



ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

postatarget
magazine

DC00S3399
Naz/185/2008

Posteitaliane

2 Aprile-Giugno 2019

L'OSPEDALE

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

**Dirigenza sanitaria:
governance del sistema
e responsabilità**

**Comunicazioni
45° Congresso Nazionale
A.N.M.D.O.**

**Poster
45° Congresso Nazionale
A.N.M.D.O.**

ORIZZONTI

45° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO



**Il futuro degli Ospedali:
analisi, integrazione, azioni**

Torino, 3 - 4 - 5 giugno 2019

Torino Incontra



EDICOM
info@gsanews.it • www.gsanews.it

SUPER S.H.O.W.

SAFETY HOSPITAL WORK

Aspiratore a circuito chiuso
per grandi volumi di liquidi biologici

LA SICUREZZA PRIMA DI TUTTO
con pellicola antibatterica agli ioni d'argento

- Sale Operatorie per interventi in Reparti
- **Urologia** - T.U.R.P., T.U.R.V., P.C.N.L.
 - **Ortopedia** - Artroscopia spalla, anca, ginocchio
 - **Terapie Intensive** - C.V.V.H. per svuotamento sacche



RIDUZIONE CROSS-CONTAMINATION

MAGGIORE SICUREZZA

RIDUZIONE DEI COSTI

MINORE CARICO DI LAVORO

OTTIMIZZAZIONE DEL PERSONALE



AZIENDA CERTIFICATA UNI EN ISO 13485:2016



4 Dirigenza sanitaria: governance del sistema e responsabilità

Gianfranco Finzi, Alberto Santoli

36 Comunicazioni 45° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.

47 Poster 45° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.

61 ORIZZONTI

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 72 - Numero 2 - aprile-giugno 2019

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

fax 02 70 63 34 29

e-mail: info@gsanews.it - www.gsanews.it

Direttore responsabile: G. Serrano

Direttore editoriale: G. Finzi

Segretario scientifico: I.I. Mura

Comitato di direzione: Appicciafuoco, A. Battista, A. Benvenuto, F. Bisetto, S. Brusafiero, M.T. Cuppone, G. Finzi, K. Kob, R. Lanzetta, R. Li Donni, G. Matarazzo, I.I. Mura, O.A. Nicastro, G. Pelissero, A. Pellicano, C. Ponzetti, R. Predonzani, A. Scarmozzino, G. Schirripa, G. Serafini, R. Siliquini, D. Stalteri, L. Tattini

Comitato di redazione: A. Appicciafuoco, M. Chittaro, G. Finzi, K. Kob, I.I. Mura, O.A. Nicastro, G. Pelissero, F. Ripa, R. Siliquini

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

Aziende Grafiche Printing - Peschiera Borromeo (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

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"

associato a:

ANES ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA DI SETTORE

Dirigenza sanitaria: governance del sistema e responsabilità

Riassunto

1. Assetto della governance e delle responsabilità della dirigenza sanitaria nella organizzazione del sistema sanitario: evoluzione normativa dal 1938
2. Aziendalizzazione del sistema sanitario: modifiche all'assetto della governance e delle responsabilità della dirigenza sanitaria
3. Privatizzazione del rapporto di pubblico impiego e contrattazione collettiva: modifiche all'assetto della governance e delle responsabilità della dirigenza sanitaria
4. Governance del sistema sanitario: le responsabilità penali della dirigenza sanitaria
5. Focus: le responsabilità disciplinari della dirigenza sanitaria dopo le ultime riforme
6. Conclusioni

ASSETTO DELLA GOVERNANCE E DELLE RESPONSABILITÀ DELLA DIRIGENZA SANITARIA NELLA ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO: EVOLUZIONE NORMATIVA DAL 1938

L'evoluzione della normativa sull'organizzazione del sistema sanitario italiano prende le mosse dal Regio Decreto 30 settembre 1938, n. 1631 -Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali-, prosegue con le innovazioni introdotte con la Legge 12 febbraio 1968, n. 132 -Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera-, attuata con il Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 -Ordinamento interno dei servizi ospedalieri-, arriva alla Legge 23 dicembre 1978, n. 833 -Istituzione del servizio sanitario nazionale- e si conclude con la Legge 23 ottobre 1992, n. 421 -Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale-, attuata con il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 -Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421- e le successive modifiche ed integrazioni allo stesso. Si tratta, quindi, di interpretare l'attuale assetto della governance delle aziende che compongono il SSN tenendo presenti le novità ovvero gli elementi di continuità rispetto a quanto legiferato negli ultimi novanta anni dallo Stato italiano e dalle regioni, prima e dopo la Carta Costituzionale.

Appare evidente che l'attuale assetto legislativo che si occupa del SSN, insieme a quello dei diversi servizi sanitari regionali, ha subito una notevole innovazione nei primi anni 90', come si cercherà di spiegare con il presente approfondimento.

Per favorire la lettura del *corpus normativo* e rendere agevole il raffronto tra le norme contenute nei testi legislativi sopra richiamati, sulla evoluzione

Dott. Gianfranco Finzi¹, Avv. Alberto Santoli²

1 Presidente Nazionale ANMDO

Direttore Sanitario Villa Erbosa Ospedale privato accreditato Gruppo San Donato

2 Patrocinante in Cassazione

Avvocato Ordinaristico

dell'assetto della governance e sulle modifiche via via introdotte in materia di responsabilità della dirigenza sanitaria, si fornisce una rappresentazione sinottica di norme per i seguenti ambiti: ospedali; dipartimenti; soprintendente sanitario e direttore sanitario aziendale; direttore sanitario di presidio ospedaliero; primario e direttore di struttura; dirigenti.

Come già detto il raffronto tra le norme intervenute sull'assetto della governance e sulle responsabilità della dirigenza sanitaria, permettono le seguenti considerazioni per gli ambiti presi qui a riferimento:

■ **OSPEDALI:** L'organizzazione più risalente si rinviene nel R.D. 1631 del 1938 che prevede la suddivisione in sezioni, divisioni e reparti, occorre poi attendere il 1968 per rinvenire nella L. n. 132 una più articolata declinazione delle esigenze di salute che devono trovare nei servizi e nei locali dei presidi ospedalieri una adeguata organizzazione basata sulla tecnica ospedaliera, ma seppur con qualche passo in avanti è prevista ancora la suddivisione in sezioni, divisioni e reparti, con l'aggiunta dei servizi. Infatti, in attuazione della L. n. 132 nel 1969 è stato emanato il **D.P.R. n. 128** che ha suddiviso i servizi ospedalieri in tre gruppi (igienico organizzativi – di diagnosi e cura – amministrativi e generali) e **confermato per ciascun ente ospedaliero la direzione sanitaria e negli enti con più ospedali la soprintendenza sanitaria (come già nel R.D. n. 1631 del 1938)**. In occasione dell'istituzione del SSN nel 1978 con la L. 833 gli stabilimenti ospedalieri sono stati inseriti tra le strutture delle unità sanitarie locali, affidando alle regioni la competenza legislativa per l'articolazione interna in dipartimenti, per superare quella precedente che prevedeva sezioni, divisioni e reparti. La spinta decisiva verso la riorganizzazione della rete ospedaliera è certamente contenuta nel D. Lgs n. 502/92 che consente alle regioni l'istituzione delle aziende sanitarie ospedaliere, a fianco di quelle che oltre ad avere competenza su uno o più presidi ospedalieri hanno la gestione dei servizi sanitari territoriali. Ma l'innovazione legislativa, nota come "aziendalizzazione del SSN", è diretta alla organizzazione, affidata all'atto aziendale, su base dipartimentale delle unità operative (che hanno sostituito le sezioni, divisioni e reparti). **Viene, comunque, confermata la previsione vigente dal 1968 che presso ciascun presidio ospedaliero, che**

sia di pertinenza di azienda sanitaria ovvero costituito in azienda ospedaliera sia presente un direttore sanitario, ruolo che deve essere ricoperto da un dirigente medico -dipendente dell'azienda con contratto di lavoro subordinato- sul quale grava la responsabilità igienica ed organizzativa del nosocomio, cui si affianca un dirigente amministrativo.

■ **DIPARTIMENTI:** Come sopra accennato nel 1969 è stato fatto qualche passo avanti verso una organizzazione degli ospedali volta alla integrazione delle competenze e delle capacità gestionali, infatti il D.P.R. n. 128 prevede la facoltà delle amministrazioni ospedaliere di realizzare "strutture organizzative di tipo dipartimentale" tra le sezioni, divisioni e reparti. Tutt'altro approccio è quello contenuto nel D. Lgs. N. 502/1992, d'altra parte è pienamente coerente con la logica posta a base dell'aziendalizzazione del SSN la previsione che **l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione di tutte le attività** delle singole aziende. Per la medesima ragione risulta dedicata particolare attenzione dal legislatore alla governance interna dei dipartimenti, all'assetto delle responsabilità organizzative, gestionali e professionali all'interno di ciascun dipartimento e nei confronti dei vertici aziendali, ferma restando la declinazione di norme di dettaglio affidate all'atto aziendale. Si ha, così, l'introduzione della figura del direttore di dipartimento, nominato direttamente dal direttore generale dell'azienda, con attribuzione diretta delle responsabilità, come detto, professionali, clinico-organizzative, di prevenzione, gestionali in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate. **Vengono, così, ascritte al dipartimento alcune responsabilità che la precedente normativa attribuiva al direttore medico di presidio o direttore sanitario di presidio, ed anche al soprintendente sanitario, figura quest'ultima che con il medesimo D. Lgs. n. 502/92 è stata abolita, per lasciare il posto al direttore sanitario aziendale. Al direttore di dipartimento sono assegnate, in particolare, le funzioni di gestione del rapporto di lavoro dei dirigenti medici, ivi compresa l'obbligatoria vigilanza sul rispetto degli obblighi contrattuali e l'attivazione dei procedimenti disciplinari. Si tratta di una profonda trasformazione della governance degli ospedali, in particolare per quanto attiene alla gestione delle risorse umane, dirigenziali e non, affidate ai dipartimenti, gestione che diviene**

propria e diretta del direttore di dipartimento, senza sovraordinazione in tale ambito del direttore medico di presidio, come si vedrà meglio più avanti.

■ **SOPRINTENDENTE SANITARIO E DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE:** La prima delle due figure è stata prevista per le amministrazioni che avevano diversi ospedali dipendenti dal R.D. n. 1631 del 1938, in aggiunta al direttore sanitario dei singoli ospedali. L'assetto delle attribuzioni e la posizione gerarchica del soprintendente sanitario erano ben diverse da quelle oggi attribuite al direttore sanitario aziendale, figura che ha sostituito la prima. **Era espressamente previsto nel 1938 che il soprintendente fosse gerarchicamente superiore ai direttori sanitari dei singoli ospedali** -in quanto entrambi dipendenti dell'amministrazione l'uno in posizione gerarchica superiore all'altro- tanto da essere titolare del compito di determinare le norme che avrebbero dovuto seguire i direttori sanitari di presidio, i quali a lui avrebbero dovuto rivolgere proposte e relazioni. Inoltre **al soprintendente sanitario era attribuita la vigilanza sul funzionamento dei servizi, con onere di formulare proposte all'amministrazione per superare le criticità rilevate.** La L. n. 132 del 1968 conferma l'assetto della disciplina riservata al soprintendente sanitario, tanto sotto il profilo del rapporto di lavoro dipendente dall'ente ospedaliero, quanto sotto quello delle attribuzioni. Infatti, **nel D.P.R. di attuazione della delega contenuta nella citata L. n. 132 è ancora previsto che il soprintendente: dirige e coordina "ai fini igienico organizzativi" l'attività e ne risponde al presidente; da lui dipendono i direttori sanitari dei singoli ospedali; è preposto a tutto il personale addetto ai servizi sanitari, dirigenti e non.** Nulla di tutto ciò è sopravvissuto al processo di aziendalizzazione contenuto nella L. n. 421/1992 e nel D. L.gs n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, fatta eccezione per la seguente previsione "*Il direttore sanitario [aziendale] dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico sanitari*". **Con lo stesso articolo con il quale viene introdotta per la prima volta la figura del direttore sanitario aziendale è prevista la soppressione del soprintendente sanitario, ma ciò non deve trarre in errore facendo ritenere che al primo siano state pedissequamente trasferite le attribuzioni del secondo.** La governance delle aziende sanitarie, infatti, stravolge completamente quella delle unità sanitarie locali fino ad allora enti

del SSN, se si tiene in debito conto l'introduzione dell'**organizzazione dipartimentale quale modello ordinario di gestione di tutte le attività** delle singole aziende, oltre alle conseguenze dell'intervenuta privatizzazione del rapporto di lavoro e la natura privatistica dell'atto aziendale. Per rimanere nell'ambito del raffronto tra le attribuzioni del soprintendente sanitario rispetto a quelle del DSA si può partire dalla sostanziale differenza che quest'ultimo ha un rapporto di prestatore d'opera, non è un dipendente dall'azienda, scelto tra i soggetti inseriti in appositi albi regionali mediante *intuitu personae*, non per concorso pubblico. Non solo dalla natura del rapporto tra il DSA e l'azienda derivano le differenze di attribuzioni, ma anche dalla diversa governance voluta a partire dal 1992 e proseguita fino ai nostri giorni negli ultimi venticinque anni, come già detto, in particolare la separazione tra attività di programmazione strategica e di assegnazione delle risorse rispetto a quella di gestione delle stesse non rende più compatibili le vecchie attribuzioni del soprintendente sanitario (**dal quale dipendevano i direttori sanitari dei singoli ospedali, nonché tutto il personale addetto ai servizi sanitari, dirigenti e non**), con l'attribuzione delle responsabilità organizzative e di gestione dei rapporti di lavoro oggi propri e diretti in capo al direttore di dipartimenti ed alle unità operative, nonché ai direttori sanitari di presidio. Non è affatto compatibile con l'architettura dell'aziendalizzazione del SSN l'attribuzione al DSA dei compiti che erano propri del soprintendente sanitario, proprio per questo soppresso e sostituito con il direttore sanitario aziendale. A tal riguardo si può rilevare agevolmente che risulta infelice la scelta di chiamare allo stesso modo il direttore sanitario [di presidio] ed il direttore sanitario [aziendale], scelta che, infatti, ha generato molteplici equivoci anche in occasione di verifica delle responsabilità anche penali delle due figure. Non mancano episodi nei quali sia stata ascritta al direttore sanitario aziendale l'attribuzione delle funzioni previste dall'art. 5 del D.P.R. n. 128/1969 invece proprie del direttore sanitario di presidio, ovvero del primario ospedaliero previste dall'art. 7 del medesimo D.P.R., come si vedrà dopo.

■ **DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO OSPEDALIERO:** Il direttore sanitario degli ospedali è previsto già dal R.D. 1632 del 1938, che oltre a preoccuparsi di stabilire che allo stesso era fatto divieto del libe-

ro esercizio professionale -antesignano del rapporto esclusivo- declina le attribuzioni di tale figura. Tra le attribuzioni appare utile richiamare, così da demarcare meglio l'ambito delle competenze del direttore sanitario di ospedale del Regno d'Italia (mantenute tali di fatto fino all'aziendalizzazione del SSN), suddivise in due gruppi e così sintetizzate. **Il primo gruppo di attribuzioni permangono in capo al direttore sanitario di presidio:** vigilare sull'andamento igienico anche con riguardo alla profilassi delle malattie infettive; curare la denuncia delle malattie infettive, nonché di tutte le altre prescritte dalle norme vigenti. **Invece il secondo gruppo di attribuzioni sono oggi distribuite ai direttori di dipartimento ed ai direttori di struttura e solo in parte condivise ancora dal direttore sanitario di presidio:** redigere le norme interne in relazione alla destinazione del personale e degli orari e turni di servizio; assicurare la sorveglianza sul personale sanitario; stabilire i turni di riposo; convocare trimestralmente i primari perché riferissero sul servizio loro affidato; proporre l'acquisto di qualsiasi genere di apparecchio sanitario, l'arredamento ed il corredo dei reparti; vigilare sull'andamento disciplinare del personale ospedaliero. **Come detto l'assetto delle attribuzioni del direttore sanitario di presidio è rimasto quasi immodificato nel testo dell'art. 5 del D.P.R. n. 128/1969 e di tale figura non si è occupata la L. n. 833/1978.** Erano state aggiunte alcune attribuzioni nel 1969 che, come quelle previste nel 1938, possono essere suddivise in due gruppi quelle che permangono in capo al direttore sanitario di presidio e quelle che sono state del tutto o prevalentemente ascritte ad altre figure dell'organizzazione aziendale. Nel primo gruppo rientrano: la vigilanza sull'archivio delle cartelle cliniche, la raccolta dei dati per la relazione annuale sull'andamento dell'ospedale; esprimere parere sulle trasformazioni edilizie; rilasciare copia della documentazione sanitaria presente in archivio. Nel secondo gruppo rientrano, invece: proporre iniziative per la preparazione e l'aggiornamento del personale; vigilare sul personale assegnato anche dal punto di vista disciplinare. Affrontando, quindi, le attribuzioni dei direttori di dipartimento e di struttura si potranno, ancora di più, segnare le differenze tra le attribuzioni previste in capo al direttore sanitario di presidio prima e dopo l'aziendalizzazione del 1992. Ed in particolare si può concludere che l'art. 15/bis del D.

L.gs. n. 502/92 affida all'atto aziendale la potestà di disciplinare l'attribuzione al direttore sanitario di presidio i compiti e le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, al pari di quanto lo stesso atto aziendale deve contenere nei confronti dei direttori di dipartimento e di struttura. Resta, cioè, affidato all'assetto privatistico l'armoniosa e coerente distribuzione delle attribuzioni all'interno di ciascuna azienda del SSN, entro la cornice disegnata dalla legislazione nazionale e dalle linee guida regionali per la formazione dell'atto aziendale.

■ **PRIMARIO E DIRETTORE DI STRUTTURA:** Come già detto il R.D. 1631 del 1938 prevede la suddivisione dell'ospedale in sezioni, divisioni e reparti, la cui direzione risultava affidata al primario. Le attribuzioni del primario indicate nel 1938 possono suddividersi in tre ambiti: professionale; organizzativo e gestionale. Per fornire alcuni esempi si tenga conto che nel primo ambito, professionale, era assegnata al primario -nelle ore stabilite dalla direzione sanitaria- la vigilanza giornaliera degli ammalati, formulare le diagnosi, determinare il trattamento, curare **“sotto la propria responsabilità”** la regolare compilazione delle cartelle cliniche e dei registri nosologici. Il secondo ambito, organizzativo, assegnava al primario di vigilare sull'operosità e la disciplina del personale assegnato, di dirigere secondo le disposizioni ed i turni determinati dal direttore sanitario. L'ultimo ambito di attribuzioni, gestionale, prevedeva che il primario formulasse le richieste di materiali e beni occorrenti e vigilasse sulla conservazione degli stessi. Si rileva, dagli esempi appena accennati, che attribuzioni assai rilevanti in materia di organizzazione delle attività delle singole divisioni o reparti prima affidate al direttore sanitario dell'ospedale, grazie all'aziendalizzazione del SSN ed alla privatizzazione del rapporto di pubblico impiego, sono oggi ascritte ai direttori di dipartimento ed ai direttori di unità operative, appunto ai dirigenti che dal 1938 fino al 1992 la normativa ha chiamato primari. Infatti, a cura del D.P.R. n. 128 nel 1968 è stata rivista dall'articolo 7 la lista delle attribuzioni dei primari che, però, in sostanza ripropone quella contenuta nell'art. 24 del R.D. del 1938, con le seguenti integrazioni: aggiunge alla responsabilità per la compilazione della documentazione sanitaria anche quella sulla conservazione fino alla consegna all'archivio presso la direzione sanitaria di presidio, l'inoltro delle denunce obbligatorie per il

tramite della direzione sanitaria di presidio. **Anche per il direttore di struttura o unità operativa vale quanto già indicato per il direttore di dipartimento ed il direttore sanitario di presidio e cioè che l'art. 15/bis del D. L.gs. n. 502/92 affida all'atto aziendale la potestà di disciplinare l'attribuzione dei compiti e delle decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, ma, come già detto, la normativa nazionale nel 1992 definisce, però, la cornice entro la quale con l'atto aziendale ciascuna azienda può definire le attribuzioni dei direttori di struttura.** Ancora una volta gli ambiti di cui si occupa il legislatore sono tre: professionale, organizzativo e gestionale, ma con significative innovazioni. La più rilevante tra le modifiche è quella che non prevede più l'intervento della direzione sanitaria di presidio nell'organizzazione interna ai dipartimenti ed alle singole strutture che li compongono, infatti, con l'aziendalizzazione il compito di formulare gli indirizzi operativi e gestionali viene attribuito al direttore del dipartimento, pertanto, i dirigenti con incarico di direzione di struttura esercitano le loro attribuzioni nel rispetto degli indirizzi definiti per il dipartimento di appartenenza. In ambito professionale viene esaltata l'attribuzione in capo ai direttori di struttura dell'adozione delle decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative. Viene, ancora, ribadito che sul direttore di struttura gravano funzioni di direzione e organizzazione della struttura, al quale espressamente viene attribuita la facoltà di emanare direttive a tutto il personale operante nella stessa. **In ambito gestionale il direttore di struttura viene individuato quale responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse umane e non solo attribuitegli.** Questa ultima previsione deve essere combinata con gli effetti della privatizzazione del rapporto di pubblico impiego dei dirigenti medici, per cogliere appieno la portata delle innovazioni introdotte nel SSN dal 1992 e via via maggiormente definite.

