nuovo Ospedale di Mondovì. L'Ospedale, 2009; 1: 30-38*
22. Venuti L., "L'Ospedale per intensità di cure: l'implementazione del nuovo modello organizzativo nella medicina generale dell'AOU Careggi " Relazione 6° Congresso Regionale FADOI-ANIMO Toscana (2007)
23. Villa S., Stagni M.G., Lega F., "Aspetti concettuali ed operativi della logistica nelle aziende sanitarie: il caso del Presidio ospedaliero di Forlì." in E. Anessi Pessina, E. Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI, Egea, Milano (2006)*
24. <http://www.ausumbria.it/PianiSanitari/PianiSanitariRegionali.htm>
25. http://www.agenas.it/agenas_pdf/Psr_vigenti.pdf



Il Sistema **KEMIKA** a

Moduli Integrati

Sistema **Certificato** da laboratorio CE
per la pulizia e la disinfezione
delle superfici in ambiente ospedaliero

MODULO CON QUATERNARI E BIGUANIDE

Sanificazione superfici
con **SANIDART**
e Panni in Microfibra
EXTRAKLIN



MODULO CON CLOREXIDINA

Pulizia
e disinfezione
dei sanitari
con **SANOCIT CX*** e
Panni in Microfibra
EXTRAKLIN



MODULO CON CLORO IN PASTIGLIE

BIOSPOT* + TOC

Per lavaggio pavimenti
con frangia in microfibra
MONOKEM RICCIO



 Presidi Medico Chirurgici

Kemika SPA

Via G. Di Vittorio 55 - CO.IN.OVA 2 - 15076 Ovada (AL) ITALIA
Tel. (0039)0143-80.494 Fax (0039)0143-82.30.68
www.kemikaspa.com e-mail: info@kemikaspa.com



progettazione
• realizzazione
gestione
certificazione



Servizi Integrati per la Sanità



- PROGETTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE CENTRALI DI STERILIZZAZIONE
- TRATTAMENTO ACQUE ANTI - LEGIONELLA
- IGIENE OSPEDALIERA

Sicurezza.
prevenzione



IGIENE OSPEDALIERA

IL RAGGIUNGIMENTO DI ELEVATI STANDARDS DI SICUREZZA E PREVENZIONE IN AMBITO LAVORATIVO RAPPRESENTA, DA SEMPRE, UNO DEI PRINCIPALI OBIETTIVI PERSEGUITI DALLA STERIL SPA, NEL TENTATIVO DI RIDURRE AL MINIMO IL COSIDDETTO "RISCHIO OCCUPAZIONALE".

STERIL È SPECIALIZZATA NELLA SOLUZIONE DI PROBLEMATICHE AMBIENTALI ED IN PARTICOLARE:

- CONTROLLO DELLA CONTAMINAZIONE AMBIENTALE NELLE SALE OPERATORIE (QUALITÀ DELL' ARIA INDOOR);
- PROGETTAZIONE E GESTIONE IMPIANTI DI MONITORAGGIO CONTINUO INFORMATIZZATO PER GAS ANESTETICI E VAPORI IN AMBIENTI A RISCHIO;
- CONVALIDA DEI PROCESSI DI STERILIZZAZIONE;
- MONITORAGGIO AMBIENTALE ESPOSIZIONE A CHEMIOTERAPICI-ANTIBLASTICI;
- CONTROLLO CHIMICO E MICROBIOLOGICO DI ACQUA, ARIA E SUPERFICI.

STERIL s.p.a. LECCE
V.le Spagna 6 - Z.I.
73010 Surbo (LE)
casella Postale n°55
Ph.:+39.0832.364536
Fax.:+39.0832.363450

www.sterilspa.it - info@sterilspa.it

Il rischio clinico infettivo: ieri, oggi e domani

Riassunto

A causa della sua storia, ma anche delle sue implicazioni antropologiche e politiche, l'infezione nosocomiale esprime l'attività e l'immagine dell'ospedale. Perché non può essere considerata come un oggetto neutrale - semplice patologia di cui descrivere soltanto i mezzi di diagnosi, di trattamento o di prevenzione. L'infezione nosocomiale appare come uno specchio che scopre diversi aspetti dell'ospedale e della medicina.

Antonella Benvenuto*, Maria Addolorata Vantaggiato**

*Direzione Medica - SSD Flussi informativi ed Epidemiologia Azienda Ospedaliera Cosenza

**Direzione Medica - SSD Rischio Clinico, Edilizia e Impiantistica Ospedaliera Azienda Ospedaliera Cosenza

INTRODUZIONE

La sicurezza del paziente rappresenta una questione sempre più preoccupante per i sistemi sanitari di tutto il mondo, e in questo ambito le complicanze infettive giocano un ruolo prioritario perché frequenti, e con notevole impatto clinico, mediatico, economico e medico-legale.

La Commissione europea ha presentato nel Dicembre 2008 una relazione e una proposta di raccomandazione in cui vengono illustrate le azioni attraverso le quali gli Stati membri possono migliorare la sicurezza dei pazienti con l'obiettivo di ridurre del 20% entro il 2015 il numero di infezioni correlate all'assistenza (ICA), che si stima, negli stati membri dell'unione europea, colpiscano in media un paziente su venti.

Ogni anno, si ammalano per infezioni correlate all'assistenza sanitaria tra 8 e 10% dei pazienti ricoverati in strutture sanitarie, molte di queste infezioni potrebbero essere evitate attraverso un programma di gestione del rischio corretto e mira-

to. Gli effetti positivi di un'attività di controllo e sorveglianza sono stati dimostrati dallo studio americano SENIC, pubblicato agli inizi degli anni '80, che riportava l'efficacia di fattori quali la presenza di un programma per la prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica e il feed-back informativo relativo ai tassi di infezione della ferita chirurgica per singolo chirurgo. Lo studio SENIC rilevava anche l'importanza di poche pratiche assistenziali (l'uso dei cateteri urinari, la gestione delle linee di accesso vascolare, la terapia di supporto delle funzioni polmonari, l'effettuazione di procedure chirurgiche, l'igiene delle mani) nel determinare proporzioni elevate (fino al 50%) di infezioni nosocomiali. Quello delle infezioni è un problema antico, che si dibatte da più di due secoli, anche se l'attenzione nei riguardi di tali patologie è cresciuta nell'ultimo trentennio, raggiungendo in tempi recenti, un particolare interesse anche per gli organi d'informazione e per i pazienti che hanno sviluppato una maggiore consapevolezza.

LE ORIGINI DEL RISCHIO INFETTIVO - IERI

Sembra che d'infezioni ospedaliere si parli da qualche decennio, ma l'aggettivo nosocomiale viene utilizzato da almeno due secoli come confermano i numerosi dizionari di medicina dell'epoca.

Già nel 18° secolo lo scozzese John Pringle realizzava le prime osservazioni sulle infezioni acquisite in ospedale e si faceva promotore di grandi riforme negli ospedali militari.

Nel 1788 Tenon, chirurgo alla Salpêtrière, si preoccupava nelle "memorie sugli ospedali di Parigi" delle febbri degli ospedali ed esaltava per combatterle la messa in atto di misure di igiene ospedaliera.

I metodi rivoluzionari d'asepsi raccomandati dall'oramai famoso Ignatz Semmelweis nel 1847, in particolare il lavaggio delle mani e l'utilizzo della soluzione di cloruro di calce, che ogni studente della clinica dove operava, doveva utilizzare dopo ogni dissezione, prima di toccare una donna incinta (cosa che prima non veniva fatta) hanno modificato radicalmente l'incidenza delle infezioni puerperali, facendo passare il tasso dei decessi dal 16 al 3%.

Questi metodi di asepsi non corrispondevano, nello spirito scientifico dell'epoca, a nulla di identificato e non vennero quindi seguiti dal resto della comunità scientifica, nonostante le cifre ne dimostrassero il valore, si dovette aspettare il 1924 perché venisse ricompensata la sua posterità tardiva, quando Louis



PAROLE CHIAVE:

Infezioni ospedaliere, rischio, ospedali

Ferdinand Destouches alias Céline gli dedicò la sua tesi di laurea in medicina.

Nel 1874, Louis Pasteur, dichiarava, dinanzi all'accademia delle scienze "Se avessi l'onore di essere un chirurgo, non introdurrei mai nel corpo dell'uomo uno strumento qualunque senza averlo prima fatto passare nell'acqua bollente o meglio ancora sulla fiamma", ma i suoi propositi non furono intesi come egli si sarebbe auspicato dai chirurghi dell'epoca.

Infine la scoperta degli antibiotici modificò radicalmente le percezioni ed i mezzi a disposizione di fronte alle infezioni: ad ogni microbo corrispondeva un antibiotico, l'equazione era semplice.

Probabilmente a causa delle prescrizioni abusive o non corrette e dell'automedicazione, fin dagli anni 50-60 si rileva una proporzione crescente di germi resistenti agli antibiotici; questo semifallimento è stato sicuramente l'elemento motore della organizzazione delle metodologie di lotta contro le infezioni ospedaliere, compresa l'applicazione di sistemi di sorveglianza, utilizzati già nell'800 da Florence Nightingale per descrivere l'incidenza delle infezioni negli ospedali militari.

In risposta a questo vero problema di sanità pubblica, che rimane fino ad oggi irrisolto, si assiste alla nascita di istanze di controllo delle infezioni in Gran Bretagna ed anche negli Stati Uniti dove il controllo delle infezioni si regolamenta soltanto nel 1969, quando la **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCA-**

HO), pubblica le prime norme per l'accreditamento degli Ospedali stabilendo tra i requisiti la presenza della commissione di controllo delle infezioni.

Da questo lato dell'Atlantico, le prime preoccupazioni si sono estese nel 1966 in occasione del 1° Congresso Europeo su "l'ospedalizzazione" organizzato dal Consiglio Superiore di Igiene Pubblica Francese. I partecipanti all'epoca ritennero loro dovere sottolineare la progressione inquietante, per la salute dei pazienti e del personale degli ospedali pubblici e privati, dei rischi infettivi (Hospitalisme).

Bisogna arrivare al 1985 in Italia per avere una Circolare Ministeriale che raccomanda la creazione dei comitati di lotta contro le infezioni ospedaliere negli stabilimenti pubblici alla quale segue la circolare del 1988, che hanno avuto per anni una tiepida applicazione.

L'infezione nosocomiale appare come un prisma attraverso il quale si riflettono il passato, il presente, la presa di coscienza del potenziale pericolo che l'ospedale può rappresentare, la sua immagine nella società, le sue implicazioni giuridiche o legali, strutturali, l'evoluzione delle tecniche assistenziali, della tipologia dei pazienti, delle terapie, etc.

L'EVOLUZIONE DA INFEZIONI OSPEDALIERE A RISCHIO INFETTIVO - OGGI

Il controllo di malattie trasmesse dai microrganismi è un modello interessante per la sua priorità, palesando

una organizzazione strutturata su diversi livelli (nazionale, regionale, interregionale e locale), sostenuta dal programma nazionale di lotta contro le infezioni nosocomiali, la diffusione di indicatori, ed è stato pioniere nel campo della gestione del rischio e della qualità attraverso lo sviluppo di una consapevolezza della necessità di garantire cure sicure per i pazienti e ridurre le patologie iatrogene con introduzione di una cultura della prevenzione trasversale e multidisciplinare. La gestione del rischio non è un concetto nuovo per le strutture sanitarie, ma quello che cambia è la modalità di approccio, che tiene conto di tutti i rischi, in un approccio sistematico, da qui il termine "gestione integrata del rischio" che abbraccia i rischi per i pazienti, il personale, i visitatori e l'organizzazione con una visione d'insieme.

Tradizionalmente, il modello organizzativo dei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere si è basato sulla presenza del CIO (Comitato controllo delle infezioni ospedaliere) che aveva la responsabilità di verificare e valutare un programma atto a prevenire le infezioni; accanto al CIO la norma prevedeva la presenza di un gruppo operativo composto da figure professionali dedicate quotidianamente a tale attività.

Nel gruppo operativo era prevista la presenza di uno o più infermieri addetti al controllo e di un medico di direzione sanitaria con specifica competenza in igiene. Questo modello nel tempo si è dovuto confrontare con altre competenze simili ma non identiche che si occupano anche di controllo del rischio infettivo: servizi di prevenzione e protezione per la sicurezza infettiva dei lavoratori, risk manager che oltre al rischio infettivo gestiscono ogni tipologia di rischio clinico e anche coloro che si occupano di governo clinico e qualità, se



si intende il controllo delle infezioni come processo da inserire nei programmi di miglioramento continuo della qualità.

Tra le strutture su elencate quella che più di tutte ha competenza nel controllo delle infezioni legate all'assistenza è l'URC (unità rischio clinico) poiché nei programmi di gestione del rischio sono sempre presenti aspetti legati al controllo del rischio infettivo nei confronti di operatori e pazienti.

Tali programmi prevedono 3 livelli d'intervento:

- Requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi in grado di ridurre il rischio di trasmissione delle infezioni legate all'assistenza
- Adozione di politiche e pratiche sicure basate su evidenza scientifica
- Dimostrazione del contenimento del rischio con utilizzo d'indicatori clinici.

Procedendo ad una comparazione tra i due organismi CIO e URC è doveroso fare qualche osservazione: il CIO era una struttura ben codificata dalla norma, multidisciplinare in cui figure fondamentali nella costituzione erano l'infettivologo ed il microbiologo oltre ai clinici con un coordinamento da parte del Direttore Sanitario di Presidio.

L'URC presenta anch'esso un gruppo multidisciplinare con competenze molteplici, ma molto diversificate prevedendo all'interno medici legali, responsabili della formazione, responsabili degli affari generali e clinici.

Per quanto attiene alle funzioni delle due strutture, quelle del CIO sono quelle della messa in atto di:

- strategie di prevenzione
- valutazione degli interventi attuati
- programmi di prevenzione e verifica
- attività di sorveglianza

analogamente, anche le URC, hanno come funzioni le stesse del CIO da estendere però a tutte le tipologie di rischio presenti in Ospedale. Passando poi al GO del CIO questo, come organo operativo, può essere paragonato al Risk manager, che più che funzioni operative dirette ha funzioni di facilitatore con l'obiettivo di stimolare gli operatori ad adottare sistemi di pratiche atte a contenere il rischio, compreso quello infettivo. Mentre nel GO è previsto all'interno un medico, con specifico background culturale, igienista con competenze specifiche in igiene e medicina preventiva, per il risk manager non sono definite le caratteristiche della figura professionale per cui potrebbe non avere la competenza igienistica necessaria e indispensabile nei processi di prevenzione del rischio infettivo.

Allo stato delle cose, è indispensabile trovare una soluzione a questo dualismo, soffermandosi su questa problematica:

1. avere la contemporanea presenza del CIO e dell'URC con ben definiti ambiti e limiti di competenza non separati ma integrate e complementari nelle funzioni che andrebbero comunque sanciti in una specifica legge

2. far transitare tutte le competenze del CIO e del GO all'URC coordinato da un Risk manager che dovrebbe avere una formazione professionale igienistica e per effetto una revisione dei programmi delle scuole di specializzazione in igiene e medicina preventiva, che dovrebbero prevedere anche l'insegnamento del rischio clinico.

Occorre inoltre fare ordine definendo anche l'allocazione della struttura rischio clinico che in molte realtà dipende dalla DSA, dai servizi di medicina legale e solo in alcuni casi dalla DS di Presidio.

Le classiche modalità d'approccio al controllo delle infezioni:

- sorveglianza delle infezioni
- indagini sulle epidemie
- valutazione dei progressi di intervento

sono state integrate oggi con quelli che vengono considerati gli strumenti di gestione del rischio con l'applicazione, anche per le infezioni di quelli che sono i metodi classici di approccio al rischio, che seppur tradizionalmente già utilizzati per il controllo delle infezioni, sono stati codificati con l'avvento delle attività di rischio:

- approccio reattivo
- approccio proattivo.

L'approccio reattivo si realizza, quando in seguito al verificarsi di un evento avverso, mediante l'utilizzo di vari strumenti come la RCA, si ripercorrono in maniera sistematica tutte le fasi del processo assistenziale per valutare dove, quando, come e perché si è sbagliato e utilizzando l'errore come strumento necessario al miglioramento del percorso assistenziale.

Per una buona RCA è necessaria la presenza di tutti i professionisti interessati che insieme al risk manager riescono ad arrivare alla radice del problema, a far emergere le cause remote, cioè quelle difficili da portare all'evidenza, e le possibili soluzioni.

Le tecniche di FMEA e FMECA invece non prevedono il verificarsi dell'errore, ma partendo da un'analisi puntuale del processo assistenziale, evidenziano le aree più critiche su cui in maniera preventiva intervenire in modo da evitare che l'evento avverso si verifichi.

Per l'utilizzo di questo strumento è fondamentale la partecipazione di tutti i professionisti che intervengono nel processo assistenziale, indispensabile inoltre la figura del risk manager che deve cercare di far individuare le cause latenti che non si evidenziano in un approccio frettoloso e superficiale.



RISCHIO INFETTIVO: IL FUTURO

Sebbene siano disponibili molte conoscenze sulle misure efficaci a controllare questo fenomeno, le infezioni associate all'assistenza sanitaria continuano a rappresentare una vera emergenza sanitaria. Il mutato approccio alle cure ospedaliere che registra una maggiore aggressività terapeutica sui pazienti acuti, l'aumento dei pazienti immunodepressi per patologie infettive o neoplastiche e dei soggetti trapiantati, il ricorso a terapie farmacologiche continuative, unitamente alla presenza di agenti infettivi sempre più aggressivi, impongono di misurarsi con nuovi scenari di malattie, con nuovi gruppi di pazienti e nuove cause d'infezioni. Le mutate condizioni di vita e l'aumento dell'età media, favoriscono il diffondersi di strutture sanitarie per l'assistenza degli anziani, dove le infezioni legate all'assistenza stanno assumendo una rilevanza pari a quella delle infezioni acquisite in ospedale. La presenza di strutture territoriali e residenziali deputate a fornire quella continuità della cura richiesta dal cambiamento in atto nell'assistenza ospedaliera che non ha più una visione ospedalocentrica, ma che vede nell'ospedale i trattamenti per acuti con degenze sempre più brevi, determina una rivoluzione nel sistema di cura che sta spostando fuori dell'ospedale l'assistenza e con essa anche le infezioni correlate.

La promozione della qualità delle cure erogate, come si sente insistentemente ripetere, rappresenta oggi un obiettivo centrale in sanità da perseguire con professionalità, efficienza ed efficacia. Proteggere i pazienti dalle infezioni ne costituisce un aspetto fondamentale ed evitare che le infezioni siano trasmesse dalle pratiche sanitarie,

negli ambienti di cura, rappresenta una frontiera su cui si misura e si misurerà la qualità di un sistema sanitario.

Le epidemie di microrganismi farmaco-resistenti, tipo quelle da *Clostridium difficile* o da *Stafilococcus aureus*, la minaccia di pandemie influenzali, il riapparire di alcune malattie infettive che sembravano un ricordo lontano, rappresentano solo alcune delle preoccupazioni che oggi affliggono i professionisti del controllo delle infezioni.

Le sfide future per i professionisti delle infezioni ospedaliere sono sicuramente rappresentate sempre più dalla gestione e controllo dei MDROs (Microrganismi multiresistenti). Gli antibiotici che hanno rappresentato una grande rivoluzione per il trattamento e la cura delle infezioni batteriche, hanno pienamente soddisfatto le aspettative per 50 anni, oggi il loro successo è considerato come definitivamente acquisito, la ricerca di nuove molecole è in panne perché il sistema economico finanziario delle maggiori industrie farmaceutiche è tale che nessuno per ora ha interesse ad investire in un domani con il rischio a breve e medio termine di perdere soldi.

Questo è tanto vero che non soltanto non ci sono novità significative nel campo, ma anche la produzione di vecchie molecole è messa in pericolo dalle richieste sempre più pressanti dei governi di abbassamento delle tariffe.

Si può addirittura ipotizzare per il futuro una sparizione di alcune molecole antibiotiche, sarà pertanto necessario prendere coscienza che gli antibiotici di domani non potranno essere considerati come oggi, non avranno probabilmente la stessa resa ed in ogni caso la gestione dovrà essere differente.

Con l'innovazione in questo campo in panne e senza significativi

progressi, la lotta contro l'aumento delle resistenze deve avere un approccio multiforme, basato sull'uso corretto degli antibiotici per ridurre al minimo la pressione selettiva, sull'utilizzo di misure (precauzioni di base e supplementari) per limitare la trasmissione e la riduzione di contaminazione ambientale (lavaggio mani, corretto utilizzo delle pratiche di disinfezione e sterilizzazione), sulla fornitura di infrastrutture adeguate (livelli di personale, di costruzione e di progettazione); e sull'identificazione dei pazienti colonizzati e dei pazienti a rischio. I mezzi a disposizione per la lotta alle infezioni nel futuro riguarderanno sicuramente l'incremento dell'utilizzo delle tecniche di biologia molecolare, i test molecolari per l'identificazione dei batteri e lo studio della sensibilità antibiotica, la bioinformatica, l'uso di test in grado non solo d'individuare un particolare ceppo batterico, ma anche di fornire un'analisi dettagliata della sua struttura genetica, rendendo così più facile risalire alla fonte dell'infezione.

L'utilizzo delle nanoscienze, delle nanotecnologie e dei nanomateriali potrebbe provocare una vera e propria rivoluzione tecnologica, al pari dell'avvento dell'elettronica e dell'informatica.

E' in fase di studio presso l'università di Erlangen, l'impiego di nanoparticelle d'argento per i cateteri vescicali, l'utilizzo delle nano e microtecnologie costituirà nel prossimo futuro uno strumento diagnostico non invasivo utile anche per ottimizzare le terapie.

L'evoluzione continua delle tecniche chirurgiche ha portato negli anni Ottanta il primo endoscopio chirurgico, alla fine del XX secolo la chirurgia laparoscopica e nel XXI la progressione della mininvasività che continua con la chirurgia robotica, che rappresenterà la chirurgia



del futuro. Ad operare è sempre un chirurgo, ma lo fa servendosi di un sistema robotizzato che ne amplifica possibilità e precisione, perfezionando i vantaggi della laparoscopia: sia dal punto di vista medico che del paziente, con minore invasività, ridotte complicanze comprese quelle infettive, migliore funzionalità post-intervento, degenza abbreviata.

Lo sviluppo di sistemi informativi computerizzati potranno rappresentare un valido ausilio, già oggi la tecnologia permette in pochi minuti di conoscere quali sono le risorse di cui abbiamo bisogno relativamente al tipo di infezione da controllare. Sicuramente quello che deve cambiare in futuro è la cultura e gli atteggiamenti verso la prevenzione ed il controllo delle infezioni, il compito di eliminare l'eliminabile, mantenendo le infezioni ad un minimo irriducibile, deve essere percepito come un sistema e non come un programma, da implementare in ogni aspetto delle cure sanitarie estendendolo anche agli amministratori perché vengano destinate le risorse necessarie e si realizzi il necessario approccio multidisciplinare; oggi si assiste da una parte, ad una crescente diffusione di pratiche complesse, dall'altra sia assiste ad una disponibilità di risorse assistenziali in continua riduzione.

La conoscenza quantitativa e qualitativa dell'argomento, e conseguentemente l'applicazione di sistemi strutturati di sorveglianza per le infezioni ospedaliere, devono diventare un obbligo etico-professionale da inserire nel sistema più ampio del Risk Management.

L'adozione di standard di comportamento efficaci comuni a tutto il territorio nazionale (es. lavaggio mani, isolamento pazienti infetti, adozione corretta dei mezzi di barriera, pulizia, disinfezione e sterilizzazione, procedure per l'utilizzo dei devices - cateteri, etc., profilassi vaccina-

le), devono essere accompagnate anche da interventi edili ed impiantistici per rendere le strutture più adeguate ai moderni standard assistenziali.

CONCLUSIONI

L'infezione ospedaliera può essere considerata come uno specchio, attraverso il quale si riflettono i diversi aspetti dell'ospedale e della medicina nel passato e nel presente, rivelando, come il sintomo per la malattia il funzionamento dell'ospedale di ieri e di oggi, facendo ipotizzare quello di domani, con le trasformazioni organizzative e l'adozione di nuove tecnologie e di modelli assistenziali che hanno caratterizzato e che caratterizzano l'evoluzione del sistema sanità. Il fil rouge che è possibile intravedere, nonostante i cambiamenti legati a cause, tipologie e metodiche d'approccio nei vari tentativi di controllo del rischio infettivo, che si sono succedute negli ultimi due secoli, è insito nella definizione di "infezioni correlate all'assistenza", ed è dato dalle conoscenze e dai comportamenti, sui quali ci si è basati nel passato, nel presente e che saranno ancora nel futuro protagonisti, guardando al futuro delle infezioni non si può fare a meno di pensare che "il vecchio è ancora nuovo".

BIBLIOGRAFIA

1. Ellenberg E. *L'infezione nosocomiale: relire l'histoire et penser au présent. Santé publique 2005; volume 17, no 3, pp : 471-474*
2. Dumay M.F., Quaranta J.F. et al. *Intégrer les infections liées aux soins dans une politique de gestion des risques. Adsp n° 38 mars 2002*
3. Allegranzi B, Pittet D. *Preventing infections acquired during health-care delivery. Lancet. 2008 Nov 15;372(9651):1719-20.*

4. Kelly M. Pyrek *The Future of Infection Prevention- ICT 1.2.2007*

5. Deborah S. Yokoe, MD, MPH; David Classen, MD, MSn *Improving Patient Safety Through Infection Control: A New Healthcare Imperative. Infect Control Hosp Epidemiol 2008; 29:S3-S11*

6. Prof. Josè M. Kenny universita' degli studi di perugia Facoltà di Ingegneria Dipartimento di Ingegneria Civile e Ambientale Sede di Terni -Dossier -Le nanotecnologie

7. Pittet D. e Sax H., *Ginevra- Sorveglianza delle infezioni nosocomiali: principi e applicazioni (1a parte) swiss-noso Volume 7, numero 3, Settembre 2000*

8. Trémolières. F., Cohen R, Schlemmer B. *Requiem pour les antibiotiques Faut-il craindre une disparition des antibiotiques? mt, vol. 12, n° 3, mai-juin 2006*

9. Editoriale *Les infections nosocomiales: que faut-il faire? CMAJ • August 31, 2004; 171 (5).*

10. Pittet, Didier MD, MS *Infection control and quality health care in the new millennium American Journal of Infection Control. 33(5):258-267, June 2005.*

11. *ONLY JM Infection Control of Multidrug-resistant Organisms(MDROs). Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 2000 Sep 17-20; 40: 536.*

12. Bianco I, Ruscio M. *Il microbiologo clinico nel management delle infezioni ospedaliere . Riv Med Lab - JLM, Vol. 3, N. 2-S1, 2002*

13. Alicia I. Hidron, MD; et al. *Antimicrobial-Resistant Pathogens Associated With Healthcare-Associated Infections: Annual Summary of Data Reported to the National Healthcare Safety Network at the Centers for Disease Control and Prevention, 2006-2007 Infect Control Hosp Epidemiol 2008;29:996-1011*



PULITO. SICURO. EFFICIENTE.



LA SOLUZIONE MAGICA PER TUTTE LE SUPERFICI: Detergente universale ad effetto super bagnante.



Dove: su tutte le superfici lavabili



Chi: imprese di pulizia ed operatori specializzati



Come: maggiore penetrazione nelle porosità



MAGIC MAXX

IL DETERGENTE CONCENTRATO AD ELEVATA PENETRAZIONE IN GRADO DI RIMUOVERE OGNI TIPO DI SPORCO

Basato su una nuova generazione di ingredienti attivi, Magic Maxx garantisce una penetrazione profonda ed un'emulsificazione dello sporco.

Rimuove il grasso e lo sporco resistente dalle superfici, riducendone l'adesione e l'accumulo grazie all'uso regolare.

Magic Maxx assicura un'eccellente compatibilità con i materiali, non necessita di risciacquo ed è indicato sia per la pulizia manuale che tramite lavasciuga.

Pulito - massima rimozione dello sporco

Sicuro - codice colore ed etichetta multilingua

Efficiente - ridotti consumi grazie alle basse concentrazioni richieste

Magic maxx

European Headquarters

Reisholzer Werftstr. 38-42 40589 Düsseldorf
Germany Tel: +49 (0) 211 9893-0

Italian Headquarters

Via Paracelso, 6 20041 Agrate Brianza (MI)
Italy Tel: +39 (0) 39 60501

ECOLAB®



Sviluppo sostenibile in Sanità. Applicazione del modello di sostenibilità alle Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna

Riassunto

La Regione Emilia-Romagna dichiara il proprio impegno per lo sviluppo sostenibile non solo nei piani di azione ambientale regionali, ma anche attivando il programma "Il Sistema Sanitario Regionale per uno sviluppo sostenibile", ossia rivolgendo la propria attenzione verso il settore che deve far crescere un indicatore fondamentale dello sviluppo: la salute delle persone.

Il sistema sanitario deve misurare i propri impatti negativi sull'ambiente (e quindi sulla salute) e ridurli al minimo. I progetti avviati interessano due linee di azione: uso corretto dell'energia e riduzione al minimo dei rifiuti, a cui si aggiungono nel 2009 le azioni per la sensibilizzazione degli operatori sui temi ambientali, per la mobilità sostenibile, per gli "acquisti verdi".

Davide Sgarzi*, **Marinella Natali**, **Fabio Rombini***, **Annalisa Venturi Casadei****

* Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna

** Azienda USL di Cesena

nuti e le finalità del programma sono stati confermati ed integrati con analoghi successivi atti¹, con cui sono state attivate due linee di progetto, affidate a due gruppi di lavoro regionali:

- qualificazione dei consumi energetici ed innovazione tecnologica nelle Aziende sanitarie (gruppo regionale energia);
- miglioramento continuo del processo di gestione ambientale in particolare in materia di trattamento dei rifiuti sanitari con riduzione delle quantità prodotte (gruppo regionale gestione ambientale).

INTRODUZIONE

Il concetto di Sviluppo sostenibile è comparso nel 1987 in un documento della Commissione mondiale sull'Ambiente e lo Sviluppo dell'ONU (WCED), il Rapporto "Il nostro futuro comune", noto come "Rapporto Brundtland", dal nome della presidente del WCED. Il Rapporto lo definisce come: "lo sviluppo che è in grado di soddisfare i bisogni della generazione presente, senza compromettere la possibilità che le generazioni future riescano a soddisfare i propri". Impegnarsi in questa direzione significa abbandonare l'ottica della crescita a tutti i costi ed abbracciare quella dell'integrazione fra le variabili di stato del sistema "Terra": popolazione, risorse naturali, inquinamento, sviluppo economico, produzione alimentare. L'Italia e le altre Na-

zioni che partecipano alle Conferenze sull'ambiente e lo sviluppo e che nel 1992 hanno sottoscritto la "Dichiarazione di Rio" per lo sviluppo sostenibile ci chiedono di attivarci in questa direzione come Nazione, come comunità locale e come cittadini.

La Regione Emilia-Romagna ha affermato il proprio impegno per lo sviluppo sostenibile nei piani di azione ambientale regionali. In attuazione dei principi in essi contenuti, in particolare di quelli relativi alle politiche per la salute, che prevedono di rivolgere l'attenzione più al cambiamento degli stili di vita e alle attività di prevenzione collettiva che all'erogazione dei servizi, la Direzione generale Sanità e politiche sociali, con la DGR 686/2007, ha attivato il programma regionale "Il Sistema Sanitario Regionale per uno sviluppo sostenibile". I conte-

METODO

L'applicazione di criteri di corretta gestione ambientale delle Aziende sanitarie in Emilia-Romagna ha inizio nel dicembre 2001, con l'attivazione di un gruppo di coordinamento regionale per la corretta applicazione della complessa normativa in materia di rifiuti sanitari. Il settore dei rifiuti, infatti, per l'alto rischio di infiltrazione della criminalità organizzata, è regolato da leggi rigide e severe, che devono essere applicate puntualmente dalle Aziende sanitarie, con un notevole sforzo organizzativo.

Per fornire indicazioni pratiche sull'applicazione delle leggi di settore e per cogliere l'opportunità di passare da una mera applicazione della norma alla gestione dei rifiuti sanitari come processo aziendale a cui applicare la logica del miglioramento continuo,

**PAROLE CHIAVE:**

Sviluppo sostenibile, rifiuti sanitari, energia

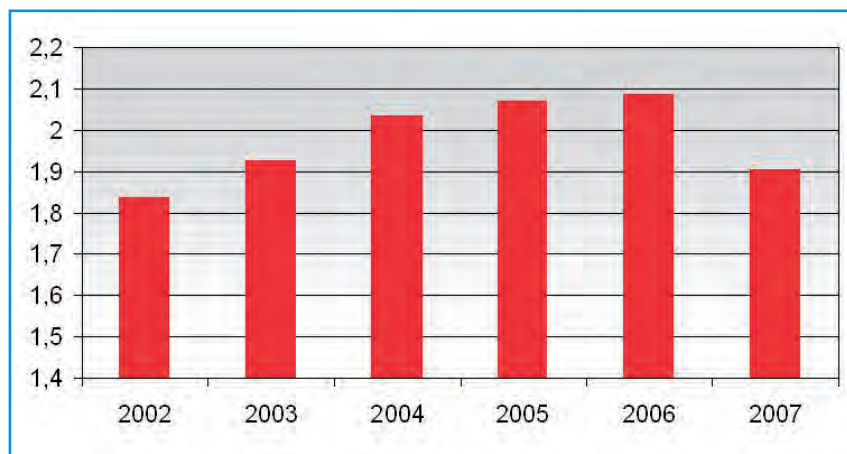


Figura 1 – Produzione specifica di rifiuti pericolosi a rischio infettivo (Kg/GGDD)

il gruppo regionale ha elaborato le Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna², pubblicate nel 2003.

Il metodo di elaborazione del documento, che sarà il metodo di lavoro del gruppo regionale, è quello di riunire i referenti per la gestione dei rifiuti individuati dalla Direzione di ciascuna Azienda sanitaria della Regione per definire i contenuti delle Linee guida ed affidare la redazione dei capitoli a sottogruppi specifici, coordinati da un referente della Regione Emilia-Romagna, con il contributo di persone particolarmente esperte del settore.

Allo stesso modo, il gruppo rifiuti, divenuto permanente, nel corso di un incontro ad inizio anno stabilisce il programma annuale delle attività e ne affida l'attuazione a propri gruppi di approfondimento e il monitoraggio a un coordinatore della Regione Emilia-Romagna.