■ **DIRIGENTI:** Nel 1938 la legislazione si limitava a distinguere il personale medico in direttori sanitari, primari, aiuti ed assistenti, mentre nel 1968 è stata aggiunta la distinzione dei medici in due categorie: quelli con funzioni igienico-organizzative (soprintendente sanitario, direttore sanitario, vicedirettore e ispettore sanitario) e quelli con funzioni di diagnosi

e cura (primari, aiuti ed assistenti). Inoltre con il D.P.R. n. 128/1969 vengono introdotte norme specifiche sull'assunzione e lo stato giuridico del personale degli ospedali e, tra questi, dei dirigenti medici. Già in tale fase è prevista l'uniformità e conformità alle regole sul pubblico impiego, allora disciplinate dal D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3 - Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato. Il rinvio ai principi generali sulla disciplina del pubblico impiego, anche per i dirigenti medici è ribadita in sede di istituzione del SSN dalla L. n. 833/1978. Pertanto, anche la disciplina sullo stato giuridico della dirigenza medica del SSN nel 1992 viene riscritta nell'ambito del processo di privatizzazione del pubblico impiego. L'approfondimento sugli aspetti di dettaglio sulle attribuzioni, obblighi e responsabilità della dirigenza medica del SSN è contenuta nelle parti successive.

AZIENDALIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO: MODIFICHE ALL'ASSETTO DELLA GOVERNANCE E DELLE RESPONSABILITÀ DELLA DIRIGENZA SANITARIA

La Legge 23 dicembre 1978, n. 833 ha istituito il servizio sanitario nazionale, ma grazie alla Legge 23 ottobre 1992, n. 421 è stato riscritto l'assetto della governance del sistema sanitario, nell'ambito di un processo di razionalizzazione e revisione delle norme in materia di SSN.

Quasi a voler significare un approccio complessivo e completo da parte del legislatore del 1992 al processo di revisione del SSN, forse non è solo una coincidenza che l'articolo 1 della predetta L. 421/1992 riporti una elencazione di principi e criteri direttivi che vanno dalla A alla Z, tutti utilizzati per definire il processo di Aziendalizzazione del SSN.

Prima di entrare nel merito della riforma del 1992 si rende necessaria una breve premessa sull'assetto normativo preesistente.

Gli enti ospedalieri introdotti dalla L. n. 132 del 1968, eretti in enti dotati di personalità giuridica, sono stati soppressi nel 1978 e incorporati nelle USL per effetto della L. 23 dicembre 1978, n. 833. Da quel momento gli enti ospedalieri di cui alla L. n. 132 del 1968 cessarono di esistere (ex multis, Sez. 1, Sentenza n. 21241 del 14/10/2011, Rv. 619910). A loro volta le USL vennero disciolte e sostituite

dalle Aziende Sanitarie Locali per effetto della L. n. 421 del 1992, attuata con il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

Proprio la L. n. 421/1992 attribuisce alle regioni e alle province autonome la competenza di completare il riordino del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare la competenza in materia di programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria e riservando allo Stato la programmazione sanitaria nazionale, la determinazione di livelli uniformi di assistenza sanitaria e delle relative quote capitarie di finanziamento.

Vengono così introdotti nella legislazione nazionale i principi, declinati grazie al D. Lgs 502/92, che hanno dato origine al processo di aziendalizzazione che, dal punto di vista organizzativo, nel 1992 è stato introdotto e successivamente perfezionato con la razionalizzazione operata dal d.lgs. n. 229/1999, confermativo della personalità giuridica di diritto pubblico delle aziende sanitarie, accompagnata dall'assorbimento delle autonomie originariamente previste nell'autonomia imprenditoriale.

In materia di organizzazione e di funzionamento delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale nel 1992 il legislatore oltre ad avere individuato i principi fondamentali ha dato applicazione agli stessi mediante la legislazione di riordino, rispetto a quanto risultava dal 1978 in virtù della L. n. 833, individuando proprio nell'aziendalizzazione della produzione delle prestazioni e attività lo strumento diretto ad assicurare la qualità e la razionalità dei processi organizzativi, produttivi e gestionali, nonché il controllo della formazione dei costi. Nello stesso contesto normativo, come detto, **è stata introdotta** la regionalizzazione dell'organizzazione dei servizi sanitari quale mezzo per assicurare le prestazioni e le attività previste dai livelli essenziali ed appropriati di assistenza in tutti i territori regionali italiani.

Proprio al fine di garantire un esercizio equilibrato di entrambe le competenze legislative, quella statale e quella regionale, è stata posta particolare attenzione nel 1992 ad evitare che il dettaglio della disciplina si traducesse in una indebita compressione dell'autonomia organizzativa delle regioni e delle stesse aziende sanitarie. I principi, si è già detto, introdotti nel 1992 hanno trovato ulteriore declinazione nel 1999 grazie al D. Lgs n. 229 del 19 giugno 1999, in attuazione della delega confe-

rita al Governo con la Legge 30 novembre 1998, n. 419 (Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.) Di ciò è data testimonianza dagli articoli da 3-bis a 3-octies del D. Lgs n. 502/92, introdotti, appunto, nel 1999, grazie ai quali viene reso ancora più chiaro che la disciplina nazionale vincola soltanto nei principi fondamentali, con la precisazione, peraltro, che le disposizioni nazionali trovano diretta applicazione ove le regioni non dispongano diversamente.

L'Azienda sanitaria è definita nell'ordinamento come azienda con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, la cui organizzazione e funzionamento sono disciplinati dall'atto aziendale, da adottarsi nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali (art. 3 d. lgs. 502/1992), proprio in ragione della necessità di regolamentare in modo diverso situazioni caratterizzate da differenti dimensioni e grado di complessità, anche in funzione del numero e della dimensione dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti e delle Strutture operative Aziendali, complesse e semplici, distinguendo tra la direzione aziendale/strategica e le aree organizzative, con le relative strutture interne.

A questo punto occorre una precisazione, volta a distinguere la disciplina delle amministrazioni pubbliche in genere da quella specifica delle aziende sanitarie, prendendo spunto dalla sentenza del T.A.R. Napoli sez. V, n. 1202, del 01/03/2013. La prima è dettata dal D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, art. 2, trasfuso nel D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, art. 2, in virtù della quale le amministrazioni pubbliche definiscono, mediante atti organizzativi, secondo i rispettivi ordinamenti, le linee fondamentali di organizzazione degli uffici; individuano gli uffici di maggiore rilevanza e i modi di conferimento della titolarità dei medesimi; determinano le dotazioni organiche complessive. La cognizione di tali atti appartiene al giudice amministrativo. Invece, diversa è la disciplina legislativa dell'attività organizzativa del servizio sanitario nazionale. A norma del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 3, come modificato dal D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, art. 3, le aziende sanitarie, aventi personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale:

disciplinano la loro organizzazione e funzionamento con atto aziendale di diritto privato; agiscono mediante atti di diritto privato; il direttore generale adotta l'atto aziendale di organizzazione, è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. L'autonomia imprenditoriale è strumentale al raggiungimento del fine pubblico che caratterizza le Aziende del Servizio sanitario nazionale, e non esclude la giurisdizione amministrativa nelle materie indicate dalla legge (ad es. D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 80, art. 33, comma 1, lett. e), che assoggetta alla giurisdizione del Giudice amministrativo le controversie sulle attività e prestazioni rese nell'espletamento di pubblici servizi, ivi comprese quelle rese dal Servizio sanitario nazionale (Cass. Sez. Un. 1 agosto 2006 n. 17461; Cons. Stato sez. 5[^], 4 dicembre 2005 n. 1638). Ma la stessa giurisprudenza precisa che nell'ambito strumentale privatistico rientra la individuazione, con atto aziendale, delle strutture operative. Pertanto, diversamente che dalle amministrazioni pubbliche in genere, gli atti di macro organizzazione delle Aziende sanitarie sono adottate con atto di diritto privato, in coerenza con il carattere imprenditoriale strumentale.

Tale orientamento della giurisprudenza (T.A.R. Calabria Reggio Calabria, sez. I, 28 gennaio 2011, n. 58; T.A.R. Emilia Romagna Bologna, sez. I, 27 dicembre 2010, n. 8401; TAR Catania, IV, 28 settembre 2010, nr. IV), si fonda sulla oggettiva difficoltà di scindere le controversie in ordine alle scelte di macro organizzazione delle aziende del SSN e quelle, di solito alle prime connesse, afferenti la gestione delle risorse umane alle stesse assegnate, in quanto queste ultime sono -senza dubbio- ascritte alla giurisdizione del giudice ordinario (Cassazione civile, SSUU, 06 marzo 2009, n. 5457). In questo senso, l'attribuzione alla giurisdizione amministrativa sulle controversie intorno alle scelte di macro-organizzazione nella sanità (che, pure, potrebbe astrattamente fondarsi su più ordini di ragioni) rischierebbe, a tacere d'altro, di incidere negativamente sul fondamentale principio della concentrazione dei mezzi di tutela e dunque dell'effettività della pronuncia giurisdizionale. Invece, appare del tutto palese l'intento del legislatore di sottrarre la gestione apicale delle aziende sanitarie ad ogni burocratica responsabilità, optando, invece, per una responsabilizzazione manageriale, che comporta un'obbligazione di risultato. Questo è un

rilevante momento di rottura con il sistema anteriore alla legge del 1992.

Anche le Sezioni Unite della Corte di Cassazione hanno avuto modo di rilevare che, **diversamente da quanto previsto per le amministrazioni pubbliche in genere**, per il servizio sanitario nazionale, l'individuazione, con atto del direttore generale, della struttura operativa dell'azienda sanitaria locale, **è atto di macro-organizzazione disciplinato dal diritto privato**, a norma del già ricordato art. 3 D. Lgs n. 502/92, quindi, in coerenza con il carattere imprenditoriale del SSN, strumentale al raggiungimento del fine pubblico dell'azienda, con la conseguenza che la giurisdizione a conoscere di tali atti appartiene al giudice ordinario (cfr, Cass., SU, nn. 2031/2008; 17783/2013). Si legge, infatti, nelle decisioni della Suprema Corte a Sezioni Unite: "Poiché i provvedimenti amministrativi non sono mai di diritto privato, ma sono per definizione atti di diritto pubblico (e, di converso, un atto di diritto privato non è mai e non può essere un provvedimento amministrativo) ne consegue che la definizione legislativa di determinati atti come atti di diritto privato esclude la giurisdizione del giudice amministrativo in ordine ad essi" (cfr, Cass., SU, n. 2031/2008, Civile Ord. Sez. U Num. 15304/2014). L'attività strategica affidata, dai principi normativi introdotti nel 1992, alla Direzione Aziendale si articola anche nell'ambito dell'economizzazione delle risorse, nonché dell'interdisciplinarietà delle funzioni espletate, proprio in ragione del nuovo modello ordinario di gestione di tutta l'attività dell'Azienda, costituito dal dipartimento, per le cui modalità organizzative occorre avere quale riferimento principale quanto previsto dall'atto aziendale.

Tra i principi fondamentali introdotti dalle norme sull'aziendalizzazione del SSN riveste particolare importanza la disciplina introdotta nel 1999 e finalizzata all'**istituzione obbligatoria dell'organizzazione per dipartimenti**, mediante la quale sono state individuate, rispetto alla precedente normativa, ulteriori figure, che si aggiungono al direttore amministrativo aziendale, al direttore sanitario aziendale, ma soprattutto si è trattato di norme di riordino finalizzate all'attuazione di un modello organizzativo nel quale tutte le attività omogenee fossero riunite in comparti unitari, caratterizzati da un elevato grado di specializzazione.

Per chiarire meglio quanto appena detto si sotto-

linea che la previsione dell'organizzazione dipartimentale, introdotta a partire dal 1992 quale modello ordinario di gestione operativa, risulta configurato dal legislatore statale che però si è limitato a prevedere la figura del direttore di dipartimento e quella del comitato di dipartimento, senza individuare le funzioni, rimesse all'autonomia regionale e, eventualmente, aziendale mediante l'Atto Aziendale.

L'area della degenza di ciascun presidio viene così articolata in dipartimenti, la cui definizione organizzativa deve essere operata in via esclusiva dall'atto aziendale; a ciascuno dipartimento deve essere preposto un direttore, al quale il medesimo atto affida sia responsabilità professionale in materia clinico-organizzativa, sia responsabilità di tipo gestionale, rivolta, quest'ultima, in particolare, alle risorse attribuite al dipartimento, con la collaborazione del comitato di dipartimento, formato dai responsabili delle strutture complesse che lo compongono.

Si può concludere che il modello organizzativo aziendale è informato al principio della distinzione tra:

- attività di indirizzo e programmazione;
- attività gestionale;
- attività di controllo.

Alla direzione strategica, ovvero al direttore generale, coadiuvato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, competono i poteri di indirizzo e programmazione (c.d. ambito strategico), mentre il potere gestionale e di direzione delle strutture aziendali spetta ai dirigenti (direttore medico di presidio - capo dipartimento - direttore u.o.c. - direttore u.o.s.).

L'attività di controllo è, pertanto, pertinente a ciascuna delle due aree distinte: quello strategico farà capo alla direzione aziendale, mentre quella sulle fasi gestionali resta in capo ai dirigenti.

Due pilastri reggono l'architettura dell'aziendalizzazione del SSN, l'autonomia imprenditoriale e l'organizzazione disciplinata dal diritto privato. Rappresenta una lesione delle strutture portanti del sistema la confusione tra attribuzioni, comprese quelle di controllo, ambiti e livelli di responsabilità della dirigenza sanitaria, tanto da poter causare il crollo dell'edificio disegnato dal legislatore per la governance di ciascuna azienda sanitaria.

PRIVATIZZAZIONE DEL RAPPORTO DI PUBBLICO IMPIEGO E CONTRATTAZIONE COLLETTIVA: MODIFICHE ALL'ASSETTO DELLA GOVERNANCE E DELLE RESPONSABILITÀ DELLA DIRIGENZA SANITARIA

La privatizzazione del pubblico impiego è stata introdotta nell'ordinamento italiano con il D.Lgs 29/93, adottato in attuazione della delega conferita con l'art. 2 della L. 421/1992, la stessa che all'art. 1 ha dato avvio all'aziendalizzazione del SSN.

Per esaminare il processo di privatizzazione occorre anche tenere conto di quanto avvenuto a seguito del nuovo riparto di competenze legislative definito dal Titolo V della Costituzione (l. cost 3/2001) e della giurisprudenza costituzionale sul pubblico impiego formatasi successivamente.

Nello specifico è il caso di richiamare la Sentenza della Corte Costituzionale n. 123/2010, nella quale viene affermato che l'ordinamento del diritto privato si pone quale limite alla legislazione regionale, in quanto fondato sulla esigenza sottesa al principio costituzionale di uguaglianza, di garantire una disciplina per i rapporti tra privati, che sia uniforme su tutto il territorio nazionale, questo per definire il limite dell'ordinamento privato che identifica un'area di competenza esclusiva dello Stato, ed in essa rientra il rapporto di lavoro dei dipendenti pubblici privatizzati: art. 117 comma 2 lett. l) Cost. Questi principi valgono anche per la dirigenza nell'ambito del SSN, sia per la costituzione del rapporto di lavoro sia per la sua disciplina e regolazione giuridica ed economica (Corte Cost. 28 marzo 2014 n. 61; Corte Cost. 3 dicembre 2014 n. 269 e Corte Cost. 18 luglio 2014 n. 211).

In sostanza secondo il costante orientamento della Corte Costituzionale, a seguito della privatizzazione del rapporto di pubblico impiego - operata dall'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (n.b.: la stessa legge che all'art. 1 ha introdotto l'aziendalizzazione nel SSN), dall'art. 11, comma 4, della legge 15 marzo 1997, n. 59 (Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa), e dai decreti legislativi emanati in attuazione di dette leggi delega - la disciplina del rapporto di

lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione ed anche del SSN e' retta dalle disposizioni del codice civile e dalla contrattazione collettiva. La medesima Corte Costituzionale aveva già affermato che, proprio a seguito di tale privatizzazione: *“i principi fissati dalla legge statale in materia costituiscono tipici limiti di diritto privato, fondati sull'esigenza, connessa al precetto costituzionale di eguaglianza, di garantire l'uniformità nel territorio nazionale delle regole fondamentali di diritto che disciplinano i rapporti fra privati e, come tali, si impongono anche alle Regioni a statuto speciale”* (Sentenza n. 189 del 2007).

Come detto, tanto l'aziendalizzazione che la privatizzazione del rapporto di pubblico impiego sono contestuali e contenuti nella medesima legge delega, in particolare, quest'ultima prevista dall'art. 2 della legge n. 421 del 1992, secondo il quale, si ribadisce, la disciplina del rapporto di impiego pubblico rientra nella materia **dell'ordinamento civile** riservata alla potestà legislativa esclusiva dello Stato (Corte Costituzionale sentenze n. 61 del 2014, n. 286 e n. 225 del 2013, n. 290 e n. 215 del 2012, n. 339 e n. 77 del 2011, n. 332 e n. 151 del 2010).

Il principio contenuto nella L. n. 421/1992, così come declinato dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale, esclude, pertanto, la possibilità di intervento legislativo da parte delle regioni, nell'esercizio della potestà legislativa concorrente, anche di quelle a statuto speciale. Per queste ultime, in particolare, seppur dotate di competenza primaria in materia di organizzazione dei servizi sanitari, non è possibile intervenire in materia di rapporto di pubblico impiego, pertanto, le leggi regionali che disciplinano il SSR non possono sconfinare nel campo riservato allo Stato dal citato art. 117 c. 2 lett. l) Cost.

A riprova che l'assetto delle potestà legislative e della volontà del legislatore nazionale di dare avvio dal 1992 ad un processo di privatizzazione del rapporto di pubblico impiego, anche nel SSN/SSR, si può fare riferimento alle norme contenute nel D.lgs. n. 229/99, con il quale è stata nettamente delineata la distinzione tra regime lavorativo esclusivo e regime non esclusivo **e si è previsto l'affidamento di compiti manageriali e di responsabilità soltanto ai medici dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo**, valorizzando il principio di concorrenzialità tra strutture sanitarie pubbliche e strutture sanitarie

private e imponendo al dirigente un impegno e una collaborazione assoggettata a rigorose regole nonché evitando possibili situazioni di conflitto di interessi obiettivamente ipotizzabili per il medico dipendente che operi in concorrenza con la propria azienda (Trib. Milano 31/7/00, in Orient. giur. lav. 2000, pag. 887).

Infatti, nel caso di rapporto di lavoro con dirigenti medici, non è consentita la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, avendo il D. Lgs. 19/6/99 n. 229 eliminato con riferimento alla dirigenza medica l'istituto del tempo definito e trasformato tutti i rapporti di lavoro in rapporti a tempo pieno; considerata la disciplina speciale contenuta nel D. Lgs. 19/6/99 n. 229 deve ritenersi che alla dirigenza medica non siano applicabili le disposizioni contenute nell'art. 1, commi 57° e 58° della L. 23/12/96 n. 669, che disciplinano in via generale il rapporto di lavoro a tempo parziale nel pubblico impiego (Trib. Milano 28 marzo 2000, in D&L 2000, 735).