In questo modo si è creata una rete di confronto sul tema dei rifiuti sanitari che permette di diffondere in tutte le Aziende le esperienze più efficaci (benchmarking) e di sperimentare l'applicazione delle Linee guida nelle Aziende sanitarie.

La positiva sperimentazione ha portato al recepimento delle Linee guida con una Deliberazione della Giunta regionale nel 2006³, la cui applicazione è stata monitorata con l'invio di un questionario di verifica l'anno successivo.

Il confronto all'interno del gruppo sulle informazioni di ritorno del questionario e del monitoraggio sulle quantità di rifiuti prodotti e sui costi sostenuti per la gestione ha orientato numerose Aziende ad estendere la positiva esperienza sui rifiuti ad altri temi di gestione ambientale e ad attivare un gruppo aziendale "Gestione ambientale", nell'ottica di dotare le Aziende sanitarie di un sistema di gestione ambientale e sviluppo

sostenibile integrato con gli altri sistemi di gestione aziendale.

Nello stesso anno 2007 veniva istituito il programma regionale "Il Sistema Sanitario Regionale per uno sviluppo sostenibile", con l'intento di allargare gli orizzonti del gruppo regionale ad altri temi di gestione ambientale e di coordinare l'iniziativa del rispetto ambientale con quella per il risparmio energetico, portata avanti da un gruppo di altri 17 referenti aziendali coordinati da un dirigente regionale.

Con l'avvio del "Programma", il metodo di lavoro ha subito un'evoluzione, in quanto i gruppi regionali, oltre a fornire indirizzi, linee guida e supporto metodologico alle Aziende e definire il proprio programma di lavoro, propongono alla Regione i temi su cui impegnare le Aziende sanitarie, i cui obiettivi di risparmio energetico e tutela ambientale sono fissati dalla Regione con la delibera annuale di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale.

Ciascuna Azienda, pertanto, è tenuta a definire, anno per anno, le azioni specifiche che intende sviluppare per conseguire tali obiettivi, a rendere conto dei risultati raggiunti con una relazione annuale inviata alla Regione e a testimoniare il proprio impegno per lo sviluppo sostenibile nel bilancio di missione.

RISULTATI

Cinque anni di lavoro hanno consentito di conseguire risultati e riconoscimenti sia per le azioni di sistema regionale, sia grazie all'evoluzione organizzativa interna delle singole Aziende sanitarie e alle iniziative correlate, sia grazie al contributo dei singoli operatori sanitari.



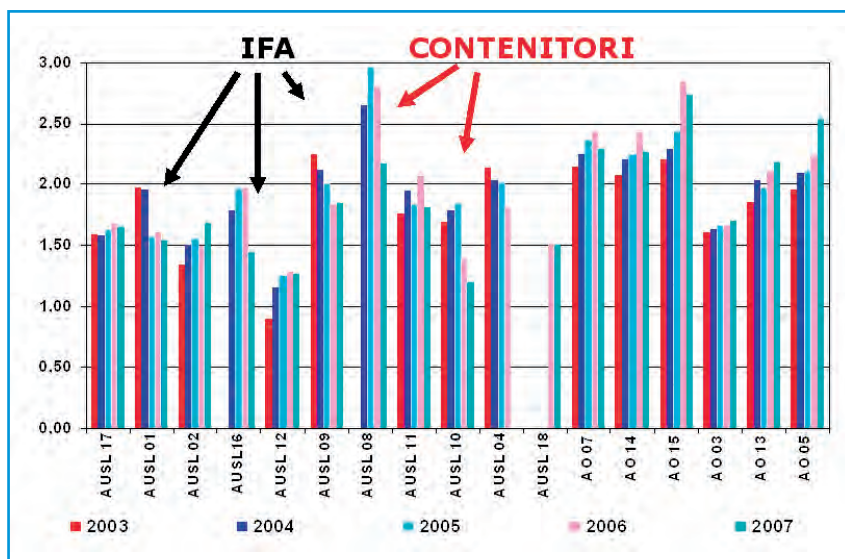


Figura 2 – Produzione specifica di rifiuti pericolosi a rischio infettivo nelle singole Aziende sanitarie (Kg/GDD)

In particolare, in tema di rifiuti sanitari, il progetto regionale, per le attività di indagine e monitoraggio dei rifiuti prodotti, pubblicazione di linee di indirizzo, erogazione di corsi di formazione per gli operatori, attuazione di azioni di miglioramento, è stato presentato al convegno di HCWH “Cleanmed Europe” 2006, ricevendo il premio di “best practice” nell’ambito della sezione dedicata ai rifiuti.

Le azioni attivate all’interno delle singole Aziende, di analisi delle criticità e individuazione dei principali fattori produttivi, hanno orientato l’attenzione sulla principale tipologia di rifiuti speciali prodotti dalle Aziende sanitarie, i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, portando alla riduzione della loro produzione, come mostra il grafico seguente.

Nel grafico in Figura 1 è riportata la produzione di rifiuti pericolosi a rischio infettivo per giornata di degenza, un indicatore di produzione che consente di confrontare fra loro le diverse realtà e di sintetizzare in modo molto immediato l’evoluzione del sistema.

I dati relativi alla produzione di questa tipologia di rifiuto nelle

single aziende permettono di evidenziare i risultati conseguiti da quelle che, negli ultimi anni, hanno avviato azioni specifiche. Sulla base dell’analisi dei fattori produttivi è emersa in queste Aziende l’opportunità di passare da contenitori monouso a contenitori riutilizzabili (azione di sistema) e di attivare un programma capillare di Informazione, Formazione e Addestramento (IFA) degli addetti, per migliorare i comportamenti individuali e ottenere una migliore separazione dei rifiuti prodotti.

Il grafico sopra mostra l’andamento negli anni del medesimo indicatore di produzione, azienda per azienda.

Dal 2007, oltre alle azioni di riduzione della quantità e della pericolosità dei rifiuti, con l’istituzione del Programma “Il SSR per lo sviluppo sostenibile”, si sono introdotti a livello regionale e aziendale, ulteriori strumenti per favorire un’evoluzione sostenibile del SSR, di seguito esaminati.

Inserimento di criteri di rispetto ambientale nell’aggiudicazione delle gare di acquisto di beni e

servizi da parte delle aziende sanitarie. Nel corso del 2008, tramite l’agenzia di acquisto telematico Intercent-ER, si sono svolte le gare regionali per la fornitura di energia elettrica per 16 delle 17 Aziende sanitarie della Regione (esclusa AUSL Modena, che acquista energia idroelettrica, interamente prodotta da fonti rinnovabili) e del servizio di gestione dei rifiuti sanitari per 8 delle 17 Aziende. Per la gara “energia”⁴, la convenzione prevede la possibilità di acquistare energia elettrica prodotta da fonti rinnovabili (idroelettrica, biomassa, eolica, solare).

Per gara “rifiuti”⁵, nel capitolato tecnico sono stati inseriti requisiti per ridurre l’impatto ambientale del servizio e nel disciplinare di gara si è prevista l’attribuzione di punti qualità per proposte di riduzione degli impatti ambientali.

In dettaglio, la gara, aggiudicata all’offerta economicamente più vantaggiosa, prevedeva un punteggio massimo di 60 punti all’offerta economica e di 40 punti all’offerta tecnica e requisiti per ridurre al minimo la produzione dei rifiuti pericolosi (in particolare di quelli a rischio infettivo) e per favorire il recupero di materia dai rifiuti pericolosi e non pericolosi. Dei 40 punti “qualità”, se ne sono attribuiti:

- 6 a soluzioni che prevedano contenitori riutilizzabili per i rifiuti a rischio infettivo (ulteriori 2 punti per le altre tipologie di rifiuto),
- 2 per contenitori in materiale non vergine (riciclato o misto),
- 1 per automezzi a basso impatto ambientale,
- 2 per ulteriori soluzioni che prevenivano la produzione di rifiuti,
- 2 per il recupero di materia da rifiuti che contengano mercurio o altre sostanze particolarmente pericolose,



1 per l'utilizzo di sostanze e preparati chimici a basso impatto ambientale

Il raggruppamento di imprese a cui è stata aggiudicata la fornitura ha soddisfatto appieno i primi due requisiti e ha avanzato proposte che soddisfano in parte il quarto, il quinto e il sesto requisito, pur comprendendo imprese che vantano certificazioni ambientali di prodotto e di sistema (ISO 14.000, EMAS; certificazione di prodotto EPD), quindi le aspettative della Regione hanno avuto un riscontro complessivamente positivo.

Svolgimento di campagne di informazione e sensibilizzazione.

Il gruppo "Energia" è impegnato nella ricerca delle migliori strategie di approvvigionamento energetico, nel monitoraggio dell'uso dell'energia elettrica e termica, nel progressivo utilizzo di energie da fonti rinnovabili, nella qualificazione degli investimenti strutturali con tecnologie costruttive che ottimizzano l'efficienza energetica e il risparmio idrico. Questa linea di azione è stata presentata al convegno "Un Patto per l'uso Razionale dell'energia in Sanità" svoltosi a Modena il 20/05/2008, nel corso del quale è stata lanciata la campagna "lo spengo lo spreco"⁶, con la quale si chiede agli operatori delle Aziende di adottare comportamenti per un uso responsabile delle risorse energetiche e si attiva una casella di posta elettronica in ciascuna Azienda, per osservazioni e richieste di informazioni.

Questi i dati riferiti all'energia consumata dal SSR, riferiti al 31/12/2006:

Potenza elettrica impegnata (circa): 45.000 KW

Energia elettrica acquistata: 360.000.000 KWh

Energia termica acquistata:

710.000.000 KWh

Costo medio energia elettrica:

0,137 €/ KWh

Costo medio energia termica:

0,081 €/ KWh

Costo energia acquistata:

107.000.000 €

Facendo un rapido calcolo, un calo dei consumi energetici dell'1% consentirebbe di risparmiare 1 milione di euro all'anno e di ridurre l'emissione in atmosfera di circa 4 mila tonnellate di anidride carbonica, quindi dall'impegno per un uso razionale dell'energia si attendono risultati molto interessanti.

Pubblicazione di linee di indirizzo per la gestione ambientale.

A distanza di cinque anni dalla loro pubblicazione, sono state aggiornate le "Linee guida per la gestione dei rifiuti e degli scarichi idrici nelle Aziende sanitarie". I principali punti da sviluppare sono stati indicati dalle segnalazioni provenienti dalle aziende sanitarie:

- Analisi delle responsabilità alla luce dell'evoluzione normativa e della giurisprudenza;
- Analisi dei rischi sanitari legati alla gestione dei rifiuti;
- Classificazione e gestione degli scarichi idrici, anche in vista della creazione di nuove strutture sanitarie e della ristrutturazione delle strutture esistenti;
- Trasporto di rifiuti pericolosi e normativa ADR, anche in riferimento all'assistenza domiciliare e alla produzione di rifiuti in sedi decentrate;
- Rifiuti prodotti da soggetti convenzionati e da servizi in gestione appaltata (compiti e responsabilità);
- Imballaggi vuoti: classificazione e assimilazione ai rifiuti urbani;

■ Rifiuti assimilati agli urbani e accordi per l'attivazione delle raccolte differenziate;

■ Altri oggetti di cui il detentore intende disfarsi (sottoprodotti di cui al Regolamento (CE) 1774/2002, parti anatomiche riconoscibili, prodotti abortivi, sostanze stupefacenti, documenti e atti di archivio);

■ Rifiuti radioattivi;

■ Definizione di standard minimi per informazione, formazione e addestramento degli operatori.

Il documento predisposto dal gruppo di lavoro è stato inviato alle Aziende sanitarie per la condivisione dei contenuti e le osservazioni pervenute hanno portato a una impegnativa revisione del documento di partenza, non ancora conclusa. Si prevede, in ogni caso, di approvare le nuove Linee guida con deliberazione della Giunta entro il primo semestre del 2009.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati raggiunti nel corso del 2008 illustrati nel paragrafo precedente confermano la validità di un percorso e tracciano le linee di lavoro che si stanno sviluppando nel 2009:

Informazione e sensibilizzazione degli operatori: Nel solco di "lo spengo lo spreco", si è lanciata una campagna informativa sul risparmio energetico e la tutela ambientale, che diffonda nelle Aziende sanitarie il tema dello sviluppo sostenibile ed inserisca in questa ottica le azioni per il risparmio energetico e la tutela ambientale. Il corso offre alcuni spunti di riflessione sugli effetti della crescita economica ed industriale sugli ecosistemi ed, in particolare, sugli effetti dei consumi energetici sui mutamenti climatici. Attualmente, a livello globale, la



produzione di energia è basata quasi esclusivamente sull'utilizzo di combustibili fossili, che emettono grosse quantità di gas clima alteranti, di cui si esaminano gli effetti sulla salute e sull'ambiente. Il corso presenta le contromisure previste a livello globale e le azioni che possono fare la Regione, l'Azienda sanitaria e le persone, come operatori del servizio sanitario e come cittadini, per la mitigazione e l'adattamento degli effetti nefasti della crescita economica, con l'intento di offrire strumenti pratici e favorire la partecipazione all'interno delle Aziende. Per il 2009 sono già previste oltre 10 edizioni del corso in 5 Aziende della Regione, con l'intento di estendere l'esperienza alle altre nel corso del 2010.

Mobilità sostenibile: Il giovane gruppo dei responsabili della mobilità aziendale (i "mobility manager") delle Aziende sanitarie ha il compito di fornire supporto alle Aziende sanitarie per la redazione del piano per gli spostamenti casa-lavoro previsto dal DM 27/03/1998. Per questo motivo, si è organizzato un corso di formazione per i mobility manager aziendali (maggio 2009), in vista dell'aggiornamento dei piani di mobilità.

Acquisti verdi: L'obiettivo degli acquisti verdi è quello di ridurre gli impatti ambientali del SSR e migliorarne la sostenibilità. La positiva esperienza del gruppo tematico che ha partecipato alla predisposizione della gara regionale per i servizi di raccolta e smaltimento dei rifiuti sanitari ha suggerito di estendere e sistematizzare l'inserimento di requisiti "verdi" nelle gare d'appalto del servizio sanitario e introdurre il "Green Public Procurement" (GPP) nelle Aziende sanitarie. Per questo motivo, le Aziende sanita-

rie e le aree vaste sono state invitate ad individuare propri referenti sul tema e, in collaborazione con ARPA e Intercent-ER, si stanno organizzando giornate di formazione rivolte a questi referenti e agli altri referenti che partecipano al Programma "Il SSR per lo sviluppo sostenibile". Le finalità degli incontri (il primo è previsto per il 17/06/2009), sono:

- Capire cosa sono gli acquisti verdi, quando e perché conviene farli;
- Quali beni/servizi possono essere acquistati direttamente dalle Aziende e quali devono essere acquistati tramite Intercent-er;
- Come fare un acquisto verde e di quali strumenti occorre dotarsi.

Gestione ambientale: è necessario garantire una capillare diffusione delle linee di indirizzo regionali, quindi si stanno organizzando due o più convegni per esaminare contenuti e modalità di applicazione e monitoraggio delle "Linee guida per la gestione dei rifiuti e degli scarichi idrici nelle Aziende sanitarie": il primo incontro si svolgerà il 23/10/2009 a Comacchio e si intende fissare un successivo incontro a Bologna entro la fine del 2009.

BIBLIOGRAFIA

1 *Deliberazione 2 aprile 2008 n. 602 "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2008"*

2 *"Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti dalle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna", Dossier 77-2003, Agenzia Sanitaria Regionale*

3 *Deliberazione 9 ottobre 2006 n. 1360 "Approvazione delle Linee guida regionali per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna"*

4 http://www.intercent.it/portal/page?_pageid=201,2198514&_dad=portal&_schema=PORTAL

5 http://www.intercent.it/portal/page?_pageid=201,2398315&_dad=portal&_schema=PORTAL

6 <http://www.saluter.it/wcm/pagine/iospengolospreco.htm>

La legge Brunetta e dubbi di incostituzionalità

Silvia Marzot - Avvocato in Bologna

L'art. 72 comma 11 della legge 133 del 2008, di conversione del DL 112 del 2008 (meglio nota come Legge Brunetta), introduce l'istituto della risoluzione anticipata del rapporto di lavoro per i soggetti che abbiano maturato 40 anni di anzianità contributiva alle dipendenze della Pubblica Amministrazione individuate dall'art. 1, comma II del d.lgs 165 del 2001.

La norma - che, a seguito dell'emendamento approvato in Parlamento nella seduta del 11.02.2009, è stata significativamente modificata ancorando la suddetta risoluzione al "*compimento dell'anzianità massima contributiva di servizio effettivo di 40 anni del personale dipendente*" -, presenta nella sua stesura profili di criticità rispetto al dettato costituzionale.

A tale proposito si evidenzia come il dispositivo in esame attribuisca alla singola amministrazione il potere (*rectius* la facoltà) di procedere al collocamento a riposo anticipato del proprio dipendente senza necessità di parametrare il provvedimento adottato ad alcun criterio dettato dalla Legge o da un regolamento, ma fondando le proprie determinazioni semplicemente su valutazioni contingenti e del tutto discrezionali.