Proseguendo l'approfondimento si trae spunto dalla Sentenza n. 336 del 2001 della Corte Costituzionale nella quale si rileva che: *“... la disciplina del rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria dell'area medica presenta risalenti profili di specialità (cfr. sentenza n. 359 del 1993), anche in riferimento al regime dell'orario di lavoro e del principio di esclusività della prestazione. La specialità del rapporto di lavoro dei medici non deriva soltanto dalla particolarità dell'attività svolta, ma anche dalle varie vicende normative relative alla organizzazione della sanità. Ed infatti fin dal decreto delegato 27 marzo 1969, n. 130, per i medici dipendenti pubblici l'art. 24 stabiliva due diverse tipologie di rapporto di lavoro: a “tempo pieno” ed a “tempo definito” e la successiva evoluzione legislativa del sistema sanitario pubblico ha confermato questa scelta, poichè ha indicato “una precisa distinzione in due tipi di rapporto di servizio dei medici, sulla base di una diversità di impegni, modalità ed orario di lavoro, nonché in relazione alla peculiare disciplina della libera professione intramuraria” (sentenza n. 330 del 1999).”*

Assai illuminante risulta un altro passaggio delle considerazioni in diritto contenute nella medesima Sentenza: *“Ma é con l'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e con la riforma sanitaria del 1992 che cominciano ad introdursi,*

attraverso i principi di unicità del rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale e di unicità del ruolo dirigenziale, forme di progressiva “aziendalizzazione” del Servizio con conseguente incidenza sulla configurazione del rapporto di lavoro dei medici. ... Ed invero, soprattutto con il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, modificativo di una serie di norme del d.lgs. n. 502 del 1992, si è consolidato un quadro normativo specifico per il rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari. ... In tal modo si è realizzata -come ha già rilevato questa Corte- una nuova, organica disciplina caratterizzata dalla esclusività del rapporto di lavoro e dall’esercizio di attività libero-professionale in forme e tipologie specificamente definite (sentenza n. 63 del 2000).”

Altra affermazione contenuta nella medesima sentenza, molto utile ai fini dell’approfondimento che qui si intende svolgere, è quella secondo cui la *ratio* complessiva del sistema legislativo sulla dirigenza sanitaria può essere individuata nella statuizione che attribuisce al dirigente sanitario la responsabilità di risultato.

Anche la disciplina delle incompatibilità mediche e dell’attività libero-professionale, disposta dalla citata legge n. 412, conferma la logica della aziendalizzazione del Servizio sanitario e della “privatizzazione” del rapporto di lavoro del personale dipendente disposta dagli artt. 1 e 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. Logica che si evidenziava più chiaramente con i decreti delegati n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni e n. 29 del 1993, i quali hanno fissato il principio dell’unicità del ruolo dirigenziale del personale sanitario in un quadro di progressiva aziendalizzazione delle unità sanitarie locali e degli ospedali. Si è, così, determinata una situazione in cui soggetti -pubblici e privati- che erogano prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale, possono essere scelti liberamente dal cittadino e vengono retribuiti in base alle prestazioni rese. In questo modo il dirigente medico, nel nuovo modello organizzativo, appare in grado di contribuire efficacemente a determinare sia le scelte strategiche ed operative dell’azienda, attraverso la partecipazione al Consiglio dei sanitari, sia quelle specifiche del dipartimento o del servizio, cui era preposto. (Sentenza Corte Cost. n. 330 del 1999).

Come già accennato la disciplina del regime dell’incompatibilità dei medici ospedalieri risale alla

legge 12 febbraio 1968, n. 132, che distingueva il rapporto di lavoro in rapporto a tempo pieno ed a tempo definito e soltanto dalla scelta per il primo derivava la rinuncia all’esercizio dell’attività libero-professionale extra ospedaliera. Anche la nuova disciplina di tale istituto costituisce parte di un più ampio disegno di riforma, avviato con il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, che mira a ricondurre l’esercizio dell’attività libero-professionale dei medici all’interno delle strutture pubbliche, soprattutto dopo che è stata loro attribuita la qualifica dirigenziale e la sanità è stata organizzata secondo un modello aziendale, che agisce in concorrenza con le strutture private. Infatti, i medici, proprio in quanto dirigenti, contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi strategici di pareggio di bilancio delle aziende nelle quali operano, sicché la disciplina del rapporto è stata ispirata dalla finalità di controbilanciare le nuove regole in materia di incompatibilità e garantire nuove entrate alle aziende.

In questo quadro normativo, si è inserito in modo innovativo il già citato art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con il quale il legislatore, sempre secondo la Corte Costituzionale, ha inteso sancire *“con rigore il principio di unicità del rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale, avendolo ritenuto particolarmente valido al fine di soddisfare l’esigenza, costituzionalmente protetta, di restituire massima efficienza ed operatività alla rete sanitaria pubblica”* (Sent. Corte Cost. n. 457/1993).

Infatti, nell’interpretazione delle norme in questione assume rilievo la disciplina adottata in sede di contrattazione collettiva, in quanto l’art. 15 del d.lgs. n. 502 del 1992 opera un espresso rinvio, come logica conseguenza della privatizzazione del rapporto di impiego, alla contrattazione collettiva nazionale relativamente a determinati aspetti della disciplina del rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria (Sentenza Corte Cost. n. 507 del 2000).

Per meglio comprendere la specialità della disciplina legislativa riservata alla dirigenza del SSN ed al pertinente “comparto di contrattazione”, differente e distinto da tutti gli altri del pubblico impiego, in quanto con la legge 23 ottobre 1992, n. 421 (art. 1, lettera d) e con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (art. 3, comma 1) le unità sanitarie locali sono venute a differenziarsi dagli altri enti pubblici, essendo state configurate come aziende dotate di personalità giuridica. (Sent. Corte Cost. n. 98/1997).

Si ricava, così, la conclusione che il CCNL della dirigenza medica, oltre al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, ivi comprese quelle apportate dal d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, nonché per il pubblico impiego quelle relative al d.lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, così come modificato, integrato o sostituito dai d.lgs. 4 novembre 1997, n. 396 e d.lgs. 31 marzo 1998, n. 80, tutti sostituiti dal d.lgs. n. 165 del 2001, insieme all'atto aziendale di cui all'art. 3 bis del d.lgs. n. 229 del 1999, costituiscono l'assetto complessivo della normativa sulla dirigenza sanitaria e sulle pertinenti responsabilità. Per concludere, in merito alla modifica della governance definita con l'aziendalizzazione del SSN, si deve fare riferimento alle "articolazioni aziendali" direttamente individuate nel D.lgs. n. 502 del 1992 (Dipartimento, Distretto, Presidio Ospedaliero) ovvero in altri provvedimenti normativi o regolamentari di livello nazionale, comprese le "unità operative", "strutture organizzative" o "servizi", tutte articolazioni interne delle aziende e degli enti - così come individuate dalle leggi regionali di organizzazione, dall'atto aziendale o dai rispettivi ordinamenti - cui sono preposti dirigenti.

Ed ancora, in merito alle modifiche alla governance delle aziende del SSN e delle responsabilità poste in capo ai dirigenti è utile riprendere i contenuti dello **studio pubblicato dalla Direzione generale e della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della Salute il 23 febbraio 2005**, sui dipartimenti, il cui incipit definisce l'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con **la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria ed il governo clinico.**

In particolare la L. n. 412/1991 rendeva obbligatoria la ristrutturazione degli ospedali secondo il modello delle aree funzionali omogenee e introduceva il principio di unità operativa dotata di autonomia funzionale in un quadro di integrazione e collaborazione con organi affini e con uso comune delle risorse e anticipava la possibilità di procedere all'integrazione dipartimentale dei servizi sanitari.

Ecco perché il D.lgs n.502/92 promuove in modo chiaro l'organizzazione dipartimentale quale elemento essenziale nell'individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specialità e indica alle regioni di riorganizzare tutti i presidi ospedalieri per dipartimenti (art.4).

Rilevante, ai fini del presente approfondimento è la definizione delle finalità dei dipartimenti contenuta nel predetto studio ministeriale:

"Nella prospettiva della progressiva introduzione del Governo Clinico, le finalità perseguite dall'organizzazione dipartimentale possono essere così schematizzate:

■ **Sinergie per l'efficacia.** L'integrazione ed il coordinamento delle diverse professionalità, che possono utilizzare risorse da loro scelte ed organizzate, aumenta la probabilità della efficacia terapeutica.

■ **Garanzia dell'outcome.** La misura degli esiti dei trattamenti deve essere prevista nell'ambito del Dipartimento, per assicurare i risultati migliori in termini di salute, nel rispetto delle risorse economiche disponibili e tramite l'implementazione e la manutenzione sistematica di linee guida nazionali e internazionali;

■ **Continuità delle cure.** I percorsi assistenziali, la presenza di professionisti che hanno condiviso scelte terapeutiche ed organizzative, nonché momenti formativi, con la conseguente riduzione di trasferimenti e prese in carico del paziente da parte delle diverse unità operative, favorisce l'integrazione e la continuità delle cure.

■ **Integrazione inter-disciplinare.** La elaborazione condivisa di percorsi assistenziali e linee guida favorisce la reciproca conoscenza e valorizzazione dei professionisti delle diverse discipline, incrementando di conseguenza l'efficacia e l'efficienza.

■ **Orientamento al paziente.** Nel dipartimento, la visione complessiva delle problematiche del paziente (garantita dalla presenza di tutte le professionalità necessarie ad affrontarla), favorisce l'impiego di percorsi assistenziali mirati, favorendo l'orientamento al paziente di tutti i processi e la migliore gestione del caso.

■ **Aumento della sicurezza per il paziente.** La progettazione di strutture e percorsi integrati, l'impostazione interdisciplinare e multi professionale della cura, l'integrazione ed il coordinamento delle risorse sono componenti importanti di un sistema volto alla sicurezza del paziente.

■ Valorizzazione e sviluppo delle risorse umane.

La crescita professionale e la gratificazione degli operatori sanitari è sostenuta dal confronto sistematico delle esperienze e dalla condivisione delle conoscenze attraverso l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici, la formazione e l'aggiornamento su obiettivi specifici con verifiche collegiali delle esperienze.

■ Ottimizzazione nell'uso delle risorse. La gestione comune di personale, spazi e apparecchiature facilita l'acquisizione e la più alta fruizione di tecnologie sofisticate e costose e favorisce l'utilizzo flessibile del personale consentendo soluzioni assistenziali altrimenti non praticabili. Essa permette altresì l'attivazione di meccanismi di economia di scala con la conseguente riduzione della duplicazione dei servizi e razionalizzazione della spesa.

■ Responsabilizzazione economica. Gli operatori sanitari vengono coinvolti attraverso la gestione diretta del bilancio assegnato e la loro partecipazione nella realizzazione degli obiettivi del dipartimento. La valutazione del personale sui risultati, con verifiche periodiche, è uno strumento di garanzia per la piena valorizzazione del personale e l'attuazione di una gestione efficiente.

■ Organizzazione e sviluppo della ricerca. Amplia le possibilità di collaborazione a progetti di ricerca biomedica e gestionale e favorisce l'applicazione dei risultati nella pratica quotidiana.

Alla luce di quanto sopra considerato appare utile rileggere i contenuti del CCNL della dirigenza dell'Area IV, che a tal fine si riportano per estratto e che sottolineano il recepimento concreto ed ormai consolidato della privatizzazione del rapporto di pubblico impiego nell'ambito del SSN.

ESTRATTI DAL CCNL DIRIGENZA AREA IV

(Art. 8 CCNL 17.10.2008)

1. Nell'ottica di garantire il mantenimento e lo sviluppo dei livelli di efficacia ed efficienza raggiunti nel conseguimento dei propri fini istituzionali, le Aziende daranno ulteriore impulso ai metodi fondati sulla fissazione degli obiettivi, sulla misurazione dei risultati e sulla verifica della qualità dei servizi sanitari e delle funzioni assistenziali, realizzando in particolare la più ampia valorizzazione della funzione dirigenziale.

(Art. 27 CCNL 8.6.2000 I biennio economico, come modificato dall'art. 4 CCNL 6.5.2010)

1. Le tipologie di incarichi conferibili ai dirigenti medici e veterinari sono le seguenti:

a) incarico di direzione di struttura complessa. Tra essi sono ricompresi l'incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero di cui al dlgs 502/1992;

b) incarico di direzione di struttura semplice. L'incarico di direzione di struttura semplice, ed in particolare quella dipartimentale, include necessariamente la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali, che deve essere prevalente rispetto agli altri criteri e parametri. Ove previsto dagli atti di organizzazione interna, lo stesso può comportare, inoltre, la responsabilità di gestione diretta di risorse finanziarie;

c) incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo. Tale tipo di incarico prevede in modo prevalente rispetto agli altri criteri e parametri, responsabilità tecnico-specialistiche;

d) incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

2. La definizione della tipologia degli incarichi di cui alle lettere b) e c) è una mera elencazione che non configura rapporti di sovra o sotto ordinazione degli incarichi, la quale discende esclusivamente dall'assetto organizzativo aziendale e dalla graduazione delle funzioni.

3. Per "struttura" si intende l'articolazione interna dell'azienda alla quale è attribuita con l'atto di cui all'art. 3, comma 1 bis del d.lgs. 502 del 1992 **la responsabilità di gestione di risorse umane**, tecniche o finanziarie.

4. Per struttura complessa - sino all'emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento previsto dall'art. 15 quinquies, comma 6 del d.lgs. n. 502 del 1992 e del conseguente atto aziendale - si considerano tutte le strutture già riservate in azienda ai dirigenti di ex II livello.

5. Tra le strutture complesse per Dipartimento si intendono quelle strutture di carattere gestionale individuate dall'azienda per l'attuazione di processi organizzativi integrati. I **Dipartimenti** aziendali, comunque siano definiti (strutturali, integrati, funzionali, transmurati etc), **rappresentando il modello operativo delle aziende**, svolgono attività

professionali e gestionale. **Ad essi sono assegnate le risorse** di cui al comma 3, necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite. **I Dipartimenti sono articolati al loro interno in strutture complesse e strutture semplici a valenza dipartimentale. Nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali di struttura complessa dovrà essere data piena attuazione al principio della separazione fra i poteri di indirizzo e controllo ed i poteri di gestione ai sensi dell'art. 3 del d.lgs 29/1993.** A tali strutture ed al loro interno dovrà essere applicato il principio dell'art. 14 del d.lgs 29/1993, richiamato dall'art. 65 del CCNL 5 dicembre 1996 (Fondo per il finanziamento della retribuzione di risultato).

(Art. 6 CCNL 17.10.2008)

1. Nell'ambito del processo di riforma del pubblico impiego il sistema degli incarichi dirigenziali, unitamente con le norme che ne regolano la verifica e la valutazione, riveste una notevole valenza strategica e innovativa. Tale sistema, che si basa sui principi di autonomia, responsabilità e di valorizzazione del merito e della prestazione professionale nel conferimento degli incarichi, è volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.

2. Allo scopo di favorire la piena attuazione degli obiettivi prioritari connessi al ruolo della dirigenza viene confermato quanto già previsto dall'art. 26, comma 1, e 27, comma 2 del CCNL 8.6.2000 I biennio economico (Graduazione delle funzioni dei dirigenti di I e II livello ai fini della determinazione della retribuzione di posizione e Tipologie di incarico) specificando, altresì, che le diverse tipologie di incarico, che implicano attività gestionali e professionali, sono tutte funzionali ad un'efficace e proficua organizzazione aziendale, contribuiscono ad una migliore qualità assistenziale e promuovono lo sviluppo professionale dei dirigenti, mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascuno di essi.

(Art. 29 CCNL 8.6.2000 I biennio economico)

1. Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti con le procedure previste dal DPR 484/1997, nel limite del numero stabilito dall'atto aziendale, fatto salvo quanto previsto dall'art. 27, comma 4 del CCNL 8.6.2000 I biennio economico (Tipologie di incarico) nel periodo transitorio.

2. Il contratto individuale disciplina la durata, il trattamento economico, gli oggetti e gli obiettivi generali da conseguire. Le risorse occorrenti per il raggiungimento degli obiettivi annuali sono assegnate con le procedure previste dall'art. 65, comma 4 del CCNL 5.12.1996

(Art. 5 CCNL 6.5.2010 integrativo)

1. In considerazione degli specifici contenuti professionali, delle particolari responsabilità che caratterizzano la figura del dirigente, **nel rispetto del principio di distinzione tra le funzioni di indirizzo e controllo spettanti agli organi di governo e le funzioni di gestione spettanti alla dirigenza**, nonché della giurisprudenza costituzionale in materia ed al fine di assicurare una migliore funzionalità ed operatività delle Aziende ed Enti del SSN, **sono stabilite specifiche fattispecie di responsabilità disciplinare per i dirigenti**, nonché il relativo sistema sanzionatorio con la garanzia di adeguate tutele al dirigente medesimo, nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs. 150/2009.

2. Costituisce principio generale la distinzione tra le procedure ed i criteri di valutazione dei risultati e quelli relativi alla responsabilità disciplinare, anche per quanto riguarda gli esiti delle stesse. **La responsabilità disciplinare attiene alla violazione degli obblighi di comportamento, secondo i principi e le modalità di cui al presente CCNL e resta distinta dalla responsabilità dirigenziale, disciplinata dall'art. 15/ter del d.lgs. n. 502 del 1992, che invece riguarda il raggiungimento dei risultati in relazione agli obiettivi assegnati, nonché la capacità professionale, le prestazioni e le competenze organizzative dei dirigenti.** Quest'ultima viene accertata secondo le procedure e mediante gli organismi previsti nell'ambito del sistema di valutazione di cui agli artt. 25 e segg. del CCNL del 3 novembre 2005 (La verifica e valutazione dei dirigenti e segg.).

Restano ferme le altre fattispecie di responsabilità di cui all'art. 55 del d.lgs. n. 165 del 2001, che hanno distinta e specifica valenza rispetto alla responsabilità disciplinare.

(Art. 6 CCNL 6.5.2010 integrativo)

3. Il dirigente, tenuto conto della necessità di garantire la migliore qualità del servizio, deve, in particolare: sovrintendere, nell'esercizio del proprio

potere direttivo, al corretto espletamento dell'attività del personale, anche di livello dirigenziale, assegnato alla struttura cui è preposto, nonché al rispetto delle norme del codice di comportamento e disciplinare, ivi compresa l'attivazione dell'azione disciplinare, secondo le disposizioni vigenti.

GOVERNANCE DEL SISTEMA SANITARIO: LE RESPONSABILITÀ PENALI DELLA DIRIGENZA SANITARIA

Si ritiene necessario affrontare separatamente le responsabilità penali della dirigenza sanitaria nell'ambito della governance del sistema sanitario, così come riorganizzato in esito ai processi di aziendalizzazione e privatizzazione dei rapporti di lavoro.

La complessità delle aziende sanitarie, la sussistenza all'interno di esse di numerose, strutture anch'esse a loro volta suscettibili di ulteriori articolazioni, rende preminente l'esigenza di arginare l'uso, che rischia di essere indiscriminato ed improprio, dello strumento penale ove non si pervenga all'attribuzione delle specifiche responsabilità in capo ai diversi soggetti preposti alla dirigenza di ogni singola struttura. A tale rischio si aggiunge quello che può derivare dalla mancata separazione dei compiti strategici aziendali rispetto a quelli organizzativi assegnati ai singoli responsabili di struttura.

Si può, a tal fine, partire da alcune motivazioni contenute nella giurisprudenza della Cassazione (si veda per tutte Cass. Pen. Sez. IV n. 7597/2014), la quale ha avuto modo di affermare come *"...l'ordinamento ha da tempo individuato figure e principi che tendono a definire le sfere di responsabilità professionale o di altro genere, così limitando il possibile ambito della connessa penale responsabilità di ciascun agente: si pensi ai principi di auto responsabilità, di affidamento, di gerarchia; in effetti è razionale che ciascuno possa essere chiamato a rispondere solo per le prestazioni che appaiono esigibili, sia per la sua sfera di competenza specialistica, sia per il livello di maturazione del suo percorso professionale, sia ancora per il ruolo esercitato all'interno dell'organizzazione. La definizione di tali sfere di competenza e responsabilità all'interno di organizzazioni complesse può configurare, in alcuni casi, l'esclusione della responsabilità penale già sul*

piano della tipicità oggettiva, ancor prima che su quello della colpevolezza, particolarmente quando esista una figura dotata di autonoma ed esclusiva competenza nella gestione di un rischio."

Ed ancora appare assai rilevante quanto contenuto nella Sentenza della Sez. 4 -Penale- Num. 18334 del 2018:

"Tuttavia ipotizzare un obbligo di controllo tanto pervasivo da non consentire alcun margine di affidamento sulla correttezza dell'operato altrui significa esporre a responsabilità penale il medico in posizione apicale per ogni evento lesivo possa occorrere nel reparto affidato alla sua direzione. ciò, a prescindere da fattori quali le dimensioni della struttura, il numero di pazienti ricoverati, l'assegnazione degli stessi a medici di livello funzionale inferiore ma comunque dotati per legge di un'autonomia professionale il cui rispetto è imposto alla stessa figura apicale.

Pertanto deve ritenersi che allorchè il medico apicale abbia correttamente svolto i propri compiti di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo e, ciononostante, si verifichi un evento infausto causato da un medico della propria struttura, di detto evento debba rispondere eventualmente unicamente il medico o i medici subordinati. Ravvisare infatti una responsabilità penale del medico in posizione apicale anche in questi casi significa accettare una ipotesi di responsabilità per posizione, in quanto non può pretendersi che il vertice di un reparto possa controllare costantemente tutte le attività che ivi vengono svolte, anche per la ragione, del tutto ovvia, che anch'egli svolge attività tecnico-professionale. In tal caso, appare evidente il rischio di contrasto col principio di responsabilità penale personale, ex art. 27, comma I Cost."

Tralasciando le responsabilità del Direttore Generale, per concentrarsi su quelle della dirigenza sanitaria, si deve tenere conto che il D. Lgs. N. 502/1992 individua nell'Atto Aziendale -di diritto privato- la fonte primaria chiamata a disciplinare le funzioni, le attribuzioni e gli ambiti di attività della dirigenza sanitaria, come si vedrà più avanti. Infatti, le competenze del Direttore Sanitario Aziendale, del Direttore Sanitario di Presidio, del Direttore di Dipartimento, del Direttore di Struttura Complessa, tutte diverse tra loro, devono essere fissate in via esclusiva dall'Atto Aziendale, nell'ambito definito dalle norme di legge sul SSN.

L'Atto Aziendale, quindi, deve attribuire, a partire dal DSA, per finire con i Direttori di Struttura, separati e diversi compiti, strategico-organizzativi al primo e gestionali sulle singole strutture sanitarie agli altri, disciplinare l'esercizio delle funzioni dirigenziali dei dirigenti delle varie articolazioni: presidi, unità operative complesse e semplici. Ai dirigenti, infatti, legati da rapporto di lavoro subordinato, compete, essendo dotati dei poteri di sovra ordinazione gerarchica e disciplinare, il controllo delle attività, la regolarità del loro svolgimento, la promozione di indicazioni e direttive, nonché il riscontro di comportamenti sanzionabili, come si vedrà più avanti con maggior dettaglio. Alle Regione compete la definizione delle linee Guida per la redazione dell'Atto Aziendale che, tra l'altro, devono individuare compiti e responsabilità delle strutture di cui si compongono le Aziende Sanitarie.

Per quanto attiene alla dirigenza del SSN si deve, partire dalla posizione del Direttore Sanitario Aziendale, figura introdotta in sede di aziendalizzazione dal D. Lgs. N. 502/92, che si aggiunge al Direttore sanitario di Presidio, quest'ultimo già previsto dagli artt. 2 e 5 del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 e confermato dall'art. 4, comma 9 del D. L.gs n. 502/92, fatta salva l'eccezione prevista dal comma 7 dell'art. 3 del D. L.gs n. 502 nel 2012 dalla L. n. 135/2012, che prevede: ***“Nelle aziende ospedaliere, ... costituite da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario [aziendale] di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero [direttore sanitario di presidio] sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge.”***

Il Direttore Sanitario Aziendale, ai sensi del 7° c. dell'art. 3 del D. L.gs n. 502/92, ***“Dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza”***.

Le competenze del DSA ricadono, quindi, nell'ambito di attività di indirizzo, coordinamento, supporto al Direttore Generale, in conformità alle seguenti norme: D. L.gs 30.12.1992, n. 502, art. 3, commi 1 quarter, 1 quinquies e 7 ed art. 15/bis, comma 1; D.P.C.M. 19.07.1995 n. 502, art. 2, commi 3 e 7.

Nell'ambito della definizione delle diverse respon-

sabilità è necessario sottolineare che il mancato inserimento nell'organico dell'Azienda Sanitaria del DSA esclude l'esistenza di un rapporto di sovra-ordinazione gerarchica tra il DSA e le strutture organizzative interne alle Aziende Sanitarie inserite nell'organigramma aziendale, nel rispetto di quanto previsto dalla disciplina sul pubblico impiego, in particolare dall'art 4 del D. L.gs. n. 165/2001 e s.m.i., che distingue l'indirizzo politico-amministrativo, riservato agli organi di governo [Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera coadiuvato dal DSA e dal DA] dalla responsabilità dirigenziale e gestionale.

Passando ai dipartimenti, ai fini del presente approfondimento, è subito il caso di precisare che hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate dai processi di programmazione e controllo. Pertanto, un'area di responsabilità importante per i dipartimenti è quella relativa alla gestione del personale. Il direttore di dipartimento ha la responsabilità dell'utilizzo efficiente delle risorse ad esso assegnate, eventualmente condivisa poi con i responsabili di struttura complessa, di struttura semplice a valenza dipartimentale e di struttura semplice.

Per chiarire con un esempio quanto appena affermato si può fare richiamo alla disciplina che attribuisce in via esclusiva al direttore di dipartimento e di unità operativa la vigilanza sui collaboratori, responsabilità che comporta l'obbligo giuridico di dare impulso all'azione disciplinare (art. 6, CCNL 6.05.2010: “... sovrintendere... al corretto espletamento dell'attività del personale, anche di livello dirigenziale... ivi compresa l'attivazione dell'azione disciplinare...”) e di assumere i provvedimenti disciplinari di sua competenza (cfr. art. 55 bis DLGS 165/2001, e art. 13, comma 8, DPR 62/2013) e comporta la facoltà di avocare a sé in ogni momento le scelte diagnostiche e terapeutiche sul paziente (art. 63 DPR 761/79: “può avocare casi alla sua diretta responsabilità, fermo restando l'obbligo di collaborazione da parte del personale appartenente alle altre posizioni funzionali”).

Al DSA, invece, non sono attribuite funzioni gestionali e operative dirette, né possono allo stesso essere attribuite dalla legislazione regionale di attuazione o dall'atto aziendale, utilizzando quanto previsto dall'art. 15 bis D. lgs. 502/1992.

Resta affidata al DSA, a supporto del Direttore Generale, la valutazione del grado di avanzamento e di risultato delle strategie mirate al raggiungimento degli “obiettivi” assegnati dalla regione all’azienda, mediante l’indirizzo, il coordinamento dei direttori/responsabili di struttura, compreso il direttore medico di presidio, ed è, pertanto, esclusivamente nell’esercizio di tali funzioni che il DSA può ritenersi sovraordinato ai dipartimenti ed alle strutture che li compongono, senza potere, invece, intervenire sulla organizzazione interna e gestione degli stessi.

Infatti, come detto anche l’Atto Aziendale deve rispettare i principi dell’aziendalizzazione del sistema sanitario, e tale Atto, formato secondo regole di diritto privato, pertanto, deve prevedere responsabilità differenti ed una divisione delle posizioni di garanzia.

Questo porta alla conclusione che sul DSA non possono incombere obblighi di controllo, vigilanza e garanzia degli ambiti organizzativi interni ai presidi ospedalieri, ai dipartimenti ed alle unità operative. Nè possono attribuirsi obblighi di verifica della loro attività interna, sulla redazione della documentazione sanitaria, sull’operato dei singoli dirigenti, obblighi giuridici che sono in capo a centri di responsabilità diversi dal DSA. Infatti, il Direttore Sanitario partecipa alla Direzione dell’Azienda assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorre con la formulazione di proposte e pareri, alla formalizzazione delle decisioni della Direzione Generale, ma si tratta, come rappresentato in precedenza, di attività di indirizzo e controllo in ambito strategico essendo, invece, le competenze gestionali affidate ai Dirigenti.

Altro esempio utile a definire i diversi ambiti di responsabilità è quello afferente la documentazione sanitaria, in particolare dall’art. 8, commi 1, 3 e 4 del D. L.vo n. 502/1992 nonché dal successivo art. 12/bis, che si occupano dei controlli delle SDO (Schede di dimissione Ospedaliera) e del controllo sulle cartelle cliniche, documenti sanitari che redatti dai dirigenti medici sotto la responsabilità del direttore di struttura vengono consegnati agli archivi delle direzioni sanitarie di presidio dopo la dimissione del paziente. Tale procedimento non prevede la partecipazione della Direzione Sanitaria Aziendale.

Secondo l’assetto appena descritto, risultano ben distinte e definite le responsabilità in materia di compilazione della documentazione sanitaria rispetto a quella sulla tenuta e sulla verifica della completezza della stessa, la prima affidata in via esclusiva ai Direttori di Dipartimento, di UU.OO. ed ai Coordinatori di UU.OO. e Sala Operatoria, in continuità con quanto previsto per i primari dall’art. 7 del D.P.R. n. 128/1969: “*Il primario ...e’ responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all’archivio centrale*”, la seconda assegnata ai Direttori Sanitari di Presidio chiamati a “*...vigila[re] sull’archivio delle cartelle cliniche...*” già a partire dall’art. 5 del D.P.R. n. 168/1969.

A questo punto si può aggiungere, per la dirigenza sanitaria, un richiamo al Codice di Comportamento contenuto nel D.P.R. 16.04.2013, n. 62, applicabile *ex se* a coloro che sono titolari di contratti di lavoro dipendente da pubblica amministrazione e rivestono l’incarico dirigenziale – così come l’art. 7 del D.P.R. 128/1969 si riferiva all’ex figura del primario- oggi Direttore di Unità Operativa, ed estensibili con decisione delle singole Aziende anche ad altre figure, non legate da rapporto di lavoro dipendente, tra queste il DSA (D.P.R. n. 62/2013: **Art. 2 comma 1. Il presente codice si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, il cui rapporto di lavoro è disciplinato in base all’articolo 2, commi 2 e 3, del medesimo decreto. Comma 3. Le pubbliche amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001 estendono, per quanto compatibili, gli obblighi di condotta previsti dal presente codice a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell’amministrazione. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, le amministrazioni inseriscono apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente codice.”)**

Definito il contenuto degli obblighi giuridici posti in capo ai responsabili di struttura, si assume il seguente principio fissato dalla giurisprudenza: “... **il primario** risponde dei deficit organizzativi del reparto a lui affidato, quando questi siano consistiti in una carente assegnazione di compiti e mansioni al personale; in una carente diramazione delle istruzioni da seguire e dei compiti da assolvere; in una negligente diramazione di istruzioni con riferimento al singolo degente... La decisione della Corte d’appello è... motivata in modo contraddittorio, nella parte in cui da un lato ammette l’esistenza d’una disfunzione organizzativa dell’ospedale, e dall’altro esclude la responsabilità di chi una efficiente organizzazione era tenuto a garantire, cioè il primario.” (Cass., civ, Sez. III, n. 22338 del 22.10.2014).

In analogia si può ritenere esteso lo stesso principio al DSA, che può essere chiamato a rispondere di deficit di programmazione e di organizzazione strategica dei fattori produttivi in rapporto alla domanda di salute ed agli obiettivi fissati dai piani sanitari nazionali e regionali alle aziende, non altro.

Il principio per cui spetta al direttore della struttura complessa dettare direttive generiche e specifiche e verificare l’attività autonoma e delegata dei medici addetti alla struttura dopo la riforma del sistema sanitario ad opera del D. Lgs 502/1992, è stato espresso anche dalla Giurisprudenza penale della Corte di Cassazione: “*Il dirigente medico ospedaliero è titolare di una posizione di garanzia a tutela della salute dei pazienti affidati alla struttura, perché i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 229 del 1999 di modifica dell’ordinamento interno dei servizi ospedalieri hanno attenuato la forza del vincolo gerarchico con i medici che con lui collaborano, ma non hanno eliminato il potere-dovere in capo al dirigente medico in posizione apicale di dettare direttive generiche e specifiche, di vigilare e di verificare l’attività autonoma e delegata dei medici addetti alla struttura, ed infine il potere residuale di avocare a sé la gestione dei singoli pazienti.*” (Cassazione penale, sez. IV, 29/09/2005, n. 47145). La Corte di Cassazione aveva già, infatti, statuito: “*Il primario ospedaliero è titolare di una specifica posizione di garanzia nei confronti dei suoi pazienti alla quale non può sottrarsi adducendo che ai reparti sono assegnati altri medici o che il suo intervento è dovuto solo in casi di particolare*

difficoltà o di complicazioni; ciò risulta chiaramente dall’art. 7, comma 3, D.P.R. 27 marzo 1969 n. 128 (ordinamento interno dei servizi ospedalieri) che gli attribuisce la “responsabilità” dei malati e dall’art. 63, comma 5, del D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761 (stato giuridico del personale delle U.S.S.L.) secondo il quale il medico appartenente alla posizione apicale ha il potere di impartire istruzioni e direttive in ordine alla diagnosi e alla cura e di verificarne l’attuazione.” (Cass., sez. IV, 7.12.1999, n. 1126).

La Corte di Cassazione ha poi sottolineato che, a pena della responsabilità anche penale in caso di lesione o morte del paziente, il direttore di struttura complessa deve, nell’ambito del suo dovere di direzione e organizzazione della struttura, curare la reciproca collaborazione tra tutti i medici che lo assistono: “*In tema di responsabilità professionale del medico, nessuno può invocare l’esonero dalla responsabilità confidando che altri provveda a correggere il proprio errore, tanto meno il medico, che nella sua qualità di primario, è responsabile del reparto*” (Cassazione penale, sez. IV, 07/01/2014, n. 4985).

Esame a parte merita l’assetto delle responsabilità derivanti, invece, da deficit organizzativi, scaturiti da scelte o omissioni, che siano riconducibili alla Regione o alla Direzione strategica dell’Azienda o del Dipartimento se si tratta di indagare sulla responsabilità del direttore di struttura, e che si ripercuotono sulla organizzazione della struttura stessa.

La Corte di Cassazione, a tal proposito, ha espresso il seguente principio: “*In tema di carenze strutturali ed organizzative dell’ospedale, esse possono rilevare sul piano della “misura soggettiva” della colpa qualora rendano “inesigibile” il conformarsi da parte del sanitario alla regola di cautela che si presume violata. ...-... In tema di responsabilità organizzative del direttore di reparto ospedaliero, il cd. “primario” è tenuto ad organizzare correttamente i turni di lavoro del personale infermieristico, ma non ricade su di lui l’obbligo di organizzare corsi di formazione per lo stesso né quello di verificare la competenza di ogni singolo operatore, potendo egli fare affidamento sulla autonoma professionalità degli infermieri, riconosciuti dalle recenti normative come veri e propri “professionisti sanitari” e non più meri ausiliari del medico...*” (Cassazione

penale sez. IV, 03/12/2015, n. 2541).

Meno recentemente la Corte di Cassazione aveva ipotizzato altre situazioni in cui il direttore della struttura complessa doveva andare esente da responsabilità per non essergli concretamente rimproverabile il deficit organizzativo: *“La contenuta temperanza tra vincolo alle direttive superiori e l'autonomia professionale operativa... in presenza di una visione efficientistica e concretamente produttiva (sotto il profilo sanitario) del servizio, non può che trovare soluzione liberatoria per il dirigente in posizione apicale dalla responsabilità omissiva, se non in situazioni concrete, quali ad esempio: l'aver adeguatamente formato il medico collaboratore per casi semplici o quantomeno non complicati, e non avervi adempiuto il sanitario; non esservi stato il tempo materiale per l'informazione, dato che il collaboratore ha repentinamente omissa il trattamento sanitario necessario, causando immediatamente l'irreparabilità delle lesioni o del decesso, senza possibilità materiale di intervento del dirigente apicale. Altri casi sono possibili, ma, in tema di reati colposi, è impossibile una codificazione precisa.”* (Cassazione penale, sez. IV, 29/09/2005, n. 47145).

Sulla base della normativa e della Giurisprudenza formatasi in materia occorre sempre distinguere anche la responsabilità per deficit organizzativo su tre livelli, in quanto tale fattispecie non può essere equiparata ad una responsabilità oggettiva, cioè di posizione: direzione aziendale; direttore di dipartimento; direttore di struttura.

Di volta in volta occorre indagare i singoli casi di deficit organizzativo per verificare l'eventuale responsabilità direttiva e organizzativa, a partire dall'attribuzione di un effettivo potere gestionale e decisorio e soprattutto un concreto budget di spesa.

Si conclude, per quanto ciò possa apparire ovvio, che proprio in ragione della complessità organizzativa delle aziende sanitarie e dei separati ambiti di competenze, in materia penale le responsabilità -scaturenti da scelte o omissioni direttive ed organizzative- del DSA, del direttore di Dipartimento e del direttore di struttura complessa vanno accertate in concreto e non possono farsi discendere esclusivamente dalla posizione rivestita all'interno della struttura.

FOCUS: LE RESPONSABILITÀ DISCIPLINARI DELLA DIRIGENZA SANITARIA DOPO LE ULTIME RIFORME

Coerentemente con l'estensione delle regole sullo stato giuridico dei dipendenti del pubblico impiego anche ai dirigenti del SSN i principi introdotti con il D. Lgs n. 150/2009 sono stati recepiti nel CCNL dell'Area IV del 6.05.2010, che all'art. 6 assegna ai responsabili di struttura la vigilanza, che comporta l'obbligo di dare impulso all'azione disciplinare: *“... sovrintendere... al corretto espletamento dell'attività del personale, anche di livello dirigenziale... ivi compresa l'attivazione dell'azione disciplinare...”* e di assumere i provvedimenti disciplinari di sua competenza (cfr. art. 55 bis D.Lgs 165/2001, come modificato dall'art. 13 D.Lgs 75/2017 e dall'art. 13, comma 8, DPR 62/2013) e comporta la facoltà di avocare a sé in ogni momento le scelte diagnostiche e terapeutiche sul paziente (art. 63 DPR 761/79: *“può avocare casi alla sua diretta responsabilità, fermo restando l'obbligo di collaborazione da parte del personale appartenente alle altre posizioni funzionali”*).

Poiché la disciplina introdotta nel 2009 in materia disciplinare ha rappresentato una delle innovazioni più rilevanti sullo stato giuridico dei pubblici dipendenti e la sua attuazione ha evidenziato -anche grazie ai numerosissimi interventi giurisprudenziali- una serie di punti di forza e di debolezza, appare necessario, ai fini del presente approfondimento, descriverne le previsioni e le criticità evidenziate nella fase di attuazione fino al 2017, anno nel quale sono entrate in vigore altre novità.

Occorre, comunque, tenere in debito conto che alcuni limiti scaturenti dalla privatizzazione del pubblico impiego restano validi, quale ad esempio l'art. 2106 cod. civ. che pone quale vincolo per la contrattazione collettiva il principio di gradualità e proporzionalità delle sanzioni in relazione alle infrazioni tipizzate. Secondo il principio di gradualità, la sanzione è prima più tenue e diventa poi più grave; secondo il principio di proporzionalità, le sanzioni devono essere adeguate in relazione alla gravità dell'infrazione.

Nel rispetto dei principi normativi il CCNL dell'Area IV del 6.05.2010 richiama la gradualità e proporzionalità che deve intercorrere tra la tipologia

dell'infrazione e l'entità della sanzione, sulla scorta dei seguenti criteri: - intenzionalità del comportamento, grado di negligenza dimostrato, rilevanza della inosservanza degli obblighi e delle disposizioni violate; - responsabilità connesse con l'incarico dirigenziale ricoperto nonché con la gravità della lesione del prestigio dell'azienda; - entità del danno provocato a cose o persone, ivi compresi gli utenti; - eventuale sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti, anche connesse al comportamento tenuto complessivamente dal dirigente o al concorso nella violazione di più persone.

La responsabilità disciplinare deve sempre essere valutata previa verifica dell'elemento soggettivo, ossia da dolo e colpa, al pari della responsabilità contrattuale, che sorge in caso di inadempimento dell'obbligazione, fattispecie disciplinata dall'art. 1218 cod. civ., secondo il quale il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile.