Tale forma di recesso unilaterale rimessa all'assoluto arbitrio della PA si pone in evidente contrasto con i principi di giustizia e ragionevolezza di cui all'art. 3 della Costituzione; nonché in contrasto coi principi costituzionalizzati nell'art. 4 che riconoscono a tutti i cittadini il diritto al lavoro quale precipua modalità di svolgimento della personalità dell'uomo (cfr. Cass. sez. Lav. 10 del 2002), reso vincolante dalla direttiva UE 2000/78/CE.

Ma non solo. L'illegittimità costituzionale della norma in commento si evidenzia anche sotto l'ulteriore profilo della riser-

va contenuta nell'art. 97 e dei principi di imparzialità e buon andamento contenuto nell'art. 98 della Cost. Secondo l'interpretazione accolta dalla Corte Costituzionale e dalla dottrina, la riserva di legge relativa prevista dall'art. 97 è tale da imporre al Legislatore di prevedere "*i criteri e le direttive idonee a contenere in un ambito ben delimitato l'esercizio dei poteri normativi secondari nonché la determinazione dei fini da conseguire*" (Corte Cost. n. 383 del 1998): nel caso in esame non solo la Legge ha omesso di fissare i dovuti criteri direttivi in modo da assicurare l'imparzialità e l'oggettività delle scelte dell'Amministrazione; ma nemmeno alcuna delega regolamentare è stata prevista.

L'illegittimità costituzionale si evidenzia anche sotto il profilo del principio di imparzialità, buon andamento e di continuità dell'azione amministrativa sancito nell'art. 98 della Costituzione laddove si consideri che, avendo la PA una facoltà e non un obbligo di collocare a riposo il lavoratore, questo decida di procedere alla discriminatoria risoluzione di un rapporto di lavoro piuttosto che di un altro, senza una necessaria valutazione di opportunità sotto il profilo dell'efficacia e dell'efficienza dell'attività amministrativa. Il principio di imparzialità viene, altresì, lesa non essendo dato riconoscimento al dipendente pubblico di una qualsivoglia garanzia di giusto procedimento: non risulta, infatti, previsto un momento di confronto dialettico tra le parti nell'ambito del quale l'amministrazione possa esternare le ragioni per le quali ritiene di non consentire la prosecuzione sino alla scadenza prevista; e, dall'altro, il dipendente abbia la possibilità di far valere il proprio diritto alla difesa, prospettando i risultati delle proprie prestazioni e delle competenze esercitate, individuati nel

contratto a suo tempo stipulato. Appare, altresì, evidente anche il *vulnus* all'art. 30 della Carta dei Diritti Fondamentali UE: l'omessa indicazione della giusta causa di risoluzione del rapporto di lavoro - non essendo espressamente richiesta dalla Legge la ricorrenza della stessa quale presupposto per l'adozione del provvedimento - si pone in spregio col principio (stabilito sia a livello comunitario che nazionale) secondo il quale ogni lavoratore ha diritto di essere tutelato contro ogni licenziamento ingiustificato.

Non ultimo corre l'obbligo di sottolineare che la prevista contrattualizzazione del pubblico impiego impedisce alla PA - come riferito anche dalla stessa Corte Costituzionale - di recedere liberamente dal rapporto stesso (sentenza 313 del 1996): se così non fosse si verrebbe ad instaurare un così stretto legame fiduciario tra le parti che non consentirebbe ai dipendenti di svolgere in modo autonomo ed imparziale la propria attività gestoria (Corte Cost. sentt. 103 e 104 del 2007; 161 del 2008): in tale prospettiva è, dunque, indispensabile che siano previste adeguate garanzie procedurali tali che l'adozione di un eventuale provvedimento di revoca possa essere conseguenza solo di un'accertata responsabilità del lavoratore. A conclusione di questa breve *excursus* si conferma la possibilità della Associazione ANMDO di proporre impugnazione autonoma, innanzi al Giudice amministrativo, degli atti di macro - organizzazione con i quali le pubbliche amministrazioni, accogliendo il suggerimento di cui alla circolare del dipartimento della Funzione Pubblica 10 del 2008, adottano criteri applicativi della norma in oggetto, sollevando in via incidentale le questioni di costituzionalità ex art 134 cost. sopra individuate innanzi alla Corte Costituzionale.

IN EVIDENZA NELLA SANITÀ



PADANA EVEREST
detergenza tessile

I SERVIZI :

- Noleggio e gestione biancheria.
- Noleggio e gestione abiti sanitari.
- Noleggio e gestione set sterili chirurgici in tessuti tecnici riutilizzabili (T.T.R.).
- Noleggio e ricondizionamento di materassi e guanciali.
- Disinfezione e sanificazione dei dispositivi a noleggio.
- Sterilizzazione dei dispositivi a noleggio.
- Gestione del guardaroba con logistica integrata.
- Gestione di centrali di sterilizzazione per la committenza, anche con progettazione e realizzazione.
- Ricondizionamento e sterilizzazione strumentario chirurgico.



In tutta sicurezza curiamo la qualità e pensiamo all'ambiente:

UNI EN ISO 9001:2000 - UNI EN ISO 13485:2004 / UNI EN ISO 14001:2004 / OHSAS 18001:1999 / CE 0434 - DIR. 93/42 EEC / UNI EN 14065: 2004

Servizio clienti: Travagliato (Bs) - tel. 030 6869311 - fax 030 660507 - sanita@padanaeverest.it - www.padanaeverest.it



GETINGE

RISPARMIA IL TUO TEMPO CON HS66 TURBO



GETINGE

La sterilizzatrice Getinge HS 66 Turbo, grazie alle avanzate tecnologie applicate, riduce drasticamente, fino al 35%, i tempi dei cicli di sterilizzazione.

La nuova autoclave consente di aumentare la vostra capacità produttiva utilizzando meno macchine e riducendo i tempi ed i costi totali.

GETINGE SPA – Via dei Buonvisi 61D – 00148 Roma
Tel: 06.656631 • Fax: 06.65663247
E-mail: info@getinge.it • www.getinge.com

MEMBER OF THE GETINGE GROUP

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 – Delega al Direttivo Nazionale
- Art. 27 – Rinvio
- Art. 28 – Libri sociali
- Art. 29 – Adozione del Regolamento

Capo I – Delle denominazione, sede, durata e scopo

Art. 1 – Denominazione, sede e durata

1.1. È costituita un'associazione senza scopo di lucro sotto la denominazione «**Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere**» (in sigla «**AN.M.D.O.**») con sede in comune di Bologna (BO), via Tagliapietre n. 8., Partita IVA 02678321205 - C.F. 90003900280.

La modifica della sede sociale all'intero potrà essere deliberata dall'organo amministrativo.

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

Art. 2 – Scopo

2.1. La «A.N.M.D.O.» (di seguito l'«Associazione») ha finalità scientifiche e di tutela legale e sindacale.

2.2. La finalità di tutela legale e sindacale è quella di rappresentare i medici dell'area igienico – organizzativa e di

“management” sanitario, di prevenzione e dei servizi territoriali, delle aziende sanitarie pubbliche e private e di tutelare il loro ruolo.

2.3. 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 “ANPOASCOTI 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 “ANPOASCOTI FIALS MEDICI”.

2.4. Le finalità scientifiche sono le seguenti:

- 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.

2.5. Nello svolgimento delle proprie attività l'Associazione potrà avvalersi dell'azione dei soci, di coloro (soci o non soci) che offriranno in modo volontario la loro collaborazione, dell'opera dei propri dipendenti e consulenti, dei contributi e dei finanziamenti di Istituzioni, Enti o terzi sostenitori e del patrimonio costituito come da successivo art. 9.

2.6. Nel perseguimento degli scopi dell'Associazione e per il miglior funzionamento organizzativo, gestionale e programmatico della stessa, gli organi statutari potranno avvalersi di appositi gruppi di lavoro e/o tecnici e/o di studio strutturati e organizzati secondo necessità.

Tali organismi c.d. 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 eleggerà, nominerà o incaricherà i componenti i quali dovranno rendicontare della propria attività e risponderne al Direttivo Nazionale stesso e al Presidente Nazionale.

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

3.1. 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

4.1. 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 alla organizzazione dei servizi territoriali e dei distretti socio-sanitari ed 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 ai alle precedenti lett. a) et b) presso i distretti socio-sanitari e i Dipartimenti di Sanità Pubblica/Prevenzione.
- 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), 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.

4.2. Possono essere “**soci di sezione**”:

- a. Coloro i quali, pur appartenendo ad una delle categorie di cui al precedente art. 4.1., 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.

Poiché 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.

4.3. 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.

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

4.5. 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 loro legale rappresentante *pro tempore* ovvero un loro delegato all'uopo nominato. In tal caso, per quel che concerne i 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.

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

5.1. L'ammissione alle singole sezioni o ad entrambe le sezioni, 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 motivazione. Al momento dell'ammissione il socio è tenuto al pagamento della quota sociale.

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

5.2. Coloro i quali non avranno presentato la loro richie-

sta 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

6.1. Salve le limitazioni di cui al precedente art.4, gli iscritti all'Associazione nominati Direttori generali o eletti a cariche politiche conservano l'iscrizione e possono votare, e possono assumere o conservare incarichi di natura sindacale nell'ambito dell'Associazione. Non possono essere eletti Presidente Nazionale né Presidente delle sedi Regionali, Interregionali e delle Province autonome.

6.2. Non possono rivestire qualsivoglia carica o funzione all'interno dell'Associazione o degli organismi extra-statutari di cui all'art. 2.5. 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

7.1. 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 potranno essere versate in via ordinaria tramite le aziende di appartenenza alla Tesoreria Nazionale o, in particolari casi, a mezzo delle Tesorerie Regionali o comunque attraverso bonifico sul C/C nazionale associativo a ciò indicato.

Le quote associative saranno devolute in percentuale dell'80% (ottanta per cento) alla Tesoreria Nazionale e del 20% (venti per cento) alle Tesorerie Regionali di riferimento.

Art. 8 – Morte, decadenza, recesso ed esclusione

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

8.2. 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.

8.3. Il Direttivo Nazionale può escludere con votazione a maggioranza semplice 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 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.

8.4. Ogni socio può recedere in qualsiasi momento dall'Associazione, mediante comunicazione a mezzo lettera A/R diretta al Presidente Nazionale, salva la limitazione temporale di cui al precedente art. 5.2.

8.5. 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.

8.6. 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 il socio decaduto, escluso o receduto non ha diritto a 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

9.1. Il patrimonio dell'Associazione è costituito:

- dai conferimenti patrimoniali disposti dai soci;
- da eventuali lasciti, donazioni, elargizioni, disposti in suo favore da persone fisiche o giuridiche, Enti pubblici o privati, da Associazioni e da Enti morali a qualsivoglia scopo costituiti;
- da ogni altra entrata destinata ad incrementarlo.

9.2. I mezzi ordinari per l'attività dell'Associazione derivano:

- dal reddito del patrimonio;
- dai proventi delle attività;

- dalle quote associative;
- da eventuali lasciti e/o donazioni;
- dai contributi ed elargizioni erogati dallo Stato e/o da altri Enti pubblici e/o privati
- da qualsiasi entrata economico-finanziaria.

9.3. Tutte le predette entrate e i beni attraverso esse acquisiti costituiranno patrimonio dell'Associazione.

9.4. 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

10.1. L'esercizio sociale corrisponde all'anno solare. Il primo esercizio si chiuderà al 31 (trentuno) dicembre dell'anno corrente. Per tutti gli altri anni l'esercizio finanziario andrà dal giorno 1 (uno) gennaio al giorno 31 (trentuno) dicembre di ciascun anno.

10.2. Il bilancio d'esercizio viene redatto dal Direttivo Nazionale e quindi, corredato delle osservazioni del Collegio dei Revisori dei Conti, presentato per l'approvazione al Consiglio Nazionale. La procedura di approvazione deve essere terminata entro 4 (quattro) mesi dalla chiusura dell'esercizio sociale di riferimento.

Capo IV – Degli organi

Art. 11 – Organi sociali

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

11.2. Sono organi dell'Associazione:

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

11.3. Nessuna carica sociale è retribuita. Il Direttivo Nazionale potrà deliberare la corresponsione di un contributo ai singoli componenti degli organi sociali in forma di rimborso delle spese sostenute e degli 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

12.1. 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.

12.2. Ogni assemblea Regionale, Interregionale e/o della Provincia Autonoma nomina con elezioni da svolgersi entro 3 i (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 della rispettiva Sede Regionale, Interregionale o della Provincia autonoma con potere di firma limitato al fondo cassa regionale su delega del Presidente Nazionale;
- 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, a livello regionale, interregionale o di provincia autonoma, ha i medesimi poteri del Tesoriere Nazionale e, in particolare, 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.
- e. "Le cariche di cui alla lettera a), b), c), non sono compatibili con le cariche di cui all'art. 14.

12.3. 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 alla 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.

12.4. Ogni sezione deve essere composta da un limite minimo di trenta iscritti, non ricorrendo o venendo meno il quale dovrà darsi luogo ad un accorpamento interregionale delle attività, delle strutture e delle cariche.

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

- provvede alla rimozione del Presidente, dei Segretari e del Tesoriere Regionali, Interregionali e delle Province autonome qualora non agiscano in conformità allo statu-

to, 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 e comunque, sempre previo parere del Collegio dei Revisori dei Conti nella veste di Collegio dei Probiviri di cui al successivo articolo 18.5

- 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 livelli 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

13.1. L'Assemblea Nazionale è composta da tutti gli iscritti all'Associazione in regola con il versamento della quota associativa. L'Assemblea Nazionale si riunisce di norma una volta ogni anno in occasione del Congresso Nazionale per approvare le linee e gli indirizzi generali dell'Associazione.

13.2. In occasione dell'Assemblea Nazionale elettiva, che di norma si riunisce ogni quattro anni, i soci dell'«A.N.M.D.O.» iscritti alle singole sezioni e in regola con il versamento della quota associativa eleggono nel loro ambito il Segretario Generale della sezione, che fa parte di diritto del Direttivo Nazionale.

13.3. I soci dell'«A.N.M.D.O.» iscritti ad entrambe le sezioni e in regola con il versamento della quota associativa, eleggono nel loro ambito 21 (ventuno) membri che entrano a far parte del Direttivo Nazionale.

13.4. L'Assemblea Nazionale elettiva è convocata dal Presidente Nazionale a mezzo 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 e, per quanto concerne l'Assemblea elettiva, dal Consiglio Nazionale.

13.5. 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 ventuno membri che andranno a comporre il Direttivo Nazionale e potranno stabilire le linee e gli indirizzi dell'Associazione e che le deleghe in loro possesso dovranno riferirsi a soci anch'essi iscritti ad entrambe le sezioni. I soci iscritti alla sola sezione sindacale potranno votare esclusivamente per l'elezione del Segretario Generale di quella sezione e per stabilire linee e indirizzi avvalendosi eventualmente di deleghe di soci iscritti alla sezione stessa.

13.6. 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 sono adottate a maggioranza.

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

13.7. L'Assemblea Nazionale ha le seguenti attribuzioni:

- a. fissare le direttive generali dell'Associazione;
- b. deliberare in merito alle eventuali proposte di modifica dello statuto;
- c. eleggere il Direttivo Nazionale;
- d. nominare i membri del Collegio dei Revisori dei Conti.
- e. Approvare il bilancio.

Art. 14 – Direttivo Nazionale

14.1. 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. 13.3.;
- b. i 2 (due) Segretari Generali per la sezione sindacale e per la sezione scientifica come da precedente art. 13.2.;
- c. Il Presidente ultimo scaduto.

14.2. Il Direttivo Nazionale definisce e attua le linee strategiche dell'Associazione in campo scientifico e sindacale 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. Decide sull'ammissione, decadenza ed esclusione dei soci;
- d. Stabilisce annualmente con propria delibera le quote di iscrizione;

- e. Designa colleghi a rappresentare l'Associazione nelle Commissioni Ministeriali, in quelle di altre Associazioni ed Enti, quali relatori in Congressi, Convegni, Seminari;
- f. Costituisce nel suo insieme il Comitato di direzione della rivista "L'ospedale" e provvede alla designazione del Comitato scientifico e del Comitato di redazione su proposta del Presidente e del Segretario scientifico nazionale;
- g. Presenta all'Assemblea per la relativa approvazione il bilancio annualmente predisposto dal Tesoriere Nazionale con le osservazioni del Collegio dei Revisori dei Conti;
- h. Delibera in merito ad eventuali revisioni dell'attribuzione delle attività sindacali di cui all'art. 2.3.

14.4. Il Direttivo Nazionale è convocato dal Presidente Nazionale a mezzo invio "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.

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 e delibera a maggioranza assoluta.

Il Direttivo assume le proprie decisioni con la maggioranza dei votanti. In caso di parità dei voti prevale quello del Presidente.

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

14.6. Nessuna sede Regionale, Interregionale o di Provincia autonoma può essere rappresentata da più di 2 (due) membri nel Direttivo Nazionale. Del Direttivo Nazionale possono far parte al massimo 2 (due) Direttori Generali di cui alla lett. e) dell'art. 4.

Del Direttivo Nazionale possono far parte al massimo 2 (due) soci di cui al complesso delle lettere c), d), g), h) dell'art.4.1.;

Art. 15 – Presidente Nazionale

15.1. Il Presidente Nazionale:

- a. ha la rappresentanza morale e legale dell'Associazione di fronte ai terzi;
- b. è scelto tra i tredici membri del Direttivo Nazionale che sono stati eletti dai soci iscritti da entrambe le sezioni sindacale e scientifica nel corso dell'Assemblea Nazionale elettiva;
- c. è eletto con il voto favorevole della maggioranza dei membri del Direttivo Nazionale;



- d. convoca 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;
- e. sovrintende, insieme al Direttivo Nazionale, all'attività delle Segreterie Generali;
- f. provvede a dare attuazione insieme al Direttivo Nazionale agli indirizzi generali approvati dall'Assemblea Nazionale;
- g. provvede alle necessità improvvise ed in caso di urgenza può delegare membri del Direttivo Nazionale o del Consiglio Nazionale per specifiche questioni che dovranno comunque essere portate all'attenzione del Direttivo Nazionale per la ratifica;
- h. è Direttore Editoriale della rivista «L'ospedale» e di «ANMDO News»
- i. dura in carica quattro anni e può essere rieletto;
- j. ha la facoltà di delegare alcune competenze ad altri membri del Direttivo Nazionale;
- k. ha la facoltà di delegare il potere di firma ai Presidenti Regionali, Interregionali o delle Province autonome come da precedente art. 12.2.;
- l. ha la facoltà di nominare Avvocati e Procuratori nelle liti attive e passive riguardanti l'Associazione davanti a qualsiasi Autorità Giudiziaria od Amministrativa ed a qualsiasi grado di giurisdizione, fermo restando che tali decisioni dovranno essere portate all'attenzione del Direttivo Nazionale per la ratifica.

Art. 16 – Vice Presidenti

16.1. 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

17.1. Il Consiglio Nazionale è composto da:

- a. i Presidenti delle Sedi Regionali e delle Province autonome
- b. dai delegati delle Sedi Regionali e delle Province autonome
- c. i membri del Direttivo Nazionale.

17.2. 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.

17.3. Il Consiglio Nazionale è convocato dal Presidente Nazionale a mezzo 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.

17.4. Il Consiglio Nazionale dura in carica quattro anni.

17.5. Il Consiglio Nazionale:

- a. approva gli indirizzi programmatici e strategici dell'Associazione;
- b. delibera sulla data e sul luogo di convocazione dell'Assemblea Nazionale elettiva ed approva il relativo ordine del giorno;
- c. delibera la costituzione e lo scioglimento delle Sedi Regionali e ne approva il regolamento.

I membri del Consiglio nazionale anche membri del Direttivo nazionale in seno alle adunanze del Consiglio nazionale di approvazione del bilancio avranno diritto di intervento, ma non hanno diritto di voto e non saranno perciò computati ai fini del quorum costitutivo e deliberativo.

Art. 18 – Segretari Generali

18.1. Il Segretario Generale 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.

18.2. I Segretari Generali di Sezione si avvalgono ciascuno di una segreteria generale. Ognuna delle due segreterie è composta da quattro membri, di cui 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 due membri di ognuna delle 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, il vice presidente con delega per l'attività scientifica ed il vice presidente con delega all'attività organizzativa.

Fanno parte di diritto della Segreteria nazionale per la tutela legale e sindacale il Presidente ed il Vice Presidente con delega al riguardo.

18.3. 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.

18.4. Ciascun Segretario Generale cura, avvalendosi della propria segreteria, l'esecuzione delle decisioni adottate dal Direttivo Nazionale.



18.5. Il Segretario Generale per le attività di tutela legale e sindacale ha la rappresentanza sindacale dell'Associazione, per quanto non previsto dall'art.2.3, e cura i rapporti con l'Associazione sindacale "ANPO – ASCOTI – FIALS MEDICI".

Art. 19 – Collegio dei Revisori dei Conti

19.1. Il Collegio dei Revisori dei Conti è composto da 5 (cinque) nominati dall'Assemblea Nazionale e durano in carica 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 redatto dal Direttivo Nazionale.

19.2. 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

20.1. Il Tesoriere Nazionale, su delega del Presidente Nazionale, dispone delle attività economiche e delle operazioni su C/C dell'Associazione; è custode del patrimonio dell'«A.N.M.D.O.», 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 e 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.

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 tramite i Tesorieri Regionali i soci morosi.

Ogni tesoriere è responsabile degli adempimenti connessi in riferimento al tempo del mandato espletato, non essendo trasferibili responsabilità e oneri in occasione di successione di cariche, mandati e/o gestioni diverse.

20.2. 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

21.1. 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.

Art. 22 – Segretario del Direttivo Nazionale

22.1. 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.

Art. 23 – Modalità delle elezioni

23.1. L'elezione dei ventuno componenti il Direttivo Nazionale espressi dall'Assemblea e dei membri del Collegio dei Revisori dei Conti avviene mediante la presentazione di una o più liste chiuse ciascuna sottoscritta da almeno 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.

23.2. 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 per alzata di mano.

23.3. Il seggio elettorale in via ordinaria è costituito nella sede dell'Assemblea Nazionale ed è composto da 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.

23.3. Il Direttivo Nazionale provvede ad eleggere con voto palese il Presidente Nazionale a maggioranza.

Successivamente, con le medesime modalità, potrà eleggere le altre cariche sociali.

In caso di eventi interruttivi non temporanei di rappresentatività dei membri in carica (dimissioni, perdita della qualità di associato, sospensione o altro) il Consiglio Nazionale provvederà a cooptare in carica a membro, con elezione a maggioranza, fermo quanto in ordine alla rappresentatività regionale e delle province autonome in seno al Direttivo Nazionale fino a un massimo di cinque dei componenti, oltre il quale dovrà essere convocata l'Assemblea Nazionale per una nuova elezione.

In caso di evento interruttivo riferito alle cariche sociali, il Direttivo Nazionale nominerà il suo successore che resterà in carica fino alla successiva riunione dell'organo competente a nominare quella carica sociale.

Art. 24 – Modifiche statutarie

24.1. Le eventuali modifiche del presente statuto dovranno essere deliberate a maggioranza dall'Assemblea Nazionale con un numero di votanti, deleghe comprese, pari almeno a due terzi degli iscritti in sede di prima convocazione. In sede di seconda convocazione l'Assemblea è valida qualunque sia il numero dei presenti.

Capo VII – Dello scioglimento

Art. 25 – Scioglimento e devoluzione del patrimonio

25.1. Lo scioglimento dell'Associazione e la devoluzione del patrimonio della stessa sono deliberati con il voto favorevole di almeno $\frac{3}{4}$ (tre quarti) dei membri aventi diritto al voto dell'Assemblea Nazionale la quale 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 – Delega al Direttivo Nazionale

26.1. 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. 27 – Rinvio

27.1. Per tutto quanto non è previsto dal presente Statuto si fa riferimento alle Norme del Codice Civile e della normativa vigente in materia di Associazioni e sindacati. Il Foro competente, per ogni eventuale controversia, è quello della sede legale.

Art. 28 – Libri sociali

28.1. L'Associazione deve tenere:

- il libro delle deliberazioni dell'Assemblea;
- i libri delle deliberazioni del Direttivo Nazionale e del Consiglio Nazionale;
- il libro delle deliberazioni del Collegio dei revisori dei conti;
- il libro dei soci;
- 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. 29 – Adozione del Regolamento

29.1. Il Direttivo Nazionale s'impegna ad elaborare il Regolamento attuativo del presente Statuto entro sessanta giorni dalla registrazione del presente statuto.

Art. 30 – Norme transitorie e finali

Gli organi Nazionali, Regionali e delle Province autonome dell'Associazione in carica all'atto dell'approvazione e della registrazione del presente Statuto rimangono tali fino al termine naturale del loro mandato.

OUTSOURCING

Mettersi insieme è un inizio,
rimanere insieme un progresso...
lavorare insieme un successo.

Henry Ford



clean food facility senior



markas
service



Markas Service s.r.l.

Via Macello 73 I - 39100 Bolzano T +39 0471 307611 F +39 0471 307699

www.markas.it info@markas.it

REGOLAMENTO della «ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE»

Il presente regolamento è attuativo dello statuto dell'Associazione approvato dall'Assemblea dei soci il 19 Settembre 2008 salvo per quanto previsto dall'articolo 2 comma 3 dello stesso. Come da art. 29 dello Statuto:

Art. 1 – Modalità di convocazione

1.1. L'Assemblea Nazionale è convocata 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 stabiliti dal Direttivo Nazionale e, per quanto concerne l'Assemblea elettiva, dal Consiglio Nazionale.

L'Assemblea 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 deve essere convocato quando se ne ravvisa la necessità o quando ne è fatta richiesta motivata da almeno 1/3 (un terzo) dei suoi membri.

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'Assemblea Nazionale elegge i membri del Direttivo Nazionale ed i membri del Collegio dei Revisori dei Conti con le modalità di cui all'art. 23 dello Statuto. Ogni altra votazione in seno all'Assemblea Nazionale avviene con voto palese per alzata di mano.

2.2. Ogni votazione in seno al Consiglio Nazionale avviene con votazione palese per alzata di mano.

2.3. Ogni votazione in seno al Direttivo Nazionale avviene con voto palese per alzata di mano.

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. 13.6. dello Statuto, le deleghe per la rappresentanza nelle Assemblee (Nazionale e Regionali) devono essere conferite per iscritto ed 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 28 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.

7.2. La quota associativa (comprensiva di abbonamento alle riviste «L'ospedale» e «A.N.M.D.O. News») per l'anno successivo è determinata con deliberazione del Direttivo Nazionale (distinguendo le tipologie dovute per sezioni scientifica o sindacale e per categoria di associato) ed è comunicata, in forma scritta, con qualunque mezzo, ai soci entro e non oltre il giorno 31 (trentuno) gennaio dell'esercizio sociale di riferimento.

7.3. I nuovi soci devono provvedere al versamento della quota associativa al momento dell'ammissione. Nel caso in cui i versamenti non vengano effettuati dalle Amministrazioni di appartenenza, 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.

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.

7.4. Le quote associative dovranno essere ripartite con le modalità di cui all'art 7 dello Statuto.

Art. 8 – Cessazione dalla carica di Presidente Nazionale

8.1. La cessazione del Presidente per scadenza del termine ha effetto dal 1 Gennaio dell'anno successivo all' Assemblea 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 d'esercizio deve essere redatto dal Tesoriere Nazionale e, corredato dalle osservazioni del Collegio dei Revisori dei Conti, deve essere presentato al Direttivo Nazionale per l'adozione e successivamente proposto all'Assemblea Nazionale per l'approvazione.

Il Tesoriere Nazionale deve redigere il bilancio entro il mese di Marzo di ogni anno.

Il Collegio dei Revisori dei Conti deve esprimere le proprie osservazioni entro un mese dalla presentazione da parte del Tesoriere Nazionale.

In ogni caso, il bilancio deve essere presentato per l'approvazione al Direttivo Nazionale entro e non oltre il mese di Aprile di ogni anno.

La procedura di approvazione da parte del Direttivo Nazionale deve comunque essere terminata entro e non oltre il 30 (trenta) Maggio successivo alla chiusura dell'esercizio di riferimento.

Il bilancio viene sottoposto per l'approvazione all'Assemblea Nazionale in occasione del congresso nazionale corredato della relazione del Collegio dei Revisori dei Conti.

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-bis 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 rac-



comandata 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 Provisori. 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 (1^a 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 1^a classe *euro staro 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:

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

- e) i due membri della Segreteria Generale scelti nel proprio ambito dal Direttivo Nazionale sono sostituiti dal medesimo;
- f) 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:

- convoca e presiede le riunioni della Segreteria per la tutela legale e sindacale
- provvede a dare attuazione, insieme agli altri componenti della Segreteria per la tutela legale e sindacale, alle decisioni adottate dal Direttivo Regionale
- 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;
- 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:

- fino all'elezione del nuovo Segretario Sindacale Regionale da parte dell'Assemblea regionale il Direttivo Regionale designa un Vicario reggente;
- 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:

- 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;
- promuovere la qualità dell'organizzazione ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali anche tramite iniziative di formazione, di accreditamento e di certificazione;
- 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;
- programmare ed organizzare le riunioni scientifiche regionali dell'ANMDO, predisponendo i relativi programmi;
- collaborare con altre strutture organizzative aventi finalità di formazione e/o di ricerca in ambito socio-sanitario;
- collaborare con l'Autorità sanitaria anche ai fini dell'aggiornamento delle disposizioni vigenti in materia ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali;
- 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:

- convoca e presiede le riunioni della Segreteria scientifica;
- 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;
- predisporre il regolamento attuativo della Segreteria scientifica e le eventuali modifiche che devono comunque essere sottoposti, per la ratifica, al Direttivo Regionale;
- 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 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

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

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.




ARJOHUNTLEIGH



ArjoHuntleigh è dedicata
a migliorare la qualità e
l'efficienza dell'assistenza.

Il nostro approccio è basato su una profonda comprensione delle necessità di quanti sono coinvolti nel processo di assistenza - **Operatori, Pazienti e Strutture di assistenza e cura.** Da qui, sviluppiamo e forniamo soluzioni integrate per l'assistenza a persone con funzionalità motoria ridotta e annesse condizioni.

Visitaci a  **Optexpo '09** Verona, 26-28 maggio p.v.
Pad. 6 - Stand **A77**, presentandoti con questa
pagina riceverai un simpatico omaggio.

...with people in mind

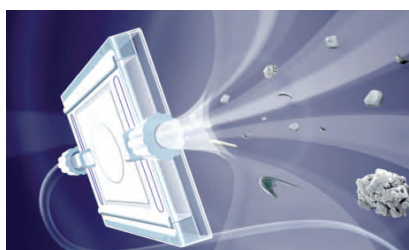
Il Gruppo GETINGE è leader globale nella fornitura di attrezzature, ausili e sistemi che contribuiscono a migliorare la qualità e il rapporto costi/efficienza nel campo dell'assistenza sanitaria e delle scienze biologiche. Attrezzature, assistenza tecnica e tecnologie sono fornite sotto i marchi ArjoHuntleigh, GETINGE e MAQUET.

www.ArjoHuntleigh.it

La rilevanza delle particelle e dell'incompatibilità nella terapia dell'infusione

Dr.ssa Cinzia Quarti

Technical and Marketing Manager - Medical Divisione - LifeSciences



Con il progresso delle terapie mediche verificatosi negli ultimi anni, quella infusione ha acquisito una certa complessità, in particolar modo nelle unità di terapia intensiva. Durante la terapia infusione intravenosa, fino a 10 milioni di particelle $>2 \mu\text{m}$ potrebbero entrare giornalmente nel circolo ematico del paziente tramite le soluzioni per infusione.¹

L'ORIGINE DELLE PARTICELLE

Soluzioni e sistemi per l'infusione

Durante la produzione delle soluzioni e dei sistemi infusionali, le particelle possono provenire da contenitori, bottiglie o cisterne. La maggior parte delle Farmacopee definisce una soglia limite entro la quale le particelle sono tollerate come "inevitabile contaminazione causata dalla produzione e dal trasporto". Nella pratica clinica in seguito alla manipolazione dei sistemi per infusione, ad es. attraverso rubinetti a tre vie o preparando siringhe usa e getta.

Reazioni di incompatibilità al farmaco

Le reazioni d'incompatibilità al farmaco costituiscono un'ulteriore e altrettanto significativa fonte di particelle. Queste reazioni avvengono quando un farmaco viene miscelato con altri farmaci, che potrebbero potenzialmente

reagire sul piano chimico o fisico. Si possono quindi formare precipitati, cristalli o aggregati, che contengono poi la sostanza farmacologicamente attiva sotto forma di particelle. Uno studio recentemente pubblicato dimostra che le reazioni di incompatibilità al farmaco rappresentano uno degli errori farmacologici più comuni nella terapia infusione.² Le reazioni di incompatibilità al farmaco possono essere ridotte al minimo durante il processo di pianificazione della terapia infusione.

DIMENSIONI DELLE PARTICELLE

Le dimensioni delle particelle rilevate nella terapia standard infusione possono variare considerevolmente. È stato dimostrato¹ che la maggior parte delle particelle hanno dimensioni inferiori a $5 \mu\text{m}$, ma le più grandi possono raggiungere i $100 \mu\text{m}$, ciò che rappresenta un grave rischio per la microcircolazione negli organi vitali.

EFFETTI CLINICI



DELLE PARTICELLE

Se il circolo ematico è contaminato da particelle, si possono verificare diversi effetti negativi clinicamente significativi.

Embolo diretto

Le particelle di diametro maggiore rispetto a quello del vaso sanguigno nel quale sono infuse possono embolizzare direttamente il vaso sanguigno interessato, riducendo l'apporto di ossigeno e di sostanze nutritive al tessuto circostante, che potrebbe in seguito progredire verso un'ischemia.

Trauma della cellula endoteliale

Le particelle acuminate o appuntite, possono causare un trauma diretto dell'endotelio vascolare non appena immesse nel circolo ematico, dando luogo ad infiammazione.