Quanto detto tiene conto che l'irrogazione della sanzione deve fondarsi su elementi certi, sulla tempestività della comunicazione/segnalazione, ma soprattutto occorre escludere la possibilità che sia applicata una sanzione di specie diversa da quella prevista dalla legge o dal medesimo CCNL.

Anche nei confronti della dirigenza sanitaria trovano applicazione le medesime regole previste per tutto il pubblico impiego in ordine ai requisiti della contestazione degli addebiti disciplinari, in termini di specificità, tempestività -a pena di decadenza-, chiarezza, al fine di permettere l'esercizio del diritto di difesa, proprio grazie alla concreta conoscenza delle ipotesi di responsabilità contestate e delle sanzioni previste nel caso specifico. In particolare, in merito alle sanzioni dovrà tenersi conto delle ipotesi di recidiva e delle precedenti sanzioni disciplinari irrogate, ma esclusivamente nel caso in cui queste siano state applicate nel biennio precedente. **Si procede, quindi, prima all'esame della disciplina sulle responsabilità disciplinari introdotte anche per la dirigenza del SSN nel 2009.**

In materia disciplinare è stato, da sempre, previsto che, oltre agli obblighi propri dei responsabili di struttura in ambito disciplinare venisse costituito, per le violazioni di maggior rilievo, un apposito

Ufficio Procedimenti disciplinari, solitamente in composizione collegiale, anche se la normativa lasciava e lascia ancora libertà di organizzazione mediante l'esercizio di potestà regolamentare alle singole Aziende sanitarie.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari era competente **esclusivamente** nei casi di violazioni che comportavano sanzioni superiori a dieci giorni di sospensione. Deve attivarsi non appena riceve informazione in qualsiasi forma di una violazione di cui è competente. **Non aveva, però, alcun potere sostitutivo nei confronti dei responsabili di struttura per le sanzioni più lievi.**

Il mancato esercizio dell'azione disciplinare da parte del responsabile di struttura era sanzionabile, secondo il decreto 165/2001, con procedimento disciplinare a carico di questi, ai sensi dell'art. 55 sexies, però in tali casi era prevista una sola sanzione disciplinare, da applicare in proporzione alla gravità dell'infrazione non perseguita: la sospensione.

In tale ambito si rinviene ampia giurisprudenza della Cassazione Civile; tra le varie decisioni si richiamano:

Civile Sent. Sez. L Num. 12358 Anno 2017, pubblicata il 17/05/2017.

“La regola, che vige sempre nei casi di infrazioni di minore gravità (quelle punite con sanzioni inferiori alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per più di dieci giorni), può essere derogata, solo in relazione alle infrazioni punite con sanzioni più gravi nei casi di “particolare complessità dell'accertamento del fatto addebitato al dipendente e quando all'esito dell'istruttoria” la Pubblica Amministrazione datrice di lavoro “non dispone di elementi sufficienti a motivare l'irrogazione della sanzione” (art. 55 ter c. 1).

Civile Sent. Sez. L Num. 16637 Anno 2016 Data pubblicazione: 08/08/2016

“La regola della “competenza” caratterizza, come l'art. 55 del D.Lgs. 165/2001, nel testo antecedente le modifiche apportate dal citato decreto del 2009, l'intero impianto della nuova disposizione, che ripartisce, con previsione, in parte sovrapponibile al contenuto dell'originario art. 55, il potere disciplinare tra il responsabile della struttura avente qualifica dirigenziale (comma 1) e l'ufficio competente per i procedimenti disciplinari - U.P.D. - (comma 4) in relazione alla gravità della sanzione, attribuendo

al primo la competenza per le sanzioni di minore gravità (dal rimprovero scritto alla sospensione dal lavoro e dalla retribuzione sino a 10 giorni) ed al secondo quella per le sanzioni più gravi (dalla sospensione da 11 giorni a sei mesi al licenziamento). In particolare, per gli illeciti disciplinari di maggiore gravità, imputabili al pubblico impiegato, come quelli che comportano il licenziamento, l'art.55-bis contiene due previsioni: con la prima, è imposto al dirigente della struttura amministrativa in cui presta servizio l'impiegato la trasmissione degli atti all'ufficio disciplinare e la contestuale comunicazione all'interessato; con la seconda si prescrive all'ufficio disciplinare la contestazione dell'addebito al dipendente.

La "ratio" della norma è da individuare, in primo luogo, ma solo per i procedimenti relativi a fatti puniti con sanzioni più severe, nella esigenza di assicurare al dipendente maggiori garanzie di terzietà, quali sono indubbiamente assicurate dall'U.P.D..

Ulteriore "ratio" dell'art. 55 bis è da individuare nell'esigenza di rendere più veloce l'esercizio del potere disciplinare, attraverso la previsione di regole che mettono in correlazione, funzionale e temporale, le attività e le fasi del procedimento, anche nei casi in cui queste si svolgano davanti ai due diversi organi individuati come competenti.

Sulla scorta delle considerazioni svolte e in continuità con l'indirizzo giurisprudenziale espresso nella già citata sentenza di questa Corte n. 1781 del 2015, deve, quindi, affermarsi il seguente principio di diritto: In tema di illeciti disciplinari di maggiore gravità imputabili al pubblico impiegato, l'art. 55 bis comma 3 del d.lgs. n. 165 del 2001, nel disciplinare i tempi della contestazione, **impone al dirigente della struttura amministrativa di trasmettere gli atti all'ufficio disciplinare** e prescrive a quest'ultimo, a pena di decadenza, di contestare l'addebito.

Civile Sent. Sez. L Num. 16900 Anno 2016 Data pubblicazione: 10/08/2016

"Come già affermato da questa Corte, nella recente decisione n. 11632 del 2016, la regola della "competenza" caratterizza, come l'art. 55 del D.L.gs. 165/2001, nel testo antecedente le modifiche apportate dal citato decreto del 2009, l'intero impianto della nuova disposizione, che ripartisce, con previsione, in parte sovrapponibile al contenuto dell'originario art. 55, il potere disciplinare

tra il responsabile della struttura avente qualifica dirigenziale (comma 1) e l'ufficio competente per i procedimenti disciplinari - U.P.D. (comma 4), in relazione alla gravità della sanzione, attribuendo al primo la competenza per le sanzioni di minore gravità (dal rimprovero scritto alla sospensione dal lavoro e dalla retribuzione sino a 10 giorni) ed al secondo quella per le sanzioni più gravi (dalla sospensione da 11 giorni a sei mesi al licenziamento). E' stato anche affermato (Cass. 24157/2015) che, nei casi in cui, come quello in esame, l'U.P.D. sia costituito da un organo Collegiale, anche a volere, in ipotesi, ritenere che tale collegio non sia perfetto e che, quindi, non necessariamente debba operare con la contemporanea partecipazione di tutti i suoi componenti, ad ogni modo, in nessun caso un collegio imperfetto può ridursi sino ad essere considerato come organo monocratico."

Civile Sent. Sez. L Num. 11632 Anno 2016 Data pubblicazione: 07/06/2016

Deve anche affermarsi il principio per cui nessun soggetto o organo estraneo all'ufficio competente può integrare il contenuto decisionale del provvedimento di competenza di detto ufficio, in quanto l'interferenza decisionale tenderebbe illegittimamente a spostare la competenza deliberativa dall'organo competente ad un diverso organo, sicuramente non competente.

Ma deve nondimeno puntualizzarsi che la struttura dell'art. 55-bis, che distingue le regole sulla competenza e quelle sul procedimento, sorrette da "ratio" e finalità diverse, comporta che le violazioni delle regole procedurali che non si risolvano anche nella violazione delle norme sulla "competenza", per essere stato in concreto l'intero procedimento disciplinare, in tutte le fasi, gestito in autonomia dall'organo competente e per essere stati tutti gli atti previsti adottati da quest'ultimo, non determinano per ciò solo nullità del procedimento e della sanzione adottata.

L'eventuale deviazione dallo schema procedurale può rilevare, ai fini della violazione delle regole in punto di individuazione dell'organo competente ad iniziare e concludere il procedimento disciplinare relativo alle sanzioni più gravi, solo nei casi in cui essa abbia interferito con il contenuto degli atti di competenza dell'UPD ma non nei casi in cui la deviazione possa ritenersi del tutto neutra rispetto alla gestione del procedimento ed alla

adozione degli atti adottati al suo interno. Non ogni interferenza di organi esterni all'U.P.D. è, infatti, giuridicamente rilevante, tale essendo solo quella che abbia determinato decisiva - nel senso di sostitutiva e non meramente additiva - partecipazione del soggetto estraneo all'adozione del provvedimento, con conseguente inammissibile sostanziale trasferimento della competenza dall'organo competente ad un diverso organo, sicuramente non competente."

Oltre a quanto appena riportato si deve aggiungere che la giurisprudenza della Sezione Lavoro della Suprema Corte di Cassazione, in ordine alla competenza nell'adozione delle sanzioni disciplinari nel rapporto di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, aveva efficacemente cristallizzato le conseguenze che l'ordinamento prevedeva in ordine al provvedimento disciplinare adottato da organo incompetente: la nullità a mente dell'art 55 del d. lgs. n.165/2001, in quanto norma imperativa, ai sensi degli art 1339 e 1419 comma 2 c.c.. "E' nulla, perché in contrasto con norme di legge inderogabili sulla competenza, la sanzione disciplinare irrogata in esito a procedimento disciplinare instaurato da soggetto od organo diverso dall'ufficio competente per i procedimenti disciplinari" (Cass., Sez. lav., 5 febbraio 2004, n. 2168; Cassazione civile, Sez. lav., 30 settembre 2009, n. 20981 – tutte richiamate nella CIRCOLARE N. 14 del 23.12.2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, Registrata alla Corte dei conti il 1 febbraio 2011 - reg. n. 2, fog. n.367 avente per oggetto: "D.lgs. n. 150 del 2009 - disciplina in tema di infrazioni e sanzioni disciplinari e procedimento disciplinare - problematiche applicative.").

Si ribadisce, dunque, che le disposizioni del contratto collettivo del personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale, contenute nel CCNL del 6 maggio 2010 introducevano rilevanti novità, come previsto per la dirigenza pubblica in generale. Il contratto recepiva le innovazioni sul versante disciplinare, ma teneva conto delle specificità delle attività cui sono preposti i dirigenti medici. In tale solco la responsabilità disciplinare assumeva già una propria configurazione, separata da quella relativa alla partecipazione al conseguimento dei risultati aziendali, basata, quindi, sul rispetto di doveri, ovvero obblighi, dettagliati nel CCNL, che

enuncia -con norme ancora valide per tale parte- contenuti e procedure delle infrazioni, nonché la individuazione delle tipologie delle sanzioni e delle relative infrazioni.

Il CCNL dei dirigenti dell'Area IV prevede la seguente graduazione: per le infrazioni più lievi la prima sanzione è il rimprovero scritto, **non è previsto** -occorre qui rilevarlo subito- **il rimprovero verbale**; la sanzione pecuniaria (da un minimo di euro 200,00 a un massimo di euro 500,00); la sospensione dal servizio e dalla retribuzione, di cui sono previste distinte fattispecie, fino a un massimo di sei mesi; il licenziamento con preavviso e senza preavviso. Questo il contenuto dell'art. 8 (Codice disciplinare) del C.C.N.L., che elenca, appunto in ordine crescente, le diverse tipologie di infrazioni e le relative misure sanzionatorie applicabili.

Le suddette previsioni contrattuali tengono in debito conto i profili di specialità derivanti dalla funzione medica -in particolare nel sistema della governance delle aziende del SSN- e, dunque, le connotazioni proprie dell'assetto organizzativo e funzionale derivante dall'aziendalizzazione.

Con lo strumento contrattuale collettivo vengono previsti, così, anche la definizione di obblighi e regole, alla violazione dei quali seguono specifiche sanzioni disciplinari a carico dei dirigenti, sotto l'egida del miglioramento della qualità dei servizi sanitari ed il conseguimento di sempre più elevati standard di sicurezza per il paziente/utente.

Per tale ragione il CCNL contiene (art. 6 CCNL 06.05.2010 integrativo) una dettagliata elencazione di obblighi e doveri, desunti tutti dai diversi ruoli ricoperti dalla dirigenza sanitaria ai diversi livelli della governance delle aziende, proprio in ragione delle responsabilità collegate allo svolgimento delle funzioni e delle attività che formano oggetto dell'incarico a ciascuno affidato.

Certo, al pari di tutti gli altri dipendenti pubblici, comunque, è previsto anche il rispetto degli obblighi di diligenza, lealtà, imparzialità, correttezza, rispetto della dignità delle persone, principi che se violati possono compromettere l'immagine del SSN. In questi casi nulla si aggiunge a quelli che sono i principi ed i dettati che, a partire dalla costituzione, sono stati via via definiti dalla legislazione in materia di funzionamento della pubblica amministrazione e di pubblico impiego.

Tra le regole che disciplinano in modo specifico l'e-

esercizio della professione medica, rientrano, invece, le responsabilità afferenti la compilazione e tenuta di cartelle cliniche, referti e risultanze diagnostiche, il rispetto delle norme in materia di attività libero-professionale, nonché di quelle relative alle attestazioni ed alle certificazioni delle assenze per malattia.

Spostando l'attenzione sui doveri-poteri attribuiti al direttore di dipartimento/struttura, sui dipendenti alle stesse articolazioni assegnati, risultava, nell'attuale assetto disciplinato dal D. Lgs n. 165/2001 e dalle norme di dettaglio contenute nel CCNL **fino al 21 giugno 2017**, che a questi competeva l'applicazione della misura della sospensione dal servizio fino a dieci giorni, nel rispetto della obbligatorietà dell'azione disciplinare e dei termini perentori, cioè fissati a pena di decadenza dell'azione medesima, con garanzia del diritto di difesa del dipendente e della riservatezza, da osservare in tutte le fasi e comunicazioni dell'iter.

L'assetto appena descritto era frutto di un lungo percorso legislativo che prendeva le mosse dalla riforma dei primi anni 90', che aveva posto le basi affinché ai dirigenti ed ai dipendenti pubblici venisse richiesto un impegno lavorativo volto a garantire efficacia, efficienza ed economicità di tutta la macchina pubblica, a maggior ragione nel caso del SSN, i cui servizi sono rivolti a tutelare il diritto costituzionale alla salute dei cittadini. Alla medesima legislazione si può fare risalire anche il Codice di comportamento dei dipendenti della pubblica amministrazione, che trova ulteriore declinazione nei codici interni che ciascuna Azienda sanitaria deve adottare, come previsto dall'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001.

Tornando alle procedure disciplinari, come detto, la legislazione ed i contratti di lavoro hanno il compito ed hanno avuto il compito di definire sia gli aspetti gestionali che procedurali, indicando modalità e soggetti competenti (meglio: obbligati) all'irrogazione delle sanzioni. Risultavano previste due diverse ed alternative procedure: la prima -più snella e con termini ridotti- posta in capo ai dirigenti di struttura per le sanzioni più lievi; la seconda - relativa a sanzioni quali la sospensione per periodi superiori a dieci giorni ed il licenziamento- assegnata alla competenza di un ufficio che deve essere costituito presso ciascuna azienda del SSN, ciò fino al giugno 2017.

Si prosegue con l'analisi delle modifiche introdotte sulla competenza e sui termini dei procedimenti disciplinari, entrate in vigore il 22 giugno 2017 (c.d. Decreto Madia).

Rimane inalterata l'obbligatorietà dell'azione disciplinare, ma si modificano le competenze, adesso l'Ufficio Procedimenti Disciplinari diviene competente **non più esclusivamente** nei casi di violazioni che comportavano sanzioni superiori a dieci giorni di sospensione, ma in tutti i casi in cui è prevista una sanzione superiore al rimprovero verbale. **L'U.P.D.** deve, pertanto, attivarsi non appena riceve informazione in qualsiasi forma di una violazione di cui è competente e **continua a non avere alcun potere sostitutivo nei confronti dei responsabili di struttura che sono rimasti competenti esclusivamente per le infrazioni di minore gravità, per le quali è prevista l'irrogazione della sanzione del rimprovero verbale.**

Qui si deve segnalare una evidente incongruenza: poiché la legge affida al contratto nazionale di lavoro il compito di definire e graduare le sanzioni disciplinari ed il CCNL della dirigenza Area IV prevede quale sanzione minima il rimprovero scritto, che è certamente superiore a quello verbale, la previsione introdotta con la sostituzione del 1° comma dell'art. 55/bis del D. Lgs n. 165/2001 da giugno 2017 affida al responsabile di struttura nei confronti dei dirigenti medici semplicemente l'obbligo della segnalazione immediata prevista dal 3° comma del medesimo art. 55/bis.

Il rimedio posto in essere nel 2017 ad una delle maggiori criticità della disciplina in materia di procedimento disciplinare nel pubblico impiego, cioè il mancato esercizio dell'azione disciplinare da parte del responsabile di struttura, escludendo di fatto in capo a quest'ultimo la competenza ad avviare e definire procedimenti sanzionatori per le ipotesi di infrazioni più lievi, ha depotenziato -nel caso dei dirigenti medici- quanto previsto, per tale aspetto non modificato nel 2017, dall'art. 55 sexies, in quanto l'unica sanzione prevista in tali casi, cioè la sospensione fino a tre mesi, non sarà riferibile all'omesso svolgimento di un intero procedimento disciplinare di competenza esclusiva, ma di ritardi o omissioni per la sola fase di segnalazione.

Mentre prima rientrava tra i doveri dei responsabili di struttura l'obbligatorietà dell'azione disciplinare, per altro quale elemento caratterizzante la re-

sponsabilità dirigenziale, adesso nei confronti dei dirigenti medici assegnati al dipartimento ed alla unità operativa il direttore/responsabile ha il solo dovere di segnalazione.

Per chiarire meglio è il caso di procedere per esempi che diano conto di quanto previsto dalla legge e dal CCNL **dal 2010 e fino al 21 giugno 2017**, così da distinguere meglio le singole fattispecie rispetto alla vigente disciplina:

Si prende a riferimento la graduazione delle sanzioni contenute nell'art. 8 del CCNL 6.5.2010 della dirigenza medica in materia di sanzioni disciplinari, ancora in vigore.

Articolo 8, comma 4 del CCNL dirigenza medica Area IV

Periodo compreso tra il 2010 ed il 21 giugno 2017:

Le sanzioni disciplinari previste dal comma 4 dell'art. 8 che vanno dal minimo della censura scritta fino alla multa da € 200 a € 500 erano di esclusiva competenza del direttore di dipartimento o di struttura e l'ufficio dei procedimenti disciplinari non aveva alcun potere di avocazione o sostituzione del titolare dell'azione disciplinare. L'UPD avrebbe potuto attivare un procedimento disciplinare a carico del direttore che avesse omesso o ritardato fino a causare la decadenza dell'azione disciplinare, ai sensi dell'art. 55 sexies, che prevede però in tali casi una sola sanzione disciplinare, da applicare in proporzione alla gravità dell'infrazione non perseguita: la sospensione.

Ecco che facendo un esempio nel caso in cui un dirigente medico si fosse reso responsabile di una o più delle seguenti **violazioni previste ed afferenti l'ambito della responsabilità professionale medica**, come detto, dal 4° comma dell'art. 8 del CCNL del 2010: a) inosservanza della normativa contrattuale e legislativa vigente, nonché delle direttive, dei provvedimenti e delle disposizioni di servizio; d) comportamento negligente nella compilazione, tenuta e controllo delle cartelle cliniche, referti e risultanze diagnostiche, ed il diretto superiore ovvero il direttore del dipartimento non avessero avviato il procedimento e concluso lo stesso, ai sensi dell'art. 55-sexies, comma 3°, **l'UPD** avrebbe potuto avviare un procedimento disciplinare contestando il mancato esercizio o la decadenza, dovuti all'omissione o

al ritardo ingiustificato, dell'azione disciplinare o a valutazioni sull'insussistenza dell'illecito disciplinare irragionevoli o manifestamente infondate, nei confronti di condotte aventi oggettiva e palese rilevanza disciplinare.

Restando nell'esempio occorre rilevare che, nonostante il legislatore si sia preoccupato di definire la proporzionalità della sanzione in modo direttamente proporzionale alla violazione non perseguita, fino ad indicare la misura massima della sospensione in tre mesi laddove non risultasse attivato un procedimento che prevede la pena espulsiva, nell'esempio che si commenta il principio di proporzionalità non poteva trovare corretta applicazione. Sarebbe stato paradossale nel caso di omesso esercizio dell'azione disciplinare in fattispecie nelle quali le sanzioni previste sono la censura scritta e la multa, applicare al responsabile inadempiente una sanzione maggiore di quella prevista per la violazione non perseguita.