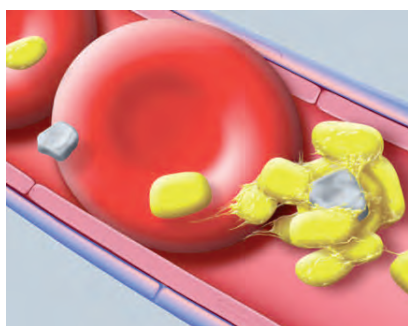
Trombogenesi

Le particelle infuse sono riconosciute come corpi estranei dal sistema immunitario dell'organismo, scatenando così una reazione di difesa, che può dar luogo all'incapsulamento e alla formazione di trombi attorno al corpo estraneo³, che potrebbero bloccare direttamente i vasi sanguigni o staccandosi causare il blocco sulla microcircolazione degli organi interessati. Le particelle immesse durante l'infusione potrebbero essere la possibile causa di una serie di trombosi delle vene a livello profondo.⁴

Reazioni infiammatorie

È stato dimostrato che le particelle scatenano reazioni infiammatorie.⁵ L'irritazione meccanica dell'endotelio conduce al rilascio di mediatori

infiammatori che stimolano l'infiammazione locale. Inoltre si possono formare radicali liberi sulla superficie della particella, scatenando lo stress ossidativo sulle superfici delle cellule adiacenti. Questo causa, a sua volta, il rilascio di mediatori infiammatori nelle cellule endoteliali. E' ancora questione dibattuta se lo stress ossidativo scatenato dalle particelle abbia una parte nello sviluppo dell'arteriosclerosi.



Macro-micelle lipidiche

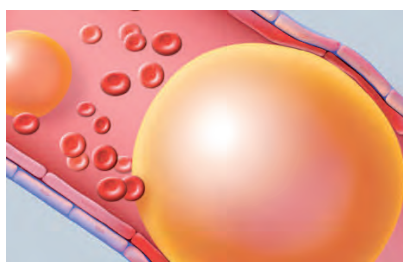
Le emulsioni lipidiche per il nutrimento parenterale possono destabilizzarsi in determinate condizioni di stoccaggio o durante la fase di applicazione.

Nelle emulsioni destabilizzate, le dimensioni delle micelle lipidiche possono superare i 5 μm e se vengono infuse nel circolo ematico del paziente, possono provocare una reazione di stress ossidativo negli organi del sistema reticolo-endoteliale.⁶ Gli emboli lipidici possono avere gli stessi effetti negativi sulla micro-circolazione del tessuto interessato degli emboli causati da particelle o da bolle di gas.

Emboli d'aria

Oltre alle particelle, un gran numero di bolle di gas può entrare nel sistema circolatorio del paziente durante la terapia infusionale. Queste bolle d'aria possono derivare dalla degassificazione delle soluzioni per infusione, da perdite presenti nei sistemi, o essere iniettate con l'aggiunta di farmaci nei sistemi stessi.

Una volta entrate nel circolo ematico del paziente, le bolle d'aria possono provocare un'embolia.



Riduzione della microcircolazione e ischemia del tessuto

A seguito di infiammazione o di ischemia del tessuto, le cellule endoteliali vengono private dell'ossigeno necessario per generare energia e avviare i processi all'interno della cellula, come il trasporto di ioni attraverso la membrana cellulare. Se tale funzione si deteriora, l'acqua può penetrare nelle cellule in modo incontrollato e causarne il rigonfiamento. Le cellule endoteliali rigonfie ridurranno ulteriormente il diametro interno dei vasi sanguigni interessati, riducendo la microcircolazione locale. La contaminazione da particolato durante la terapia infusionale potrebbero essere più pericolosa sui pazienti che soffrono di disordini microcircolatori preesistenti dovuti a malattia, terapia medica o a condizioni cliniche originarie (trauma, intervento chirurgico, reazioni infiammatorie sistemiche, sepsi, ustioni, infarto, ictus, ecc.) dato che il tessuto sottoposto a stress reagisce in modo di gran lunga più sensibile alla contaminazione particellare rispetto al tessuto sano. In definitiva, gli effetti clinici delle particelle sopra menzionati provocano l'ischemia dei tessuti, riduzione dell'afflusso di sangue al tessuto interessato, associata ad un ridotto apporto di ossigeno e di sostanze nutritive, e a una minore evacuazione dei prodotti metabolici finali. La riduzione della microcircolazione, specialmente negli organi maggiori, come i polmoni o il fegato, è sempre associata ad una riduzione della funzione dell'organo stesso e potrebbe progredire verso il danneggiamento o l'insufficienza di quest'ultimo o di più organi, portando il paziente a situazioni critiche, aumentandone il tasso di mortalità.

IL RUOLO DEI FILTRI DA INFUSIONE

Ritenzione delle particelle

Numerosi studi hanno dimostrato che l'uso di filtri infusionali (dimensioni dei pori 0,2 μm) riduce considerevolmente le complicazioni associate alle particelle.⁷

Eliminazione dell'aria

I filtri infusionali sono muniti di una membrana idrofobica integrata che consente l'eliminazione delle bolle di gas dalle soluzioni, minimizzando così in modo significativo il rischio di emboli gassosi.

Eliminazione delle goccioline di lipidi

I filtri per i lipidi (dimensioni dei pori 1,2 μm) impediscono l'infusione di goccioline di lipidi di misura superiore al normale, prevenendo così gli emboli di grasso e riducendo la contaminazione da particelle.

BIBLIOGRAFIA

1. Backhouse et al. (1987): *Particulate contaminants of intravenous medications and infusions. J Pharm Pharmacol*, 39 : 241 - 245
2. Taxis and Barber (2004): *Incidence and severity of intravenous drug errors in a German hospital. Eur J Clin Pharmacol*, 59 :815 - 817
3. Gatti et al. (2004): *Detection of micro-and nano-sized biocompatible particles in blood. JMater Sci Mater Med*, 15 : 469 -472
4. Danschutter et al. (2007) *Di-(2-ethylhexyl) phthalate and deep venous thrombosis in children: A clinical and experimental analysis. Pediatrics* 119: 742 - 753
5. Peters et al. (2004): *Effects of nanoscaled particles on endothelial cell function in vitro: studies on viability, proliferation and inflammation. J Mater Sci Mater Med*, 15 : 321 - 325
6. Driscoll et al. (2006): *Pathological consequences to reticuloendothelial system organs following infusion of unstable allinone mixtures in rats. Clinical Nutrition*, 25: 842 - 850
7. van Lingen et al. (2004): *The use of in-line intravenous filters in sick newborn infants. Acta Paediatr*, 93 : 658 - 662

GESI e lo Standard mondiale per i dati clinico-sanitari

Nel panorama articolato delle aziende italiane che operano sul mercato dell'Informatica Sanitaria, una posizione molto particolare è occupata dalla **GESI Gestione Sistemi per l'Informatica srl**. La GESI è stata fondata nel 1981 ed ha orientato inizialmente il proprio impegno tecnologico nell'area delle architetture di sistema e dei sistemi di basi di dati, sia centralizzati che distribuiti. A partire dal 1985, l'azienda si è andata sempre più specializzando nella progettazione e realizzazione di software per il settore della Sanità. Nel 1994 la GESI, ha dato un contributo originale all'intero settore definendo una *specifica architetture complessiva* per i sistemi informativi sanitari. Tale specifica, basata sull'esperienza diretta dell'azienda e sui risultati di progetti di ricerca applicata finanziati dalla Commissione Europea, ha ispirato lo standard italiano UNI 10533 "Struttura essenziale dei Sistemi Informativi Sanitari" (1994) e quindi lo standard europeo **CEN 12967** ("**Health Informatics Service Architecture**" 1997-2007). Lo standard "**HISA**", dopo essere stato adottato a livello europeo, è oggi in via di pubblicazione come standard mondiale ISO.

Nel 1994 la partnership strategica stabilita con l'Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico A. Gemelli, per la progettazione e realizzazione di soluzioni avanzate nel campo dell'informatica sanitaria, ha portato alla nascita del **Consorzio EDITH** quale continuazione del progetto "EDITH", supportato dalla Commissione delle Comunità Europee nell'ambito del programma ESPRIT. Nel 1997, l'azienda ha realizzato la prima versione del prodotto industriale **DHE**® (Distributed Healthcare Environment), una piattaforma "middleware" progettata sulla base delle indicazioni formu-

late dallo standard **CEN 12967**. Questo prodotto permette l'integrazione completa di tutti i dati - clinici, gestionali, economici - di una struttura sanitaria, sia a livello locale che territoriale.

Nel 1999, in Raggruppamento Temporaneo di Imprese con T-Systems SpA e con Engineering Ingegneria Informatica SpA, la GESI ha acquisito un contratto di outsourcing decennale per lo sviluppo completo e la gestione del sistema informativo dell'ospedale, del Policlinico A. Gemelli di Roma. Il Policlinico Gemelli rappresenta uno dei principali ospedali italiani con:

- 1.600 posti letto - 80 reparti
- 18 laboratori
- 1.5M pazienti registrati in anagrafe
- 70.000 pazienti ricoverati/anno
- 400.000 pazienti ambulatoriali/anno
- 20.000 interventi chirurgici/anno
- 200.000 radiografie/anno

Nel 2003 la GESI, in collaborazione con la multinazionale TietoEnator, ha siglato un contratto con il "Copenhagen Hospital Corporation" per la fornitura, manutenzione e consulenza al **DHE**®, scelto come prodotto per l'integrazione dei sistemi esistenti in tutti gli ospedali della Regione di Copenaghen e per lo sviluppo di nuove applicazioni sul territorio.

Ad oggi il "repository sanitario" della "Region Hovedstaden" (la Regione che corrisponde alla capitale della Danimarca) ospita le informazioni relative a circa 1,6 milioni di pazienti/cittadini, i cui dati sono inseriti, aggiornati ed interrogati utilizzando i servizi della piattaforma middleware creata dalla GESI. A partire da giugno 2009 il numero dei pazienti inseriti nel sistema arriverà a 3,5 milioni.

Nel 2009 la Molise Dati spa (società re-



Il DHE® permette l'integrazione di tutti i dati di una struttura sanitaria complessa



Il policlinico A. Gemelli di Roma: una struttura di cura con 1600 posti letto



Il portale sanitario degli ospedali della Regione Molise

gionale responsabile della infrastruttura informatica della Regione Molise) ha scelto il DHE®, in quanto conforme allo standard europeo CEN 12967, come prodotto adatto a realizzare l'informatizzazione degli ospedali della regione. Il progetto di Molise Dati prevede che entro 2009 il personale sanitario possa usufruire delle funzionalità principali del Sistema Informativo Ospedaliero in ogni ospedale. È prevista inoltre la creazione di un repository aziendale unico, in modo tale che i dati immessi nelle diverse strutture saranno resi subito di-

sponibili all'Assessorato alla Sanità per le esigenze di analisi e controllo.

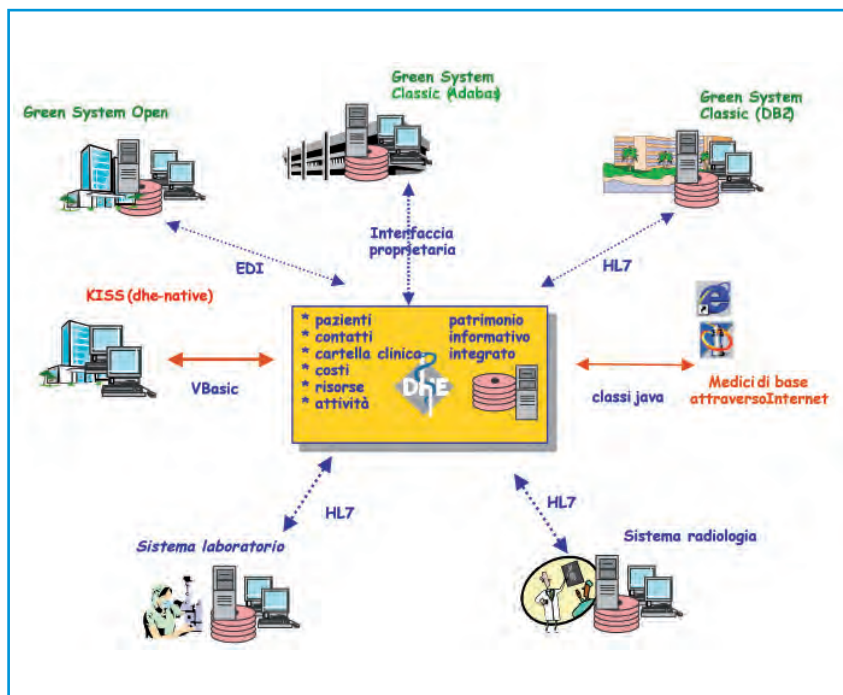
La direzione aziendale ci ha così sintetizzato l'attuale fase di impegno:

“Oggi la nostra azienda impiega oltre 50 addetti e vanta un portafoglio di prodotti che rispondono alle diverse esigenze di una moderna organizzazione sanitaria. L'offerta della GESI, composta di software e servizi specializzati, realizza un SIO (Sistema Informativo Ospedaliero) completo con funzionalità che vanno dall'ADT, ai Reparti, alla Cartella Clinica Elettronica, agli Ambulatori, al

CUP. Alla linea principale, si affiancano prodotti ancora più specializzati, quali un RIS (Radiology Information System) integrato con i principali e più moderni PACS esistenti, un LIS (Laboratory Information System) in grado di soddisfare le esigenze dei laboratori più complessi, un sistema informativo per l'attività delle Sale Operatorie, il Fascicolo Sanitario Elettronico per la condivisione delle informazioni cliniche tra strutture territorialmente distribuite.

L'insieme delle soluzioni della GESI risulta affidabile, facilmente installabile e manutenibile. Tutte le applicazioni sono in grado di operare indifferentemente sia in ambiente di rete locale che in contesti Web (Internet/Intranet/Extranet), mantenendo inalterate le caratteristiche di prestazioni e di sicurezza. A livello fisico, il sistema può essere articolato su diverse basi dati e su diversi server (anche tecnologicamente eterogenei) secondo le esigenze del cliente.

Infine, alle aziende sanitarie che adottano un “Repository Aziendale” basato sul nostro prodotto DHE® (che si trova ormai alla versione 5.1) siamo in grado di offrire un “Cruscotto Direzionale” potente e di facile utilizzo per l'esecuzione delle attività di analisi e controllo.



Scenario degli ospedali di Copenhagen - Tecnologie multiple per la condivisione di informazioni e “business object”.





III pteexpo '09

8ª FIERA E CONGRESSO Tecnologie, Prodotti e Servizi per la TERZA ETÀ

Veronafiere
26 - 27 - 28 Maggio 2009

I Convegni di PTE EXPO 2009

Martedì 26 Maggio 2009

L'ASSISTENZA AL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA: UN LAVORO D'ÉQUIPE - III° CONGRESSO AIOCC
PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE - III° CONGRESSO AIOCC
I MODELLI REGIONALI DI WELFARE E I SERVIZI DI ASSISTENZA:
GESTIONE DIRETTA, VOUCHER E ACCREDITAMENTO
RIABILITAZIONE E RIATTIVAZIONE DELL'ANZIANO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
SENTIERI DI CURA
EMOTIONAL CARE NELLE CASE DI RIPOSO
IL LAVORO D'ÉQUIPE

Mercoledì 27 Maggio 2009

L'ASP: FISCALITÀ E MODELLI TECNICO-CONTABILI DI GESTIONE E CONTROLLO
IL RESPONSABILE DI NUCLEO: UN RUOLO DETERMINANTE PER L'INTEGRAZIONE
PROFESSIONALE RSA / CASA PROTETTA
IL DOLORE NEL SOGGETTO ANZIANO: DALLA VALUTAZIONE AL TRATTAMENTO
III° CONGRESSO AIOCC
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: UN APPROCCIO VINCENTE
III° CONGRESSO AIOCC
NUTRIZIONE PER UNA MIGLIORE QUALITÀ DI VITA

Giovedì 28 Maggio 2009

VALUTAZIONE E PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA
III° CONGRESSO AIOCC
AMBIENT ASSISTED LIVING
ACCOGLIENZA IN CASA DI RIPOSO - III° CONGRESSO AIOCC
LA CRITICITÀ ASSISTENZIALE PER LA PERSONA ANZIANA
LA CURA CENTRATA SULLA PERSONA e il DEMENTIA CARE MAPPING
LA FORMAZIONE NELLE STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI
MASTER PER COORDINATORI DI SERVIZI ALLA PERSONA

Per informazioni ed iscrizioni:

PROGETTO MEETING - Via De' Mattuiani, 4 - 40124 Bologna Tel. 051 585792 - Fax. 051 3396122 - info@progettomeeting.it

Per il programma completo dei Corsi e Convegni di PTE Expo 2009:

www.finmark-congress.it



VERONAFIERE



PUBBLICITÀ IN ARRIVO



SANITÀ PROFESSIONALE PER PROFESSIONISTI DELLA SANITÀ



Il Sistema combinato Vernacare è ideato per soddisfare le esigenze di igiene e sicurezza degli utilizzatori e operatori nel trattamento dello smaltimento dei rifiuti biologici di pazienti allettati. Il Sistema Vernacare è costituito da un'unità di smaltimento e da una vasta gamma di dispositivi monouso sviluppati parallelamente nell'inseguimento della massima performance combinata. Vernacare, l'ideatrice del Sistema, ha una provata e quarantennale esperienza nella produzione e distribuzione di unità di smaltimento e di una vasta gamma di dispositivi monouso in ambito sanitario mondiale. Il Sistema Vernacare è utilizzato nel 85% degli Ospedali Inglesi e in Italia da oltre 20 anni.

Il "sistema Vernacare" ha come principali

obbiettivi:

- interruzione della catena di trasmissione di agenti biologici patogeni grazie all'utilizzo di dispositivi monouso;
- garanzia di alto livello di sicurezza e igiene per operatori e pazienti;
- comfort per il paziente;
- risparmio di tempo da parte degli operatori;
- contenimento dei costi di gestione "energetici e idrici";
- garanzia di un facile e innocuo smaltimento nel pieno rispetto dell'ambiente circostante.

bimedica@bimedica.it www.bimedica.it

COPMA: PIÙ QUALITÀ NEI SERVIZI, PIÙ QUALITÀ NELLA VITA

Copma è una società cooperativa con sede a Ferrara, operante dal 1971 strutturata per fornire i propri servizi a società ed aziende, pubbliche o private. La gamma dei servizi offerti, ad elevato standard qualitativo, è articolata in:

- Pulizia e sanificazione ambienti in grandi comunità (pubblica amministrazione, ASL, ospedali, industrie, centri commerciali, fiere, aeroporti)
- Manutenzione, progettazione e realizzazione di aree a verde (parchi,



impianti sportivi, potature tradizionali ed in tree climbing, sfalci)

- Pulizia e sanificazione canalizzazioni di impianti trattamento aria (condizionamento, aspirazione, ecc.)

- Trasporto vitto e gestione refettori.

Copma ha ottenuto, per le attività di progettazione ed erogazione servizi di sanificazione e pulizia, e di manutenzione e realizzazione aree verdi, le seguenti certificazioni:

- ISO 9001:2008 - Qualità
- SA 8000:2008 - Respon-

GYNIUS: LA DETERGENZA A NOLEGGIO

Gynius è il nuovo sistema di gestione della detergenza professionale progettato e realizzato da Arco-H&B per rispondere ai bisogni messi in evidenza dal mercato finale.

Si tratta di un moderno sistema di diluizione di prodotti chimici che rappresenta una vera nuova opportunità per il mercato, per svariate ragioni: innanzitutto rivoluziona il metodo di vendita, perché prevede il passaggio da euro al kg al canone mensile per la detergenza. Quindi viene introdotto il concetto di global service a fronte della vendita di taniche e flaconi con il metodo tradizionale: ne consegue che diventa possibile la vendita del detergente con un canone mensile al consumo, proprio come avviene per i beni strumentali come mezzi e macchine.

A questo punto anche gli stoccaggi di giacenza risultano ridotti, e aumenta la rotazione in magazzino abbattendo i costi per il trasporto. L'attivazione degli impianti "GYNIUS" presso i cantieri avviene da parte dei dealers, con programmazione di tutti i consumi preventivati permettendo quindi una tracciabilità e rintracciabilità dei consumi effettuati.

Ecco allora che anche per il dealer si concretizzano diversi vantaggi strategici, tutti di prim'ordine: la possibilità di analizzare e controllare i consumi di detergente attraverso uno specifico software; il monitoraggio costante dei consumi; l'ottimizzazione delle consegne; la programmazione delle vendite; la riduzione degli spazi di stoccaggio; il miglioramento dell'impatto ambientale. Proprio quest'ultima prerogativa è valsa al sistema la segnalazione per il premio Innovazione Amica dell'Ambiente, consegnato lo scorso 25 novembre a Milano.

Il tutto si traduce in uno straordinario strumento di fidelizzazione nei confronti della clientela finale.

arcochimica@libero.it
www.arcochimica.it



sabilità Sociale (Lavoro Etico)

- ISO 14001:2004 - Gestione Ambientale

- OHSAS 18001:2007 - Salute e Sicurezza.

Il sistema di accreditamento integrato di Copma ha ottenuto il "Merit Award" da parte dell'Ente certificatore.

Qualità, efficienza, professionalità, affidabi-

lità: sono gli elementi fondamentali che hanno permesso a Copma, in oltre 37 anni di attività, di costruire rapporti soddisfacenti e duraturi con i propri clienti; e sono le prerogative che Copma è in grado di garantire a tutti i propri potenziali clienti.

posta@copma.it
www.copma.it

UMONIUM³⁸: IL BIOCIDA CHE RISPETTA LA LEGGE

UMONIUM³⁸, distribuito in Italia in esclusiva dalla Alphadevice Srl, è un deter-disinfettante che presenta eccezionali caratteristiche di efficacia biocida nei confronti di virus, batteri, funghi, mycobatteri. Essendo perfettamente neutro ha anche il vantaggio di non esercitare alcuna forma di corrosione nei confronti di tutti i materiali e, grazie alla sua composizione non tossica, di rispettare la salute di operatori ed utenti che, in qualche modo, ne vengano in contatto.

Questo dimostra la piena rispondenza di UMONIUM³⁸ a tutte le caratteristiche richieste nel D.Lgs.81/2008 per quanto riguarda l'efficacia di disinfezione e la tutela della salute dei lavoratori. Il processo di disinfezione, infatti, oltre che alla protezione dei pazienti, è anche mirato alla prevenzione delle infezioni accidentali dei lavoratori nosocomiali. La disinfezione è infatti una misura di sicurezza di tipo collettivo, mirata alla protezione dal rischio biologico anche dei lavoratori e, come tale, è considerata anche dal D.Lgs.81/2008 che ha sancito le normative di legge che debbono regolare la scelta dei disinfettanti.

Quello che è stato un disinfettante efficace nel passato non è detto che lo sia ancora: per averne la certezza è necessario continuare a dimostrarlo, aggiornando le

vecchie documentazioni presentate, con quelle vigenti prescritte dalla comunità Europea (EN14885). UMONIUM³⁸ non solo è certificato in conformità a tutte le norme vigenti, ma viene sistematicamente ricertificato all'emanazione degli aggiornamenti. Tanta sicurezza nei confronti del prodotto viene anche dalla severa analisi critica a cui è stato sottoposto e, per cui ha ricevuto un riscontro molto favorevole, da parte dell'ISPESL, settore del Ministero della Salute il cui obiettivo è proprio la tutela della salute dei lavoratori. UMONIUM³⁸ è stato giudicato, infatti, idoneo proprio grazie alla sua straordinaria efficacia biocida, coniugata ad una pressoché assoluta assenza di tossicità del prodotto, tanto da poter essere utilizzato nelle concentrazioni d'uso senza particolari dispositivi di protezione individuali.

alphadevice@alphadevice.it
www.alphadevice.it



....e gli altri?



La nostra risposta al tuo problema della proliferazione batterica!

DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO LEGIONELLA

(secondo D.Lgs. 81/2008 e Linee Guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi del 04/04/2000)

DUE X DUE SRL - v. Lago di Alleghe 15 - 36015 Schio (VI)
 Tel: 0445.1740166 Fax: 0445.575812 E-mail: info@duexdue.com
www.duexdue.com

L'INNOVAZIONE PER IL COMFORT AMBIENTALE NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

L'unità di trattamento aria Serie FM-H di FAST S.p.A. costituisce l'evoluzione dei sistemi di condizionamento dell'aria a servizio degli ambienti ospedalieri.

Si tratta di una macchina capace di garantire specifiche condizioni di comfort e di sicurezza nel rispetto delle normative previste per gli ambienti sanitari. Le caratteristiche in-

novative di tale sistema tendono a minimizzare il rischio derivante dallo sviluppo di contaminanti biologici all'interno di questo tipo di unità.

Grazie alla rigorosa applicazione di precise normative e ad una pluriennale attività di ricerca condotta dall'Ufficio R&D FAST, il progetto si è concretizzato in una serie di specifiche tecniche innovative:

- rivestimento antibatterico brevettato applicato sulle superfici esposte al flusso dell'aria: esercita un'energica e continuativa azione disinfettante senza comportare alcun rischio

di dispersione di sostanze pericolose. L'efficacia del trattamento sui principali microorganismi (tra i quali la Legionella Pneumophila) è comprovata dagli esperimenti con-

dotti presso i laboratori del Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università di Padova;

- utilizzo di componenti particolari facilmente pulibili e sanificabili per ottenere un'elevata igienicità dell'aria;

- dettagli costruttivi studiati per ridurre al minimo le possibilità di accumulo di sporcizia, evidente fonte di contaminazioni batteriologiche;

- caratteristiche prestazionali e tenuta al trafilamento dell'aria tra le migliori presenti sul mercato garantite dalla certificazioni dei laboratori RWTÜV ed EUROVENT;

L'unità di trattamento aria Serie FM-H è disponibile in 15 grandezze con portate d'aria da 1000 a 35000 mc/h.

FAST è a disposizione con il suo team di consulenti per fornire maggiori informazioni.

info@fastaer.com
www.fastaer.com



HS66 TURBO: ALTA VELOCITÀ UGUALE COSTI RIDOTTI

Geringe è riuscita finalmente a coniugare due termini che spesso non vanno d'accordo tra di loro: la velocità con il risparmio delle risorse.

La nuova produzione Geringe di autoclavi turbo rappresenta lo stato dell'arte nella progettazione e nella produzione di sistemi per la sterilizzazione a vapore saturo.

Le autoclavi di sterilizzazione della serie HS66 turbo sono così veloci che permettono di risparmiare fino al 35% del vostro tempo senza incidere sui costi finali, e, aggiungendo il sistema ECO system, di tagliare drasticamente anche il vostro bisogno di acqua fino al 75% per ottenere il prodotto finito: il tutto rispettando sempre gli standard e le altre normative attualmente in vigore.

Il design e le soluzioni innovative della nuova autoclave Geringe HS66 turbo sono studiate per incontrare le esigenze dei clienti:

- **L'installazione** non necessita di particolari accorgimenti e pertanto non incide sui costi di preparazione degli ambienti di lavoro.
 - **Gli ingombri** risultano estremamente contenuti secondo lo standard della produzione Geringe e permettono l'installazione anche in ambienti particolarmente angusti.
 - **Gli accorgimenti meccanici e software applicati** consentono interventi di manutenzione semplificati con il solo risultato finale di risparmiare il vostro prezioso tempo ed aumentare la produttività.
 - **Il pannello di comando Touch Screen a colori** semplifica le vostre operazioni e vi permette il rapido controllo di tutte le funzioni della macchina.
 - **I Sensori di pressione dedicati**, oltre ai sistemi di sicurezza imposti dalle attuali normative, permettono l'apertura delle porte in assoluta sicurezza.
- Per quanto sopra esposto la HS66 turbo risulta la prima scelta per tutti quegli enti che vogliono unire la produttività con il risparmio garantendo nello stesso tempo agli operatori confort insieme alla certezza del risultato finale.

info@geringe.it
www.geringe.com





MONDIAL: SICUREZZA E INNOVAZIONE

La pulizia degli strumenti chirurgici rappresenta la condizione primaria per poter assicurare le successive fasi di disinfezione e di sterilizzazione. Per questo motivo è ormai riconosciuto come l'intervento meccanico attraverso lavastumenti appositamente studiate rappresenti elemento a cui porre sempre maggiore attenzione per una adeguata decontaminazione, per questo anche le regolamentazioni europee hanno già da qualche anno introdotto specifiche norme di riferimento quali la ISO15883 suddivisa a sua volta in parti applicabili specificatamente alle varie fasi e tipologie di lavastumenti. Mondial da anni presente nel campo dei dispositivi medici disinfettanti in virtù dell'esperienza acquisita nel campo e grazie agli studi effettuati in collaborazione con Istituti Universitari può mettere

a disposizione dei professionisti, operatori sanitari, infermieri epidemiologi, una vasta gamma di Dispositivi medici detergenti per rispondere alle ampie esigenze di decontaminazione dello strumentario chirurgico, applicando le più aggiornate innovazioni della ricerca nel campo dei tensioattivi, degli enzimi e degli anticorrosivi.

info@mondialprod.it
www.mondialprod.it



LA DIVISA DI CHI, INDOSSERAI DOMANI?

L'utilizzo di dispositivi medici monouso è ampiamente riconosciuto come uno tra i metodi principali per il controllo efficace delle infezioni. Nonostante ciò, ancora oggi, diversi operatori continuano ad indossare divise riutilizzabili. Il vantaggio delle divise monouso BARRIER è la certezza di essere gli unici a poterla indossare; ciò contribuisce all'efficacia delle azioni tese al controllo delle infezioni con vantaggi per personale e pazienti.

La scelta delle divise monouso BARRIER per il personale, è una scelta di igiene e sicurezza ma anche una strategia di gestione dei costi.

La divisa monouso ha costi ridotti e soprattutto trasparenti, evita i costi relativi all'utilizzo di divise di tipo tradizionale che spesso sono "nascosti" come i costi di lavanderia, i costi relativi al fornitore o i costi legati ad esempio al riprocessamento di divise che non sono state nemmeno indossate, per non parlare di costi fissi e costi per il reintegro di divise mancanti o danneggiate.

Le divise monouso BARRIER sono confortevoli, conferiscono un aspetto professionale e sono disponibili in un'ampia gamma di colori, taglie e design per assicurare protezione e comfort ogni giorno.

Per conoscere meglio l'ampia possibilità di scelta nell'ambito dell'assortimento BARRIER, è possibile visitare il sito www.molnlycke.com/scrubsuits o scrivere ad info.it@molnlycke.com



Porte Ospedaliere



porte automatiche antipanico per filtri interni



FTA T.O.S. vista interna



FTA T.O.S. vista esterna



TSA T.O.S. vista interna



TSA T.O.S. vista esterna

BAGNARA di ROMAGNA · RA

☎ 0545 76009 - Fax 0545 76827

milano pescara roma

02 8394231 085 4483020 06 88566005

www.ponzi-in.it

**RIFIUTI SANITARI:
UN'OPPORTUNITÀ IN TEMA
DI ACQUISTI VERDI**

Con il sistema Mengozzi, certificato EPD, la gestione dei rifiuti ospedalieri rientra nel 30% di approvvigionamenti che le P.A. devono dedicare a servizi eco-compatibili.

Con l'introduzione della normativa sugli Acquisti Verdi (D.Lgs. 203/2003) ed il relativo Piano di Azione Ministeriale le pubbliche amministrazioni sono tenute a riservare il 30% dei propri acquisti a prodotti e servizi rispettosi dell'ambiente. Nel caso delle strutture sanitarie un'importante opportunità in questo senso arriva dai servizi certificati di gestione dei rifiuti ospedalieri. Non è un caso che i criteri ambientali stiano diventando un elemento di valutazione importante nei capitolati di gara per i servizi di raccolta e smaltimento dei rifiuti speciali.

Grazie al proprio sistema di gestione dei rifiuti sanitari, la Mengozzi Spa è in grado di fornire un servizio "chiavi in mano", svolto con contenitori riutilizzabili in plastica riciclata, che rientra nei criteri previsti dalla normativa sugli acquisti verdi. L'intero ciclo di gestione dei rifiuti della Mengozzi,



infatti, è stato il primo in Europa ed è l'unico in Italia ad aver ottenuto la certificazione EPD che contabilizza tutti gli impatti ambientali del servizio in base alla metodologia della valutazione del ciclo di vita. Un caso di avanguardia che ha permesso la definizione degli standard internazionali dell'EPD in questo settore.

Inoltre il sistema completamente automatizzato dell'azienda, attraverso l'applicazione di codici a barre sui contenitori, consente di fornire alle strutture sanitarie informazioni dettagliate sulle quantità di rifiuti prodotti in base al reparto di provenienza e al centro di costo.

contatti@ mengozzirifiutisanitari.it
www.mengozzirifiutisanitari.it



Sanità Professionale Per Professionisti Della Sanità **Vernacare®**

Sistema combinato per lo smaltimento dei rifiuti biologici

- Interruzione della catena di trasmissione delle infezioni ospedaliere
- Riduzione dei tempi di lavoro
- Massima igiene e confort
- Riduzione dei costi gestionali
- Smaltimento sicuro ed ecologico
- Aumento della qualità domestico-alberghiera

distribuzione esclusiva per l'Italia **bi-medica s.r.l.**

Sede Operativa: Via Provinciale Dalmine Almè, 20 • 24048 Treviolo (BG)
Tel. 035 6221138 • Fax 02 700502661
e-mail: bimedica@bimedica.it

TRIGENE E PERASCOPE: EFFICACIA RAPIDA E GARANTITA

BSS BioSafety Solutions è il network distributivo che commercializza in esclusiva per l'Italia prodotti innovativi per la disinfezione ambientale e la sterilizzazione chimica. Attraverso una capillare presenza sul territorio ed un'ottima rete commerciale è in grado di coprire tutte le esigenze di fornitura della clientela nazionale, a cui offre, con professionalità e competenza, una costante assistenza tecnico-scientifica e svariati programmi di formazione per operatori di disinfezione ambientale. La sicurezza di un dealer che sia in grado di coniugare il giusto prodotto alle esigenze di pulizia è il plusvalore assoluto di BSS: per il reprocessing della strumentazione termosensibile, ad esempio, nulla è meglio di PeraScope, lo sterilizzante chimico liquido pronto all'uso che agisce rapidamente ed in sicurezza. È un formulato ad alta efficacia microbiologica, studiato per la sterilizzazione dello strumentario endoscopico termo-labile: la sua miscela biocida



perossidica equilibrata garantisce un ampio spettro d'attività ad un bassissimo impatto ambientale. Inoltre il formulato, imbattibile contro spore, micobatteri, batteri, funghi, e naturalmente virus, ha una capacità sterilizzante in soli due minuti di contatto, una rapida efficacia che insieme alla semplicità di utilizzo rendono il prodotto una vera garanzia di successo. È un sistema di ultima generazione, costituito da due contenitori separati da attivare al momento

della preparazione. Basta versare il flacone dell'attivatore nel contenitore della soluzione base: una volta miscelati, si formerà una soluzione biocida di grande efficacia da immettere nel serbatoio delle macchine lavaendoscopi. Per un'efficace tutela dell'igiene quotidiana e prevenzione dalle infezioni negli ambienti nosocomiali, invece, il top della qualità è TriGene Advance, un disinfettante ad alto livello conforme alla nuova Direttiva Biocidi. Il TriGene Advance rappresenta l'ultima vera innovazione nel settore dei disinfettanti, infatti la sua straordinaria efficacia ed atossicità è frutto della sua microemulsione in nano particelle che permette una rapida penetrazione delle sostanze attive attraverso la parete cellulare dei microrganismi da eliminare. TriGene Advance agisce in media il 70% più velocemente degli altri disinfettanti tradizionali e può essere utilizzato per l'igiene quotidiana di superfici ed attrezzature, ma soprattutto nelle zone ad alto rischio quali sale e tavoli operatori, reparti specialistici di dialisi, terapie intensive, laboratori ospedalieri e camere mortuarie. Test condotti in laboratori indipendenti hanno infatti dimostrato che il prodotto garantisce un'efficacia a largo spettro, non corrode né deteriora e può dunque

essere usato con tutti i materiali tipici degli ambienti medicali.