Sarebbe stata, cioè, certamente ritenuta illegittima, e quindi facilmente annullabile in giudizio, una sanzione sospensiva applicata ad un direttore di dipartimento o di struttura operativa a fronte dell'omessa azione disciplinare per le infrazioni commesse da dirigenti medici definite dal 4° comma dell'art. 8 del CCNL dell'Area IV, per eccesso di potere derivante dalla violazione dei principi fondamentali di proporzionalità, adeguatezza e tipicità che il procedimento disciplinare deve rispettare.

Periodo successivo al 21 giugno 2017:

Anche tenuto conto che è stato modificato il comma 1 dell'art. 55-bis, del D. L.gs n. 165/2001, in materia di competenza per lo svolgimento dei procedimenti disciplinari, resta fermo, però, nella fattispecie utilizzata per formulare l'esempio, che in tutti i casi di violazioni disciplinari ascrivibili a dirigenti medici, poiché la sanzione minima prevista dal CCNL è superiore al rimprovero verbale, il direttore deve limitarsi a formulare la segnalazione all'U.P.D. tempestivamente, comunque non oltre dieci giorni da quando ne ha avuto notizia.

E, dunque, per tutte le infrazioni elencate nel 4° comma dell'art. 8 del CCNL della dirigenza Area IV dal 2017 la competenza è passata all'UPD,

mentre sotto il regime normativo precedente le stesse infrazioni rientravano nella competenza sanzionatoria esclusiva dei direttori di struttura e l'U.P.D. non risultava titolare di alcun potere sostitutivo.

E' evidente che la modifica normativa sopra descritta, alla luce dell'esempio formulato, ha avuto l'effetto, almeno per i dirigenti medici, di spostare in capo all'U.P.D. per intero la competenza in materia disciplinare, scelta normativa che appare in netta contrapposizione con l'aziendalizzazione del SSN. Prima della riforma del 2017, infatti, la competenza esclusiva, seppur relativa alle infrazioni di minore gravità, sanzionabili al massimo con la multa erano di esclusiva, si ripete, competenza del direttore di dipartimento o di struttura, mentre per le ipotesi di sospensione dal servizio il limite di dieci giorni segnava il confine oltre il quale la competenza si spostava sull'U.P.D.

Infatti, il **comma 8° del medesimo art. 8 del CCNL** sopra citato prevede che la sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione **da un minimo di tre giorni fino ad un massimo di sei mesi**, si applichi, ad esempio, per **violazioni afferenti l'ambito della responsabilità professionale medica**: g) comportamenti omissivi o mancato rispetto dei compiti di vigilanza, operatività e continuità dell'assistenza al paziente, nell'arco delle ventiquattro ore, nell'ambito delle funzioni assegnate e nel rispetto della normativa contrattuale vigente; h) comportamento negligente od omissivo nella compilazione, tenuta e controllo delle cartelle cliniche, referti e risultanze diagnostiche, da cui sia derivato un danno per l'azienda o per i terzi.

Articolo 8, comma 8 del CCNL dirigenza medica

Area IV

Periodo compreso tra il 2010 ed il 21 giugno 2017:

In relazione, quindi, al comma 8° si può formulare un ulteriore esempio, in quanto il rispetto della previsione normativa per tale periodo contenuta nell'art. 55/bis del D. L.gs n. 165/2001 rendeva necessario che il direttore di dipartimento o di struttura effettuasse una valutazione sulla gravità della violazione e procedesse ad avviare il procedimento direttamente se avesse ritenuto che la sospensione applicabile quale sanzione fosse stata inferiore a dieci giorni, in alternativa

a trasmettere idonea segnalazione all'U.P.D. L'assetto normativo prevedeva, infatti, l'alternatività dei due procedimenti, ma solo nei casi di cui all'8° comma, cioè nei casi in cui la sanzione è la sospensione, da tre giorni (fino a dieci applicata dal capo struttura) a sei mesi (oltre dieci giorni di competenza dell'U.P.D.).

Periodo successivo al 21 giugno 2017:

E' venuta meno la competenza del direttore di dipartimento o di struttura di avviare e concludere il procedimento disciplinare per le violazioni indicate nell'8° comma dell'art. 8 del CCNL della dirigenza medica del 2010, la competenza esclusiva adesso è in capo all'U.P.D.

Sarebbe stata più coerente con l'aziendalizzazione del SSN l'estensione della deroga prevista dal novellato art. 55/bis, al comma 9/quarter per il comparto Scuola, che mantiene in capo al dirigente scolastico la competenza all'irrogazione di sanzioni, maggiori del richiamo verbale, ovvero fino alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per dieci giorni. La scelta legislativa di certo basata sulla valutazione della distribuzione territoriale delle istituzioni scolastiche e dell'autonomia alle stesse riservata avrebbe dovuto portare ad identica previsione per le aziende del SSN che coprono l'intero territorio nazionale.

Per concludere si può richiamare per assimilazione quanto affermato nei confronti dei dirigenti generali dei ministeri nella Sentenza n. 193 del 2002 della Corte Costituzionale, chiamata a verificare la legittimità costituzionale di una previsione del D. L.gs n. 29/1993 (già richiamato e contenente la revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421). Secondo la Corte Costituzionale è conforme alla Costituzione la distinzione tra attività di indirizzo politico-amministrativo e l'attività gestionale con propria autonomia e responsabilità dei dirigenti, quindi, è legittima costituzionalmente la legislazione che ha dato avvio alla progressiva estensione della privatizzazione del rapporto di lavoro nel pubblico impiego, dando risalto alla qualificazione di diritto soggettivo delle relative posizioni. La Corte Costituzionale evidenzia che il nuovo assetto di privatizzazione porta con sé

un'esigenza di rafforzamento della posizione dei direttori di dipartimento/struttura ***“attraverso la specificazione delle peculiari responsabilità dirigenziali, la tipizzazione delle misure sanzionatorie adottabili. ...-...Dette specifiche garanzie, mirate a presidiare il rapporto di impiego dei dirigenti generali, concorrono al rispetto del principio di imparzialità e di buon andamento della pubblica amministrazione.”***

Lo stesso rigore interpretativo occorre quando si deve passare dalla tipizzazione delle misure sanzionatorie all'individuazione del soggetto o ufficio competente, per garantire, anche in tale ambito, il rispetto del principio di imparzialità e buon andamento della P.A.

Infatti, la recente riforma del procedimento disciplinare ha tenuto conto della giurisprudenza del giudice del lavoro formatasi sulla competenza esclusiva nei procedimenti, che prima del 2017 in presenza di violazioni, anche solo formali, della procedura dichiaravano la decadenza dell'azione in capo alla P.A. e di questo costante orientamento giurisprudenziale le amministrazioni dovevano tenere debito conto, anche per evitare l'esborso delle spese di soccombenza nei giudizi. Solo da 2017, invece, per espressa previsione normativa, appunto il comma 9/quarter dell'art. 55/bis, la violazione dei termini e delle disposizioni sul procedimento disciplinare previste dagli articoli da 55 a 55-quarter, non determina la decadenza dall'azione disciplinare né l'invalidità degli atti e della sanzione irrogata, a condizione che sia stato garantito il diritto di difesa e rispettato il termine massimo di conclusione del procedimento.

Avveniva di frequente, sotto il regime precedente, che l'invasione di campo dell'U.P.D. nei procedimenti di esclusiva competenza dei direttori di dipartimento/struttura venissero annullati, così come era assai frequente il caso di procedimenti annullati per violazione della competenza anche in merito agli accertamenti svolti nel caso concreto da soggetto non competente, ancora nel caso di mancato rispetto del principio di terzietà dell'U.P.D. rispetto agli accertamenti che precedevano la segnalazione che avrebbe dato avvio al procedimento disciplinare, principio secondo il quale, al pari di quanto previsto nell'ambito penale, l'organo inquirente deve essere terzo

rispetto a quello titolare della decisione, ferma restando la possibilità di approfondimenti istruttori, ma solo nell'ambito del procedimento e con le garanzie del diritto di difesa.

Anche la terzietà dell'U.P.D. con la riforma del 2017 è stata esaltata, per porre fine -auspicabilmente- agli equivoci ed errori di applicazione generati dalla formulazione della precedente normativa che dal 2010 in poi ha causato l'annullamento di moltissimi procedimenti disciplinari, con conseguente compromissione dell'intero sistema sanzionatorio.

Questo approfondimento rende evidente ed inequivocabile che restano esclusi dalle competenze in materia disciplinare i vertici strategici nelle aziende sanitarie.

In particolare tale estraneità è propria della posizione del direttore sanitario di azienda, da non confondere con il direttore sanitario di presidio, per il quale, invece, trova piena attuazione il sistema sopra delineato, tenuto conto che la responsabilità disciplinare della dirigenza medica è insita nel rapporto di pubblico impiego.

Per quanto attiene, invece, al direttore sanitario di azienda, ai fini della predetta esclusione dal sistema delle responsabilità disciplinari, occorre tenere conto della natura dell'incarico ricoperto nell'ambito della governance dell'azienda, trattandosi di un rapporto di lavoro libero professionale, a fronte del quale non è configurabile un rapporto di sovraordinazione e, quindi, alcuna titolarità nell'esercizio dell'azione disciplinare nei confronti dei direttori di dipartimento/struttura ed a maggior ragione nei confronti dei dirigenti medici, e ciò non sarebbe neanche possibile mediante una specifica previsione inserita nel contratto sottoscritto ex art. 2222 del c.c., senza violare l'intero assetto normativo fin qui descritto.

Il direttore sanitario aziendale, prestatore d'opera, condivide con il direttore generale il perseguimento dell'interesse pubblico alla efficace, efficiente ed economica organizzazione di una azienda sanitaria, ma non partecipa con un ruolo proprio, in quanto soggetto esterno e non sovraordinato, ai fini disciplinari, ai direttori di dipartimento/struttura, come, invece, precedentemente previsto per il soprintendente sanitario, figura abolita proprio nel 1992 per lasciare il posto alla diversa ed innovativa figura del DSA.

	Prima del 1992	Dopo il 1992
1	La dirigenza sanitaria era collocata sui diversi gradini di un'unica scala gerarchica con al vertice il soprintendente sanitario o direttore sanitario di presidio a seconda se l'ente ospedaliero aveva o meno più presidi ed a seguire i primari, quindi gli aiuti, vice direttori, assistenti medici, ispettori sanitari;	La dirigenza sanitaria opera in tre ambiti di attribuzioni separati: strategico: direttore sanitario aziendale direttivo: direttore sanitario di presidio, direttore di dipartimento e di struttura gestionale: dirigenti
2	la dirigenza sanitaria era tutta interna agli enti sanitari e formata da dipendenti della stessa, compreso il soprintendente sanitario ed il direttore sanitario di presidio, con contratto regolato, al pari dei restanti pubblici dipendenti, dal D.P.R. n. 3 del 1957 ed era distinta in due categorie: medici con funzioni igienico-organizzative e medici con funzioni di diagnosi e cura. Alla prima categoria appartenevano i soprintendenti, i direttori sanitari di presidio, i vicedirettori sanitari e gli ispettori sanitari;	Il direttore sanitario aziendale ha un contratto di prestazione professionale. Gli altri dirigenti hanno un contratto di lavoro privatizzato disciplinato dal D. L.gs n. 165/2001 e dal CCNL dirigenza Area IV, con ruolo unico.
3	il soprintendente sanitario dirigeva ai fini igienico-organizzativi l'ente con più ospedali ed identica attribuzione era riconosciuta al direttore sanitario di presidio nel caso di ente con un unico stabilimento di cura;	Il soprintendente è stato soppresso. Il DSA ha attribuzioni di programmazione strategica ai fini organizzativi ed igienico sanitari, che esercita senza sovraordinazione gerarchica rispetto ai dipartimenti.
4	Il soprintendente sanitario era preposto a tutto il personale e da lui dipendevano anche i direttori sanitari di presidio;	Si tratta dell'ambito direttivo adesso affidato a: direttore sanitario di presidio, direttore di dipartimento e di struttura.
5	Il soprintendente sanitario ed il direttore sanitario di presidio avevano compiti organizzativi (es: orari e turni) dei reparti e delle sezioni ospedaliere a cui i primari dovevano attenersi;	L'organizzazione dipartimentale ha trasferito in capo ai direttori di dipartimento e di struttura tale ambito di competenze.
6	Il direttore sanitario di presidio aveva il compito di assicurare la sorveglianza sul personale sanitario e di vigilare sull'andamento disciplinare dello stesso;	L'organizzazione dipartimentale ha trasferito in capo ai direttori di dipartimento e di struttura tale ambito di competenze.
7	Il direttore sanitario di presidio proponeva la scelta e l'acquisto di qualsiasi apparecchio, nonché l'arredo ed il corredo dei reparti ospedalieri;	L'organizzazione dipartimentale ha trasferito in capo ai direttori di dipartimento e di struttura tale ambito di competenze.
8	l'organizzazione di tipo dipartimentale era facoltativa, ma solo dopo il 1969;	L'organizzazione dipartimentale è divenuto il modello ordinario di gestione operativa.
9	le attribuzioni delle diverse categorie di dirigenti sanitari erano fissate dalla legge ed erano, pertanto, uguali sull'intero territorio nazionale;	L'Atto Aziendale disciplina l'attribuzione dei compiti al DSA, ai direttori sanitario di presidio, di dipartimento e di struttura.
10	le controversie in materia di organizzazione degli enti ospedalieri erano di competenza del giudice amministrativo.	La materia disciplinata dall'Atto Aziendale è di competenza del giudice ordinario.

CONCLUSIONI

Per concludere l'approfondimento sulla governance del sistema sanitario si può ribadire quanto abbia inciso l'aziendalizzazione del SSN, rendendo le aziende sanitarie diverse da tutte le altre pubbliche amministrazioni, tanto da aver fatto affermare alle Sezioni Unite della Corte di Cassazione che la macro organizzazione in sanità è affidata al diritto privato, mediante l'Atto Aziendale.

Il carattere imprenditoriale impresso con l'aziendalizzazione ha, quindi avuto pieno riconoscimento tanto che anche per l'assetto organizzativo -con le relative attribuzioni alla dirigenza sanitaria ex art. 15/bis del D. L.gs n. 502/92- trova declinazione proprio nell'atto aziendale, con cognizione affidata al giudice ordinario.

Trascorsi oltre venticinque anni è certamente maturo il tempo per una ulteriore riforma che, dopo avere messo insieme il sistema sanitario pubblico e privato, avere previsto una disciplina unificata sui livelli di assistenza, ma tutto nei limiti dei confini nazionali, affronti la sfida della globalizzazione e della informatizzazione dei processi, anche di quelli afferenti la cura e la salute pubblica.

Avere esaminato l'evoluzione della disciplina sulla dirigenza sanitaria pubblica dal Regno d'Italia ai giorni nostri, con lo spartiacque della legge n. 421 che nel 1991 ha introdotto l'aziendalizzazione del SSN (art. 1) e la privatizzazione del pubblico impiego (art. 2), permette di formulare il raffronto, su dieci punti che di seguito si riporta.

La dirigenza sanitaria opera su tre ambiti di responsabilità, ambiti non legati da posizioni gerarchicamente interconnesse:

1. responsabilità della strategia e del perseguimento degli obiettivi aziendali di piano sanitario nazionale e regionale;
2. responsabilità dell'organizzazione dei servizi e dell'uso razionale delle risorse;
3. responsabilità gestionale e professionale.

Ai tre separati ambiti di responsabilità corrispondono tre separati livelli di responsabilità:

1. strategica, affidata al direttore sanitario aziendale, nei confronti del direttore generale e con questi nei confronti della regione di appartenenza;
2. direzionale, affidata ai direttori sanitari di presidio, di dipartimento e di struttura, nei confronti del direttore generale (dal quale sono nominati)

in relazione agli obiettivi assegnati e che vengono posti a base del sistema di verifica interna dei risultati raggiunti;

3. gestionale, affidata a tutti i dirigenti medici dipendenti dalle aziende sanitarie che nel rispetto delle linee strategiche aziendali, delle indicazioni impartite da chi esercita la responsabilità direzionale, assicurano il rispetto del principio contenuto nell'articolo 32 della Costituzione italiana secondo il quale ***“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.”***

Resta, ancora, da esaminare la responsabilità professionale connessa alle prestazioni di diagnosi e cura dei pazienti, ma di tale ambito si è discusso a lungo ed è stata recentemente varata una importante innovazione legislativa che merita un approfondimento a parte.

OSPEDALI

R.D. 1631 del 1938	L 132 del 1968	D.P.R. 128 del 1969	L 833 del 1978	D. Lgs 502 del 1992
<p>Art. 4. Gli ospedali sono costituiti da sezioni, divisioni e reparti. La sezione rappresenta l'unita' funzionale dell'ospedale.</p>	<p>Art. 19. Gli ospedali, oltre a soddisfare le esigenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera, devono avere almeno: a) un servizio di accettazione, fornito di necessari apprestamenti per l'igiene personale dei malati e di locali adeguati per l'osservazione dei ricoverati, divisi per sesso; b) idonei locali di degenza distinti a seconda della natura delle prestazioni, del sesso ed eta' dei malati; c) locali separati per l'isolamento e la cura degli ammalati di forme diffuse; d) adeguati servizi speciali di radiologia e di analisi; e) servizi speciali di trasfusione e di anestesia; f) biblioteca e sala di riunione per i sanitari; g) servizi di disinfezione, lavanderia, guardaroba, fardelleria, bagni, cucina, dispensa; h) servizio di pronto soccorso con adeguati mezzi di trasporto; i) poliambulatori da utilizzarsi anche per la cura post-ospedaliera dei dimessi, per le attivita' di medicina preventiva e di educazione sanitaria in collegamento con le altre istituzioni sanitarie della zona; l) servizio di assistenza religiosa; m) sala mortuaria e di autopsia secondo le prescrizioni del regolamento di polizia mortuaria e di quella locale. Art. 35. Gli ospedali sono costituiti da sezioni, divisioni, servizi speciali per diagnosi e cura e servizi generali.</p>	<p>Art. 1. I servizi ospedalieri si distinguono in: a) servizi igienico-organizzativi; b) servizi di diagnosi e cura; c) servizi amministrativi e generali. In ogni ente ospedaliero sono istituite una direzione sanitaria e una direzione amministrativa, dipendenti dal presidente del consiglio di amministrazione. Le due direzioni attuano le direttive del presidente e del consiglio di amministrazione, coordinando reciprocamente le rispettive competenze. Negli enti ospedalieri da cui dipendono piu' ospedali e' istituita la sovrintendenza sanitaria.</p>	<p>Art. 17. Gli stabilimenti ospedalieri sono strutture delle unita' sanitarie locali, dotate dei requisiti minimi di cui all'articolo 19, primo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132. Le Regioni nell'ambito della programmazione sanitaria disciplinano con legge l'articolazione dell'ordinamento degli ospedali in dipartimenti, in base al principio dell'interazione tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, a quello del collegamento tra servizi ospedalieri ed extra ospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali, nonche' a quello della gestione dei dipartimenti stessi sulla base della integrazione delle competenze in modo da valorizzare anche il lavoro di gruppo.</p>	<p>Art. 4. Sino all'emanazione delle disposizioni attuative sugli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad essi si applicano le disposizioni del presente decreto relative alla dirigenza sanitaria, ai dipartimenti, alla direzione sanitaria e amministrativa aziendale e al collegio di direzione. Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi conseguente al riordino del sistema delle aziende previsto dal presente decreto, le regioni possono proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso di tutti i seguenti requisiti: a) organizzazione dipartimentale di tutte le unita' operative presenti nella struttura, disciplinata dall'atto di cui all'articolo 3, comma 1-bis, in coerenza con l'articolo 17-bis; 9. Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unita' sanitaria locale. Nelle unita' sanitarie locali nelle quali sono presenti piu' ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali. Nei presidi ospedalieri dell'unita' sanitaria locale e' previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneita' di cui all'art. 17, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale.</p>

DIPARTIMENTI

R.D. 1631 del 1938	L 132 del 1968	D.P.R. 128 del 1969	L 833 del 1978	D. Lgs 502 del 1992
<p>Art. 4. Gli ospedali sono costituiti da sezioni, divisioni e reparti. La sezione rappresenta l'unita' funzionale dell'ospedale.</p>	<p>Art. 35. Gli ospedali sono costituiti da sezioni, divisioni, servizi speciali per diagnosi e cura e servizi generali.</p>	<p>Art. 10. Le amministrazioni ospedaliere possono realizzare, nell'ambito di ciascun ospedale, strutture organizzative a tipo dipartimentale tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, al fine della loro migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione e del progresso tecnico e scientifico.</p>		<p>Art. 17-bis L'organizzazione dipartimentale e' il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attivita' delle Aziende sanitarie. Il direttore di dipartimento e' nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui e' preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilita' professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilita' di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti.</p>

DIRIGENTI

R.D. 1631 del 1938	L 132 del 1968	L 833 del 1978	D. Lgs 502 del 1992
<p>Art. 14. Negli istituti di cura il personale sanitario e di assistenza e' costituito da medici, farmacisti, ostetriche ed infermiere diplomate. Il personale medico si distingue in direttori sanitari, primari, aiuti ed assistenti.</p>	<p>Art. 39. Il personale degli enti ospedalieri e' costituito dal personale sanitario, amministrativo, tecnico, sanitario ausiliario, esecutivo e di assistenza religiosa. Il personale sanitario e' costituito dai medici e dai farmacisti.</p> <p>Art. 42. Le norme delegate di cui all'articolo 40 concernenti l'assunzione e lo stato giuridico del personale dipendente degli enti ospedalieri dovranno stabilire la disciplina fondamentale del rapporto di impiego, ispirandosi ai seguenti principi: 1) che le assunzioni devono aver luogo esclusivamente per pubblico concorso nel limite delle piante organiche; 2) che lo stato giuridico e le attribuzioni siano regolati con criteri di uniformita' e in conformita' dei principi delle leggi vigenti che regolano il rapporto di pubblico impiego; ad esse dovra' adeguarsi il regolamento del personale di ciascun ente ospedaliero.</p> <p>Art. 43. Le norme delegate di cui all'articolo 40 dovranno altresì disciplinare l'assunzione e lo stato giuridico dei medici distinti in due categorie: medici con funzioni igienico-organizzative e cioe' ispettori sanitari, vicedirettori sanitari, direttori e sovrintendenti sanitari, e medici con funzioni di diagnosi e cura e cioe' assistenti, aiuti e primari, ... L'assunzione dei sovrintendenti ha luogo esclusivamente per concorso per titoli tra i direttori sanitari.</p>	<p>Art. 47. Lo stato giuridico ed economico del personale delle unita' sanitarie locali e' disciplinato, salvo quanto previsto espressamente dal presente articolo, secondo i principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego.</p>	<p>Art. 15. Fermo restando il principio dell'invarianza della spesa, la dirigenza sanitaria e' collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilita' professionali e gestionali. In sede di contrattazione collettiva nazionale sono previste, in conformita' ai principi e alle disposizioni del presente decreto, criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali nonche' per l'assegnazione, valutazione e verifica degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite ed alle connesse responsabilita' del risultato. La dirigenza sanitaria e' disciplinata dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n.29, e successive modificazioni, salvo quanto previsto dal presente decreto. Alla dirigenza sanitaria si accede mediante concorso pubblico per titoli ed esami, disciplinato ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n.483 ivi compresa la possibilita' di accesso con una specializzazione in disciplina affine. Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti a coloro che siano in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n.484,</p>

SOVRINTENDENTE SANITARIO – DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

R.D. 1631 del 1938	L 132 del 1968	D.P.R. 128 del 1969	D. Lgs 502 del 1992
<p style="text-align: center;">Art. 15.</p> <p>Le amministrazioni degli istituti di cura che hanno diversi ospedali dipendenti, in ciascuno dei quali si abbia una media giornaliera di almeno trecento ricoverati, oltre ai posti di direttore sanitario dei singoli ospedali, possono istituire il posto di soprintendente sanitario, nonche' posti di vice direttori e di ispettori sanitari.</p> <p style="text-align: center;">Art. 20.</p> <p>Il soprintendente sanitario e' gerarchicamente superiore ai direttori sanitari.</p> <p>La nomina viene, di regola, conferita dall'amministrazione ospedaliera per concorso pubblico per titoli, ma puo' anche, in via eccezionale, essere conferita per incarico tra i direttori di ospedali in servizio effettivo dipendenti dallo stesso ente che deve provvedere alla nomina medesima, o tra i sanitari di riconosciuta competenza in materia di igiene, di tecnica ospedaliera ed assistenza sanitaria. Il soprintendente ha le seguenti attribuzioni:</p> <p>a) coadiuva l'amministrazione nell'organizzazione e coordinamento dei servizi ospedalieri;</p> <p>b) determina le norme di massima da seguirsi dai direttori sanitari dei singoli ospedali, i quali devono a lui rivolgere le proposte, le comunicazioni, e le relazioni di cui all'art. 22, vigila sul funzionamento dei servizi, ed informa l'amministrazione su tutto quanto ha rilevato, facendole proposte del caso;</p> <p>c) interviene alle deliberazioni dell'amministrazione dell'ospedale, con voto consultivo, del quale deve tenersi nota nel verbale delle adunanze;</p> <p>d) dirige l'ufficio sanitario centrale ospedaliero, cura la raccolta dei dati statistici e redige il rapporto sanitario annuale.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 43.</p> <p>Le norme delegate di cui all'articolo 40 dovranno altresì disciplinare l'assunzione e lo stato giuridico dei medici distinti in due categorie: medici con funzioni igienico-organizzative e cioè ispettori sanitari, vicedirettori sanitari, direttori e sovrintendenti sanitari, e medici con funzioni di diagnosi e cura e cioè assistenti, aiuti e primari, ...</p> <p>L'assunzione dei sovrintendenti ha luogo esclusivamente per concorso per titoli tra i direttori sanitari.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 4.</p> <p>Il sovrintendente sanitario dirige e coordina ai fini igienico-organizzativi l'attività dell'ente che comprende più ospedali e ne risponde al presidente. Da lui dipendono i direttori sanitari dei singoli ospedali. Egli e' preposto a tutto il personale sanitario, tecnico, sanitario, ausiliario ed esecutivo addetto ai servizi sanitari dell'ente.</p> <p>In particolare il sovrintendente sanitario: Interviene alle sedute del consiglio di amministrazione con voto consultivo, del quale deve farsi menzione nel verbale delle deliberazioni; cura la raccolta e la elaborazione dei dati statistici; redige il rapporto sanitario annuale coadiuva, ai fini igienico-sanitari, l'amministrazione nell'organizzazione e nel coordinamento dei servizi ospedalieri, promuovendo a tal fine studi su problemi specifici; promuove e coordina iniziative nel campo della medicina sociale, preventiva e riabilitativa e in quella dell'educazione sanitaria; impartisce direttive di massima ai direttori sanitari dei singoli ospedali, dei quali trasmette al presidente del consiglio di amministrazione le proposte e le comunicazioni unitamente al proprio parere; convoca e presiede il consiglio sanitario centrale e cura la trasmissione dei verbali al consiglio di amministrazione; e' tenuto a partecipare, con i direttori sanitari, alle iniziative di coordinamento con le attività delle altre istituzioni sanitarie locali. In caso di assenza o di impedimento, il sovrintendente sanitario e' sostituito dal direttore sanitario con maggiore anzianità di nomina.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 3</p> <p>Il direttore sanitario (aziendale) e' un medico in possesso della idoneità nazionale di cui all'art. 17 che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione.</p> <p>Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza.</p> <p>Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonche' l'ufficio di direzione.</p>

DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO OSPEDALIERO

R.D. 1631 del 1938	D.P.R. 128 del 1969	D. Lgs 502 del 1992
<p style="text-align: center;">Art. 21.</p> <p>Gli ospedali di prima e seconda categoria e quelli specializzati di prima categoria con una media giornaliera di almeno trecento ricoverati, devono avere un direttore sanitario al quale deve essere fatto divieto del libero esercizio professionale.</p> <p style="text-align: center;">Art. 22.</p> <p>Il direttore sanitario cura il buon governo dell'ospedale, nei riguardi igienico-sanitari, ed ha le seguenti attribuzioni:</p> <p>a) interviene alle deliberazioni dell'amministrazione dell'ospedale, quando non esista il soprintendente o ne sia vacante il posto, con voto consultivo, del quale deve tenersi nota nel verbale dell'adunanza;</p> <p>b) redige e sottopone all'amministrazione le norme interne per l'ordinamento dei servizi tecnico-sanitari, in relazione alla destinazione del personale ed agli orari e turni di servizio;</p> <p>c) ha l'alta sorveglianza sul personale sanitario e di assistenza immediata e ausiliaria;</p> <p>d) stabilisce, in rapporto alle esigenze di servizio, i turni di riposo settimanale ed i congedi del personale sanitario e del personale di assistenza, dandone comunicazione all'amministrazione;</p> <p>e) propone all'amministrazione i provvedimenti per le eventuali sostituzioni temporanee del personale di cura e di assistenza e per la nomina del personale di assistenza;</p> <p>f) comunica all'amministrazione le variazioni relative al personale sanitario, che devono essere annotate nei rispettivi stati di servizio;</p> <p>g) esprime con relazione motivata il proprio parere sulle eventuali conferme e sugli incarichi dei sanitari e del personale di assistenza e sui provvedimenti che a loro favore o a loro carico deve prendere l'amministrazione;</p> <p>h) esamina i rapporti dei sanitari e li trasmette all'amministrazione con le proprie osservazioni;</p> <p>i) convoca, almeno una volta ogni tre mesi, i primari ed il direttore di farmacia ed i capi di laboratorio, perche' riferiscano sul servizio loro affidato, e cura che di queste riunioni venga redatto relativo verbale da trasmettersi all'amministrazione;</p> <p>l) favorisce le attivita' culturali e scientifiche del personale sanitario e dirige la biblioteca;</p> <p>m) raccoglie e coordina i dati statistici e scientifici ospedalieri e ne presenta annualmente relazione all'amministrazione;</p> <p>n) propone la scelta e l'acquisto di qualsiasi genere od apparecchio di uso sanitario, nonche' l'arredamento ed il corredo dei reparti ospedalieri e controlla qualsiasi altra provvista necessaria alla gestione ospedaliera;</p> <p>o) vigila sull'applicazione delle diarie e tariffe, di cui agli articoli 81 e seguenti;</p> <p>p) riferisce all'amministrazione, anche se occorra, con rapporti scritti, sull'andamento dell'ospedale e dei singoli reparti;</p> <p>q) vigila sull'andamento disciplinare del personale ospedaliero di cui alla lettera c) e prende i provvedimenti adeguati di sua competenza; vigila sull'andamento igienico di tutti i servizi ospedalieri con speciale riguardo alla profilassi delle malattie infettive; informa il medico provinciale e l'ufficiale sanitario di tutto cio' che puo' interessare la tutela della salute pubblica e cura la sollecita trasmissione all'ufficiale sanitario medesimo delle denunce dei casi di malattie infettive diagnosticate, accertate o sospette, riscontrate negli ambulatori e nei malati accolti nell'ospedale, nonche' di tutte le altre denunce prescritte dalle vigenti disposizioni.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 5.</p> <p>Il direttore sanitario dirige l'ospedale cui e' preposto, ai fini igienico-sanitari, e ne risponde al presidente o al sovrintendente sanitario, ove esista.</p> <p>Il direttore sanitario promuove e coordina le iniziative nel campo della medicina preventiva e riabilitativa, della medicina sociale e dell'educazione sanitaria, propone iniziative per la preparazione e l'aggiornamento del personale da lui dipendente; sottopone al presidente del consiglio di amministrazione, sentito il consiglio dei sanitari o il consiglio sanitario centrale, gli schemi di norme interne per la organizzazione dei servizi tecnico-sanitari; stabilisce in rapporto alle esigenze dei servizi l'impiego, la destinazione, i turni e i congedi del personale sanitario, tecnico, ausiliario ed esecutivo addetto ai servizi sanitari dell'ospedale cui e' preposto in base ai criteri fissati dall'amministrazione, dandone comunicazione alla direzione amministrativa ed al sovrintendente ove esista; ha la vigilanza sul personale che da lui dipende anche dal punto di vista disciplinare, propone alla amministrazione le sostituzioni temporanee del personale sanitario; promuove l'attivita' culturale, scientifica e didattica nell'ospedale; vigila sull'archivio delle cartelle cliniche, raccoglie ed elabora i dati statistici sanitari e presenta al presidente o al sovrintendente, ove esista, la relazione annuale sull'andamento sanitario dell'Ospedale propone all'amministrazione, d'intesa con i primari ed i responsabili dei servizi sanitari, l'acquisto e la scelta degli apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari previo parere del consiglio dei sanitari o del consiglio sanitario centrale quando prescritto; esprime parere, ai fini sanitari, circa le trasformazioni edilizie; vigila sulle provviste necessarie per il funzionamento sanitario dell'ospedale e per il mantenimento dell'infermo; controlla la regolare applicazione delle tariffe delle prestazioni sanitarie; cura la sollecita trasmissione alle autorita' competenti delle denunce delle malattie contagiose riscontrate in ospedale e di ogni altra denuncia prescritta dalle disposizioni di legge; rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'amministrazione, copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti in ospedale; presiede e convoca il consiglio dei sanitari.</p> <p>Il direttore-sanitario, negli enti nei quali non esista il sovrintendente sanitario, assume le attribuzioni e i poteri per questo ultimo stabiliti nell'articolo precedente.</p> <p>Negli ospedali con un numero di posti-letto inferiore a 250, le funzioni di direttore sanitario possono essere affidate ad un primario di ruolo.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 4</p> <p>Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unita' sanitaria locale. Nelle unita' sanitarie locali nelle quali sono presenti piu' ospedali, questi possono essere accorpate ai fini funzionali.</p> <p>Nei presidi ospedalieri dell'unita' sanitaria locale e' previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneita' di cui all'art. 17, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale.</p>

PRIMARIO - DIRETTORE DI STRUTTURA

R.D. 1631 del 1938	D.P.R. 128 del 1969	D. Lgs 502 del 1992
<p style="text-align: center;">Art. 24.</p> <p>Il primario ha la direzione di una divisione di medicina o di chirurgia o di specialita' ovvero e' a capo di istituti laboratori e gabinetti di indagini e terapie speciali.</p> <p>Egli ha le seguenti attribuzioni:</p> <p>a) vigila sul buon andamento dei servizi igienici e sull'operosita' e disciplina del personale assegnato alla propria divisione;</p> <p>b) visita giornalmente, nelle ore stabilite dalla direzione e in qualunque ora in caso di necessita', gli ammalati ricoverati, formula le diagnosi, prescrive il tipo dietetico e determina il trattamento curativo pertinente ai singoli ricoverati, controllando che le prescrizioni date vengano eseguite; pratica direttamente sui malati quegli interventi che ritiene di non poter affidare all'aiuto;</p> <p>c) dirige il servizio di ambulatorio, secondo le disposizioni ed i turni determinati dal direttore sanitario;</p> <p>d) si assicura che gli ammalati ammessi nella divisione abbiano necessita' di ricovero in ospedale e che la degenza non si prolunghi oltre il tempo strettamente necessario alla cura;</p> <p>e) cura, sotto la propria responsabilita', la regolare tenuta delle cartelle cliniche e dei registri nosologici;</p> <p>f) fa le richieste dei materiali di corredo della divisione e vigila sulla conservazione di essi;</p> <p>g) deve prestarsi ai consulti richiesti dai dirigenti di altri reparti.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p>L'organizzazione sanitaria dell'ospedale si articola in divisioni, sezioni e servizi speciali. La divisione e' diretta da un primario, coadiuvato da aiuti e da assistenti.</p> <p>Il primario vigila sull'attivita' e sulla disciplina del personale sanitario, tecnico, sanitario ausiliario ed esecutivo assegnato alla sua divisione o servizio, ha la responsabilita' dei malati, definisce i criteri diagnostici e terapeutici che devono essere seguiti dagli aiuti e dagli assistenti, pratica direttamente sui malati gli interventi diagnostici e curativi che ritenga di non affidare ai suoi collaboratori, formula la diagnosi definitiva, provvede a che le degenze non si prolunghino oltre il tempo strettamente necessario agli accertamenti diagnostici ed alle cure e dispone la dimissione degli infermi, e' responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale; inoltra, tramite la direzione sanitaria, le denunce di legge; pratica le visite di consulenza richieste dai sanitari di altre divisioni o servizi; dirige il servizio di ambulatorio, adeguandosi alle disposizioni ed ai turni stabiliti dal direttore sanitario; cura la preparazione ed il perfezionamento tecnico-professionale del personale da lui dipendente e promuove iniziative di ricerca scientifica esercita le funzioni didattiche a lui affidate.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 15.</p> <p>Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalita' preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente e' responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite.</p> <p style="text-align: center;">Art. 15-bis.</p> <p>L'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonche' ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei, compiti comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda, verso l'esterno, l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.</p> <p>La direzione delle strutture e degli uffici e' affidata ai dirigenti, secondo i criteri e le modalita' stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'articolo 15-ter. Il rapporto dei dirigenti e' esclusivo, fatto salvo quanto previsto in via transitoria per la dirigenza sanitaria dall'articolo 15-sexies.</p>

L'intelligenza artificiale per la predizione degli esiti a 30 giorni: uno studio nazionale

Azzolini E.^[1], Labruto A.^[1], Lonati A.C.^[1], Furia G.^[2], Michele L.^[1], Ricciardi W.^[3]

[1]Humanitas Clinical and Research Center ~ Milano ~ Italy, [2]ASL Roma 1 ~ Roma ~ Italy, [3]Policlinico Gemelli ~ Roma ~ Italy

INTRODUZIONE

Le variabili socio-demografiche e cliniche possono influenzare le opportunità di salute, il rischio di malattia e le aspettative di vita della popolazione. Scopo del presente studio è stato quello di valutare attraverso una analisi statistica convenzionale e attraverso l'utilizzo di un software di intelligenza artificiale (logic learning machine), l'associazione tra la mortalità a 30 giorni e le variabili socio-demografiche e cliniche presenti nelle schede di dimissione ospedaliera per i pazienti ospedalizzati per infarto miocardico acuto (IMA) e per intervento di bypass aortocoronarico.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio retrospettivo utilizzando i dati delle schede di dimissione ospedaliera. Sono stati inclusi tutti i ricoveri avvenuti nelle strutture sanitarie italiane con date di dimissione tra il 1° gennaio 2015 e il 30 novembre 2016 con diagnosi di infarto miocardico acuto o di intervento bypass aor-

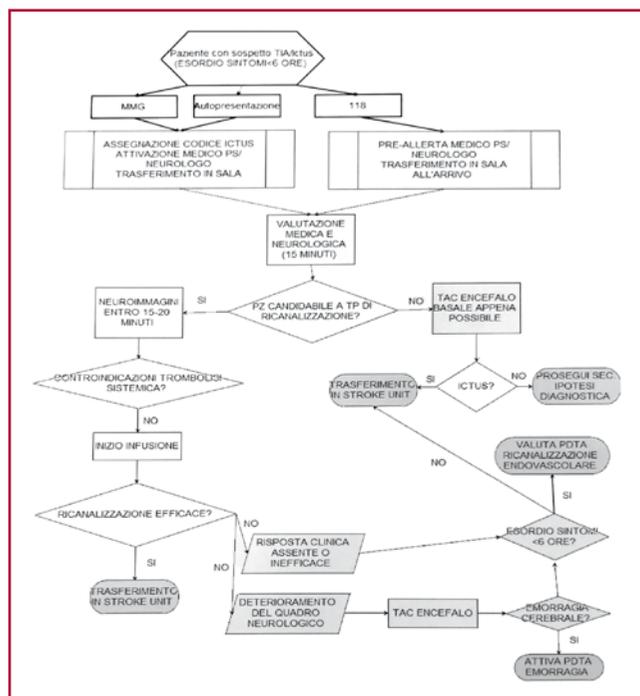
tocoronarico. L'associazione delle variabili socio-demografiche e cliniche sulla mortalità a 30 giorni sono state studiate sia attraverso una regressione logistica convenzionale che attraverso l'uso della Logic Learning Machine (LLM). L'applicazione LLM produce un modello di logica predittiva esplicativa nella forma di regole if-then, utilizzato per creare una classifica delle variabili target coinvolte nel modello, in base alla loro capacità di previsione della mortalità a 30 giorni.