Quando l'igiene è una priorità imprescindibile, affidarsi alle soluzioni BSS è una garanzia di risultato.

infobss@tiscali.it
www.bssonline.it



UN PRESENTE SEMPRE PIÙ "GLOBAL"

Cinquantasette anni di storia, tre adeguamenti societari ed altrettante generazioni hanno accompagnato il cammino della Pulitori ed Affini di Brescia lungo la strada del successo: un dinamismo imprenditoriale che le ha permesso di aumentare i servizi per una copertura globale delle esigenze della Clientela. Oggi Pulitori ed Affini opera con oltre 2000 addetti nell'ambito delle pulizie e delle sanificazioni ambientali di tipo civile, industriale, ospedaliero ed agro-alimentare su tutto il territorio nazionale detenendo una posizione di primissimo piano nel panorama del cleaning

italiano. In un mercato ormai saturo, la terza generazione ha deciso di perseguire una politica strategica votata all'innovazione, rispondendo alle sfide del mercato e anticipandone le tendenze, anche attraverso la proposta di servizi integrati. «Questo approccio – dichiara Stefano Consoli, Consigliere Delegato, – ci ha portato ad arricchire l'offerta con servizi ecologici, di catering, di lavanderia industriale e facility management, puntando molto su progetti di Global Service. Nel 2005, abbiamo operato una divisione Global



Service che ha visto l'impegno di diversi professionisti pronti ad occuparsi del coordinamento delle attività di manutenzione per immobili, giungendo negli ultimi anni a farne la nostra attività principale, fornendo una serie di prestazioni d'opera

attraverso cinque soggetti che si occupano sia della gestione dei servizi integrati che della realizzazione di nuovi impianti per strutture pubbliche e private». Sempre nell'ottica di soddisfare le esigenze del Cliente a 360°, l'azienda ha poi, nel tempo, acquistato altre piccole aziende attraverso cui

offre una serie di servizi ausiliari, come disinfestazione e derattizzazione, manutenzione del verde, trasporto conto terzi etc. Inoltre, fornisce servizi ecologici di analisi, raccolta, smaltimento, stoccaggio di rifiuti industriali attraverso una propria Divisione Ecologica; propone un efficiente servizio di Catering, un servizio di Lavanderia di tipo industriale, (per il noleggio ed il lavaggio di forniture industriali, alberghiere ed ospedaliere) nonché un servizio di Facility Management per la gestione degli immobili e servizi tecnici specialistici di gestione globale, manutenzione ordinaria e straordinaria.

www.pulitori.it

**PARTITA LA
CONVENZIONE CONSIP
SANITÀ'**



Il sistema delle Convenzioni CONSIP si estende anche ai servizi per gli immobili ad uso sanitario. Dallo scorso febbraio infatti è stata attivata la Convenzione CONSIP Sanità, che ha ad oggetto la fornitura di un sistema integrato di servizi per la gestione, conduzione, controllo ed esecuzione di tutte le attività necessarie a mantenere in completo stato di efficienza gli impianti tecnologici degli immobili adibiti prevalentemente ad uso sanitario.

Aggiudicataria dei lotti Campania, Basilicata, Puglia, Calabria, Molise, Lazio e Sardegna è la Romeo Gestioni che ha alle spalle una lunga esperienza nel facility, forte degli oltre 32 milioni di metri quadrati per cui rende servizi attraverso le Convenzioni Consip. Un modello ormai consolidato, nato nell'ambito del Programma di razionalizzazione degli acquisti della PA, che da anni sta dando risultati più che soddisfacenti. "Sono tanti i benefici che il sistema delle convenzioni assicura alle amministrazioni" assicura Gennaro Pasquale, Consigliere Delegato al Facility management della Romeo.

"La gestione di una pluralità di servizi tecnico-manutentivi attraverso un interlocutore unico,

LA 'GESTIONE IN SERVICE' DI EMODINAMICHE ED ALTRI REPARTI AD ELEVATO CONTENUTO TECNOLOGICO

Già nel 1986 il dott. Eugenio Cremascoli iniziò a proporre il primo modello organizzativo integrato -la cosiddetta 'gestione in service'- che cominciò a diffondersi progressivamente negli ospedali pubblici italiani a partire dalla fine degli anni '90. NGC si è affermata in questo settore come leader a livello nazionale, arrivando a gestire oltre 30 centri, con piena soddisfazione dei clienti.

Si tratta di una gara per la realizzazione di un cosiddetto 'contratto misto', in cui confluiscono prestazioni eterogenee (lavori, servizi e forniture) a seconda delle necessità dei singoli ospedali. Il concorrente progetta, realizza, completa -con apparecchi e arredi e finanzia completamente l'allestimento di strutture tecnologicamente complesse (come le emodinamiche o i blocchi operatori di cardio-chirurgia), applicando una formula simile al 'chiavi in mano'.

Oltre a tutto ciò il gestore del 'service' si prende carico anche dell'approvvigionamento e della logistica di tutti i materiali sanitari necessari per lo svolgimento dell'attività clinica di questi reparti, garantendo l'adeguato mantenimento delle scorte. Il gestore percepisce dall'ospedale una remunerazione fissa per ogni caso clinico eseguito nel periodo contrattuale, che di norma è di 5-7 anni. Per le strutture pubbliche ciò si traduce non solo nella certezza di tempi molto brevi per la realizzazione delle strutture, ma anche nella garanzia della massima efficienza sotto il profilo pratico e, per quanto riguarda gli aspetti economici, evita l'onere delle anticipazioni finanziarie, consentendo il più attento controllo delle spese e il contenimento sostanziale dei costi.

Questo modello organizzativo adottato da NGC è certificato e le verifiche periodiche attestano l'alto grado di soddisfazione degli utilizzatori.

ncg@ncg.it
www.ncg.it



la possibilità per le Amministrazioni di concentrare le loro attività sulle funzioni di controllo e monitoraggio, non avendo più compiti di pianificazione e coordinamento degli interventi, l'acquisizione di un quadro conoscitivo

completo della consistenza e della funzionalità degli impianti tecnologici, sono solo alcuni dei punti di forza della Convenzione. I dati parlano chiaro: l'adesione alle precedenti convenzioni ha portato alle PA un risparmio di spesa di

oltre il 20% dovuto alla convenienza dei prezzi stabiliti dalle Convenzioni e ai minori costi amministrativi legati ai servizi. Direi che è un vero toccasana, in tempi di finanza pubblica da brivido."

www.romeogestioni.com

STERILIZZAZIONE RAPIDA E SICURA

Sterrad 100NX è l'innovativo sistema realizzato per sterilizzare in modo rapido e sicuro strumenti sensibili all'umidità e al calore. E' possibile sterilizzare anche lumi a canale singolo in acciaio con diametro interno di 0,7 mm o superiore. Facilmente trasportabile e poco ingombrante, il sistema è dotato dell'opzione doppia porta e richiede, per il suo funzionamento, solo una presa di corrente trifase. La camera di sterilizzazione è rettangolare e l'operatore può aprire e chiudere la porta mediante pulsante a pedale o comando a display.

Cicli- Il ciclo di sterilizzazione è di 47 minuti ed il trattamento avviene ad una temperatura operativa di circa 45/55°C in ambiente a basso tasso di umidità. Il ciclo FLEX di 42 minuti è stato specificamente concepito per la sterilizzazione degli endoscopi flessibili compatibili, aumentando la flessibilità d'uso del sistema.

Gestione del perossido di idrogeno- L'apparecchiatura gestisce l'agente sterilizzante in condizioni di totale sicurezza: il perossido di idrogeno, alla concentrazione di circa il 58%, viene fornito attraverso apposite cassette, ossia attraverso un sistema autocontenuto, sigillato e che, in caso di fuoriuscita accidentale, non comporta alcuna possibilità

di entrarvi in contatto da parte dell'operatore. L'eventuale fuoriuscita di perossido di idrogeno è segnalata attraverso un indicatore chimico integrato nel confezionamento della cassetta. Le cassette hanno una shelf life di 15 mesi e possono essere stoccate a temperatura ambiente. Il sistema Sterrad 100NX attraverso il sistema RFID (Radio Frequency Identification) identifica le cassette, verifica la validità del lotto e riconosce una cassetta parzialmente usata. La funzione di smaltimento cassetta sposta in automatico la cassetta che gestisce l'agente sterilizzante dall'interno dello sterilizzatore al box di raccolta cassette.

Monitor del perossido di idrogeno- Attraverso l'innovativo sistema di controllo, l'apparecchiatura è in grado di misurare direttamente la concentrazione di perossido d'idrogeno all'interno della camera di sterilizzazione. L'operatore può visualizzare a display tutte le informazioni di controllo.

infoasp@ethit.jnj.com



PROTEGGE
LA VOSTRA PELLE
GIORNO DOPO
GIORNO
DISINFETTA
NUTRE
SENZA DISIDRATARE

device

Alphadevice s.r.l.

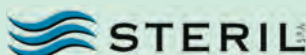
Via A. Bartocci 5/b
05100 Terni Italia
Tel. 0744.817248 Fax 0744.817431
www.alphadevice.it

H Huckert's
international
Your best Partner in Hygiene
www.umonium.com

**PONZI: PORTE
AUTOMATICHE
PIEGHEVOLI PER
COMPARTIMENTAZIONI
INTERNE**



La gamma di prodotti utilizzata negli ospedali è estremamente varia infatti oltre a produrre ingressi a tenuta ermetica idonei per i teatri operatori, per il cui segmento Ponzi è produttore leader in Italia, è altresì in uso la vasta gamma di porte automatiche per filtri reparto, compartimen-



MONITORAGGIO AMBIENTALE ESPOSIZIONE A CHEMIOTERAPICI-ANTIBLASTICI

Le attività sanitarie legate alla manipolazione di chemioterapici antiblastici (CA) comportano un rischio per la salute e la sicurezza del personale esposto. I chemioterapici antiblastici inibiscono la crescita cellulare causando alterazioni nel DNA o nella divisione cellulare e conseguente morte delle cellule in replicazione. La Conferenza Stato Regioni del 5 agosto 1999 "Documento di Linee Guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antiblastici in ambiente sanitario" riconosce, in effetti, l'esposizione ai CA come uno dei rischi rilevanti nel settore sanitario.

È quindi necessario che l'esposizione professionale ai chemioterapici antiblastici venga mantenuta entro i limiti più bassi possibile.

Al fine di una valutazione del rischio di esposizione, Steril Spa, specializzata nel Controllo della Contaminazione Ambientale, ha attivato una metodologia di lavoro utilizzando procedure di monitoraggio ambientale che consentono (attraverso sopralluoghi conoscitivi) la raccolta e l'elaborazione dei dati atti a quantificare l'esposizione ai Chemioterapici Antiblastici.

Tali dati, correlati ai parametri clinico-diagnostici, sono in grado di verificare la compatibilità tra le condizioni psico-fisiche del lavoratore e l'esposizione professionale.

Il protocollo di sorveglianza sanitaria proposto da Steril s.p.a. prevede l'analisi delle diverse distribuzioni percentuali di contaminazione ambientale al fine di definire:

- la conformità ai parametri strutturali, impiantistici e tecnologici presenti negli ambienti;
 - i livelli di organizzazione del lavoro;
- elementi questi essenziali per la gestione del "rischio professionale".

info@sterilspa.it www.sterilspa.it

tazione interna ed ingressi ospedali. La porta pieghevole automatica Ponzi FTA TOS risulta l'ingresso con il più largo uso all'interno dei presidi ospedalieri e case di cura. Può essere utilizzata infatti come filtro pre-operatorio, compartimentazione di reparti ed ingressi principali. Si presta in maniera particolare in quanto soluzione per problemi specifici quali vani ridotti, privi di spazi laterali per far scorrere le ante. Il movimento pieghevole libera completamente il vano facilitando i percorsi di disabili ed anziani, il passaggio di barelle e la sua chiusura in tempi ridotti ottimizza il controllo della temperatura. Le ante pieghevoli

sono realizzate in profilati di alluminio con sezioni da 30 mm complete di perni superiori ed inferiori ruotanti su cuscinetti a sfera e dotate di cerniere ad alta resistenza; la miniaturizzazione dei componenti migliora l'effetto estetico e ne ottimizza le prestazioni e la funzionalità, offrendo un'eccezionale silenziosità nel movimento. La porta automatica pieghevole Ponzi FTA può essere dotata di sistema TOS, verificato da un apposito Ente certificatore che ne ha attestato l'idoneità all'uso per uscite di sicurezza aventi anche funzione di via di fuga, in alternativa alle tradizionali porte a battente manuali dotate di maniglione antipani-

co. Le ante della porta in esercizio normale sono apribili a battente, ribaltabili verso l'esterno in caso di emergenza o panico con una semplice pressione manuale.

Questo sistema può essere anche utilizzato per la suddivisione interna degli ambienti, reparti e filtri operatori, perché adatto al passaggio di macchinari sanitari ingombranti e funzionale al lay out interno del personale ospedaliero e degli assistiti.

Le porte Ponzi FTA possono essere collegate ad un sistema in rete PC per creare percorsi guidati, per il controllo accessi dei filtri reparto ed unirsi al sistema di allarme.

www.ponzi-in.it

IL SISTEMA A MODULI INTEGRATI

Il Sistema a Moduli Integrati che Kemika presenta per la sanificazione delle superfici in ambito ospedaliero si basa su dati comprovati e validati dal laboratorio certificato BIOLAB di Milano in condizioni reali di utilizzo.

Si tratta di un sistema che impiega tre formulati a base di tre principi attivi differenti (Cloro in pastiglie, Biguanide-Quaternari, Clorexidina) abbinati anche all'uso di panni in microfibra che per le loro caratteristiche si adattano alle tre tipologie di superfici che si incontrano nell'ambiente ospedaliero, ossia i pavimenti, le attrezzature ed i servizi igienici sia nelle zone a Basso-Medio Rischio che nell'Alto Rischio. La differenza tra le due zone è nella concentrazione di impiego e nei tempi di contatto, che nell'Alto Rischio risultano più alti.

Questa impostazione semplifica notevolmente l'organizzazione del lavoro infatti con tre soli prodotti si effettua la sanificazione di tutte le superfici ospedaliere. Il sistema a Moduli Integrati deriva dal sistema a Moduli Generale, nel quale vengono previsti i 3 principi attivi formulati in tre diversi prodotti adatti alle pulizie e disinfezione delle tre tipologie di superfici.

Si applica il sistema a Moduli Generale, quando vi fosse la richiesta da parte di una direzione sanitaria di alternare la tipologia di disinfettanti. In questo caso, il numero di prodotti che devono essere resi disponibili è ben più alto.

Il Cloro, i Quaternari con Biguanide e la Clorexidina testati con concentrazioni, tempi di contatto e formulati adeguati, abbattano radicalmente la carica microbica sulle superfici fatto salvo che per quelle specie microorganiche per le quali già si conosce la scarsa efficacia (per esempio su spore, *Micococco TBC* e qualche virus). Efficacia comunque non richiesta per le superfici ambientali. Nella pratica della sanificazione delle superfici in ambiente ospedaliero l'esigenza dei tempi di lavoro sempre più ristretti, di evitare di lasciare patine o residui sulle superfici e sui pavimenti e quelle dei consumi e dei costi dei prodotti, giocano un ruolo molto importante. Il successo del Sistema a Moduli Integrati è dovuto all'efficacia disinfettante e detergente dei prodotti, abbinata alle esigenze su indicate, che si ottiene in tempi molto brevi. Quasi tutti i formulati sono PMC cioè disinfettanti che hanno ottenuto la registrazione al Ministero della Salute.



info@kemikaspa.com
www.kemikaspa.com

KemikaSPA

COLORODIN

Finalmente con Clorodin



Igiene e Odore sotto Controllo

Disinfettante per il trattamento dei rifiuti ospedalieri, assimilati e rifiuti organici infetti.



mondial
Concrete answers to real problems

SINCERT



35010 Limena • Padova • Via Don Zonta 3
Tel.049 768712 Fax 049 769497

info@mondialprod.it • www.mondialprod.it