RISULTATI

Sono stati analizzati 253.136 eventi di infarto miocardico acuto e 29.970 ricoveri ospedalieri con interventi di bypass aortocoronarico. Nello studio di apprendimento supervisionato tramite LLM sono stati elaborati dodici diversi modelli, la maggior parte dei quali ha mostrato elevate prestazioni predittive (> 80%). I decessi ospedalieri entro 30 giorni dopo il ricovero in ospedale per un episodio di IMA sono stati del 7,9%, dopo un intervento di bypass aortocoronarico del 2,0%. L'età e molte comorbidità sono risultate associate in modo statisticamente significativo alla mortalità a 30 giorni. I pazienti di sesso femminile, non sposati, analfabeti o con istruzione primaria risultano a un più alto rischio di mortalità a 30 giorni. Lo studio tramite LLM ha confermato i risultati dell'analisi statistica convenzionale e ha prodotto diverse e interessanti nuove associazioni e regole che spiegano la loro logica predittiva.

CONCLUSIONE

La Logic Learning Machine è un metodo promettente e innovativo che può fornire utili regole di classificazione sfruttando numerose interazioni complesse non lineari. Potrà essere utilizzata dai clinici per supportare il processo decisionale con strumenti che consentano una più precisa stratificazione del rischio del paziente e dunque un miglior intervento terapeutico; dai policy e decision maker per assicurare eguali opportunità di godere del massimo livello di salute e contrastare quindi le disuguaglianze in sanità.



L'antibiotico-resistenza nel contesto delle unità di terapia intensiva neonatale della città di Palermo: l'esperienza di un programma di sorveglianza e controllo

Calamusa G.*^[1], Graziano G.^[2], Saporito L.^[1], Bonura C.^[1], Aleo A.^[2], Insinga V.^[3], Mario G.^[1], Torregrossa M.V.^[1], Aprea L.^[2], Maida C.M.^[1], Vitale F.^[1]

^[1]Dipartimento di Promozione della Salute, Materno-Infantile, di Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro" (ProMISE), Università degli Studi di Palermo ~ Palermo ~ Italy, ^[2]Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" ~ Palermo ~ Italy, ^[3]Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo ~ Palermo ~ Italy

INTRODUZIONE

L'antimicrobico-resistenza rappresenta un importante problema di salute pubblica in reparti critici quali le Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN). Da febbraio 2014 per i pazienti delle UTIN della Città di Palermo è attivo, presso la Sezione di Igiene del Dipartimento di Promozione della Salute, Materno-Infantile, di Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro" (ProMISE), Università degli Studi di Palermo e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo (AOUP), un programma di sorveglianza delle colonizzazioni da *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (MRSA), da Gram-negativi multi-resistenti (MDRGNs) e da miceti.

MATERIALI E METODI

Il programma di sorveglianza prevede, per tutti i neonati ricoverati, l'esecuzione di tamponi nasali e rettali con frequenza settimanale e mensile, rispettivamente, nell'UTIN dell'AOUP e nelle UTIN degli altri ospedali cittadini. Per ogni neonato reclutato vengono raccolti ed analizzati dati clinico-anamnestici sui devices e sulla terapia antimicrobica somministrata. Da novembre 2017 a marzo 2018, a causa della persistente prevalenza di colonizzazione da *Klebsiella pneumoniae* produttrice di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL) presso una delle UTIN, è stato realizzato un intervento di contenimento. E' stata intensificata l'attività di sorveglianza, i controlli ambientali e sugli oggetti in uso, le riunioni con il personale per la condivisione dei risultati e delle strategie preventive. Sono stati analizzati aspetti clinico-organizzativi come l'aderenza alle precauzioni standard e la politica di utilizzo degli antibiotici. Sui ceppi isolati è stata valutata la sensibilità agli antibiotici e fatta la tipizzazione molecolare. Sono state calcolate la prevalenza

di colonizzazione nel periodo pre e post intervento e la significatività del trend osservato rispetto all'atteso. Sono state confrontate le caratteristiche dei pazienti ricoverati nel periodo successivo all'implementazione dell'intervento con quelle dei ricoverati nello stesso periodo dell'anno precedente, con le rispettive percentuali di colonizzazione. E' stata introdotta una nuova procedura diagnostico/terapeutica per la riduzione dell'uso degli antibiotici.

RISULTATI

Durante l'intervento è stata evidenziata una prevalenza di colonizzazione da batteri antibiotico-resistenti a livello della mucosa nasale, orale e rettale di circa il 40%. La colonizzazione ha determinato la contaminazione del latte e del biberon dopo l'utilizzo, entrambi veicoli di disseminazione dei microrganismi. L'analisi della serie temporale ha evidenziato un decremento della prevalenza delle colonizzazioni da MDRGNs e da *K. pneumoniae* ESBL+ (-77%). La caratterizzazione molecolare dei ceppi isolati dai pazienti, dal latte, dal biberon e dai campioni ambientali ha confermato la cross-trasmissione della colonizzazione. Il confronto tra le caratteristiche dei pazienti ricoverati nella stessa UTIN nel medesimo periodo dell'anno precedente, ha confermato il ruolo dell'intervento di prevenzione nella riduzione della prevalenza delle colonizzazioni da MDRGNs e da *K. pneumoniae* ESBL+, indipendentemente dalle caratteristiche dei pazienti e dalle procedure (OR aggiustato 0,16, p=0,02). L'introduzione della nuova procedura diagnostico/terapeutica per la riduzione dell'uso degli antibiotici ha determinato un decremento stabile della prevalenza di colonizzazione da ceppi antibiotico-resistenti e della spesa sanitaria da consumo di antibiotici.

Direzione medica nella didattica universitaria: esperienza pratica nel modulo di igiene a medicina

Celotto D.*^[1], Sammartano F.^[1], Perri G.^[1], Del Pin M.^[1], Cocconi R.^[2], Lattuada L.^[2], Parpinel M.^[1], Brusaferrò S.^[3]

^[1]Dipartimento di Area Medica, Università degli Studi di Udine ~ Udine ~ Italy, ^[2]Direzione Medica di Presidio, Ospedale Santa Maria della Misericordia, ASUIUD ~ Udine ~ Italy, ^[3]Dipartimento di Area Medica, UNIUD - SOC Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, ASUIUD ~ Udine ~ Italy

INTRODUZIONE

Tra le rotazioni degli studenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Udine, al V anno sono previsti i tirocini del modulo di Igiene (corso di Medicina e Sanità Pubblica).

Grazie alla collaborazione tra Azienda Sanitaria ed Università, annualmente alcune ore di tirocinio sono dedicate ad eventi formativi condotti dalla Direzione Medica del Presidio Santa Maria della Misericordia di Udine.

Questi eventi sono volti a presentare alcune funzioni ed attività della Direzione stessa. Il presente lavoro intende valutare l'efficacia di tali incontri in termini di gradimento da parte degli studenti, sulla base dei dati raccolti negli Anni Accademici 2016/17, 2017/18, 2018/19.

MATERIALI E METODI

Nel periodo Febbraio-Maggio di ciascun Anno Accademico, le lezioni sono state tenute da medici di Direzione agli studenti di Medicina suddivisi in piccoli gruppi, al fine di una maggiore interattività. I principali argomenti trattati in tali occasioni, anche mediante esercitazioni pratiche, sono stati: note storiche ed evoluzione dell'organizzazione sanitaria, i sistemi di classificazione dei pazienti

(DRG e Disease Staging) e delle malattie (ICD9-CM), gli indicatori di attività ospedaliera e le SDO, elementi di edilizia ospedaliera, percorsi e flussi intraospedalieri.

Ai discenti è stato somministrato un questionario di gradimento, al fine di valutare in una scala da 1 a 5: competenza, chiarezza espositiva, puntualità e materiale didattico. Infine, sono stati calcolati i valori medi di gradimento per le 4 aree nel tempo.

RISULTATI

A partire dall'Anno Accademico 2016/17 sono stati organizzati 12 incontri della durata di 3 ore ciascuno (4 eventi per ciascun A.A.), a cui hanno partecipato complessivamente 135 studenti (50 nell'A.A. 2016/17, 53 nell'A.A. 2017/18, 33 nell'A.A. 2018/19). Il valore medio del gradimento complessivo espresso dagli studenti è stato di 4.4/5 per competenza e rispetto dei contenuti concordati, 4.4/5 per chiarezza espositiva, 4.6/5 per puntualità e rispetto dei tempi concordati, 4.3/5 per qualità del materiale didattico. In particolare, le modifiche poste al materiale didattico nel corso degli anni hanno portato ad un progressivo miglioramento della valutazione, da 4.1/5 nell'A.A. 2016/17 a 4.4/5 nell'A.A. 2018/19.

Gli interventi effettuati dai medici della Direzione Medica all'interno del modulo di Igiene sono risultati particolarmente apprezzati dagli studenti, ed hanno riscosso un ottimo gradimento.

I discenti hanno riconosciuto l'utilità degli argomenti trattati ed apprezzato le modalità di presentazione.

Questi eventi formativi hanno consentito di presentare strumenti difficilmente spiegati in altri momenti della loro formazione, ma largamente diffusi nella pratica quotidiana successiva degli stessi una volta entrati nel mondo del lavoro.

	Numero risposte	Competenza e rispetto dei contenuti concordati	Chiarezza espositiva	Puntualità e rispetto dei tempi concordati	Qualità del materiale didattico
2016/17	50	4,2	4,2	4,5	4,1
2017/18	52	4,6	4,6	4,7	4,3
2018/19	33	4,5	4,5	4,6	4,4
TOTALE e MEDIE	135	4,4	4,4	4,6	4,3

La protezione dei dati ed il percorso ad un anno dall'avvio del GDPR: l'esperienza dell'AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania

Cunsolo R.*^[1], Scarlata S.^[1], Lazzara A.^[1]

^[1]Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele" Catania ~ Catania ~ Italy

INTRODUZIONE

Con l'entrata in vigore del Regolamento UE 2016/679 le Aziende Sanitarie sono state chiamate a mettere in atto un percorso di adeguamento e riorganizzazione delle attività di protezione dei dati personali, reso complesso dalla naturale esigenza delle stesse a trattare dati particolari relativi alla salute, dati genetici e biometrici. Si rendono necessarie particolari forme di tutela tanto per gli utenti assistiti (al fine di garantire loro precise garanzie in ordine alla messa in atto di misure tecniche ed organizzative adeguate a proteggere i dati che li riguardano), quanto per gli operatori addetti all'assistenza i quali hanno bisogno di ricevere, da parte del Titolare e dei Responsabili del trattamento, adeguate istruzioni e norme comportamentali, coerenti con la nuova normativa e funzionali anche sul piano dell'organizzazione del lavoro e dell'erogazione delle prestazioni assistenziali.

MATERIALI E METODI

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele di Catania (d'ora in poi AOU) ha pianificato le strategie e le azioni finalizzate per conseguire una maggiore compliance al nuovo Regolamento europeo. Strategica è stata la nomina del Responsabile della Protezione dei dati, per la quale si è puntato su risorse interne a conoscenza delle peculiarità dell'organizzazione aziendale, conferendo allo stesso anche compiti di formazione, sensibilizzazione, supporto e consulenza.

Sul piano organizzativo, un primo ambito di intervento ha riguardato l'adeguamento delle procedure esistenti presso le unità operative sia assistenziali che amministrative, tra cui, in primo luogo, nuovi modelli di informativa rivolte a utenti, dipendenti e partecipanti ai bandi di concorso

e di gara. Sono state inoltre realizzate le procedure per la designazione dei responsabili (ex art. 28 del GDPR), individuando gli stessi tra le figure apicali, mentre relativamente al contesto esterno si è proceduto alla puntuale ricognizione delle attività svolte per conto dell'AOU che comportavano il trattamento dei dati, tra cui: assistenza di software medicali, gestione CUP, videosorveglianza, sistemi di archiviazione della documentazione sanitaria (come nel caso delle cartelle cliniche). Misure organizzative ulteriori hanno riguardato la ricognizione delle categorie di trattamento onde realizzare un registro dei trattamenti nonché la messa a punto di istruzioni per la segnalazione delle violazioni dei dati personali.

RISULTATI

L'esperienza ad un anno dall'avvio del percorso di adeguamento al GDPR ha fatto emergere aspetti di particolare complessità organizzativa e gestionale, accentuati da un quadro di incertezza sul piano normativo: per esempio la mancata adozione delle misure di garanzia (art. 2 septies D.Lgs. 196/2003 "misure di garanzia per il trattamento dei dati genetici, biometrici e relativi alla salute") non ha permesso una puntuale definizione dei profili organizzativi e gestionali in ambito sanitario per la protezione dei dati.

Ulteriore aspetto di complessità appare legato alle misure di sicurezza (art. 32, GDPR) da individuarsi tenendo conto, tra l'altro, dello stato dell'arte e dei costi di attuazione. In un quadro di risorse limitate per il SSN, il percorso di compliance al GDPR deve pertanto conciliare numerosi punti di vista ed essere finalizzato ad evitare inefficienze gestionali e modalità applicative meramente burocratiche, pregiudizievoli per il lavoro dei professionisti sanitari e per la stessa qualità dei servizi erogati.

L'applicazione della metodologia lean nel Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero Bonomo di Andria

Nardella P.*^[1], Porziotta S.^[1], Germinario A.^[2], Campanile V.^[2], Delle Donne A.^[2]

^[1]PRESIDIO OSPEDALIERO BONOMO ~ ANDRIA ~ Italy, ^[2]ASL BT ~ ANDRIA ~ Italy

INTRODUZIONE

L'implementazione delle tecniche LEAN consente un approccio di problem solving molto strutturato, secondo il ciclo di Deming, utilizzato per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie. L'applicazione della metodologia Lean nel Pronto Soccorso (PS) del Presidio Ospedaliero "Bonomo" di Andria, si pone come obiettivo la promozione ed il monitoraggio continuo della tempestività delle visite erogate ai pazienti con codice giallo, misurata tramite la percentuale dei pazienti che accedono in PS con codice giallo e che vengono trattati entro 30 minuti dal triage.

MATERIALI E METODI

Il totale dei pazienti giunti in PS tra giugno e agosto 2018 è pari a 2901; di questi, il 55% è stato trattato entro i 30 minuti.

Inoltre, nel trimestre in esame, il tempo intercorso tra l'accettazione e la presa in carico del paziente è stato di 40 minuti.

Poiché le malattie cardiovascolari rappresentano la causa di maggiore frequenza nell'accesso in PS, è stata effettuata un'analisi prospettica del flusso di 23 pazienti afferiti al PS nel mese di settembre per dolore toracico, a cui è stato assegnato il codice colore giallo.

L'utilizzo della Value Stream Mapp ha evidenziato un triage medio di 5 minuti, un'attesa media di 40 minuti e una visita medica completa di ECG ed esami ematochimici di 33 minuti medi.

Analizzando le cause radice sono emersi problematiche cliniche, logistiche, organizzative e relative alle risorse umane.

Successivamente, si è proceduto alla definizione delle azioni correttive da pianificare per ciascuna delle cause radice.

Attraverso il piano di implementazione è stata definita una lista di azioni necessarie per apportare un miglioramento, il responsabile di ciascuna azione e l'arco di tempo necessario per l'implementazione.

Considerando che siamo ancora in una fase attiva dello studio, attualmente è stato possibile valutare i risultati preliminari derivanti dall'implementazione dei seguenti piani di miglioramento:

- refresh formativo interno per appropriata codifica codice-colore triage;
- pianificazione formazione aziendale del personale triage;
- implementazione procedura clinico-organizzativa per la gestione dei codici gialli barellati del 118 in osservazione breve;
- stesura ed implementazione procedura dolore toracico;
- audit per l'ottimizzazione di tempi e spazi per le consulenze specialistiche in PS;
- audit clinico-organizzativo per l'ottimizzazione delle risorse umane nella gestione clinica dei diversi codici-colore.

RISULTATI

Le azioni di miglioramento intraprese, seppur a breve distanza dall'implementazione e non tutte ancora implementate totalmente, hanno determinato un incremento del 10% della tempestività dell'effettuazione della visita dopo il triage.

Pertanto, è possibile affermare che l'approccio Lean è responsabile del miglioramento della tempestività di visita dei codici gialli entro 30 minuti dal triage (passando al 65% nel trimestre settembre-dicembre 2018) e dei tempi medi di attesa dei pazienti, (passando a 30 minuti nel trimestre settembre-dicembre 2018).

Sicuramente abbiamo ancora tanto da fare, sia in termini di implementazione dei piani di miglioramento ma anche di follow up e supporto continuo agli stessi, al fine di garantire prestazioni appropriate, che vanno dalla corretta attribuzione del codice colore al triage, all'erogazione della prestazione giusta, al paziente giusto, nel setting assistenziale più appropriato e nei tempi previsti per ciascuna prestazione.

Qualità e tecnologia secondo il Protocollo ERAS in chirurgia colon-rettale: l'esperienza dell'ospedale Cristo Re

Nasi G. *^[1], **Crucitti A.**^[1], **Mazzari A.**^[1], **Dionisi P.**^[1], **Diamanti P.**^[1], **Donini L.M.**^[2], **Distefano F.A.**^[1], **Miraglia B.A.**^[1], **Sponzilli A.**^[1], **Mastromatteo A.M.**^[1]

^[1]Ospedale Cristo Re Gruppo GIOMI ~ Roma ~ Italy, ^[2]Università degli Studi La sapienza ~ Roma ~ Italy

INTRODUZIONE

Il protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) rappresenta una tra le più importanti innovazioni degli ultimi anni nell'ambito della gestione peri-operatoria del paziente chirurgico. Il protocollo prevede un approccio multidisciplinare, attraverso l'applicazione di diversi item, in fase pre, intra e post-operatoria.

La valutazione nutrizionale e fisiologica, la modifica dell'apporto calorico pre e postoperatorio, un approccio anestesilogico multimodale, l'utilizzo di tecniche chirurgiche mininvasive, sono alcuni degli aspetti più importanti del protocollo. L'obiettivo principale è quello di ridurre lo stress infiammatorio perioperatorio, favorendo il rapido recupero del paziente operato.

E' ampiamente dimostrato in letteratura che l'applicazione del protocollo ERAS, in diverse branche chirurgiche, compresa la chirurgia generale, ha avuto un impatto favorevole sulla morbilità post-operatoria e sulla riduzione della degenza post-operatoria nonché sul controllo dei costi.

MATERIALI E METODI

Tutti i pazienti sottoposti a resezione, laparoscopica e non, per patologia maligna colo-rettale, nel periodo compreso tra il 1/1/17 e il 31/12/18 sono stati selezionati per l'applicazione del protocollo ERAS (gruppo A).

I dati demografici, clinici, pre, intra e post-operatori sono stati prelevati da un database dedicato, analizzando retrospettivamente i risultati a breve termine.

Tali dati sono stati confrontati con quelli di pazienti, anch'essi sottoposti a chirurgia colo-rettale laparoscopica ed open, relativi al biennio precedente (2015-16), nei quali però non era stato applicato il protocollo ERAS (gruppo B).

RISULTATI

Sono stati esaminati 77 pazienti (M 39 50.6% -F 38 49.4%, età media 67,2 range 28-89 anni) nei quali è stato applicato il protocollo ERAS (gruppo A) e 91 pazienti (M 53 58% - F 38 42% età media 68,6 range 36-87) non sottoposti a protocollo ERAS (gruppo B). Tutti gli interventi chirurgici sono stati eseguiti con tecnica anestesilogica multimodale (89% peridurale, 6 % tap block 1,2% infusione lidocaina). Nel gruppo A 71 pazienti (92,2%) sono stati sottoposti a chirurgia resettiva per via laparoscopica; la morbilità post-operatoria è stata del 16,8% (13 pz); nessun caso di mortalità nel periodo perioperatorio. Nei pazienti non sottoposti a protocollo ERAS, la percentuale di chirurgia mininvasiva è stata dell'87%, la morbilità globale del 19,7% (18 pz) e la mortalità post-operatoria del 2% (2 pz) Le complicanze chirurgiche specifiche si sono verificate in 5 casi (6,4%) nel gruppo ERAS ed in 8 pz (8,7%) nel gruppo non-ERAS, con un tasso di deiscenza anastomotica rispettivamente nel gruppo A di 5,7% e nel gruppo B di 6,9%. La degenza media post-operatoria è stata inferiore (7,3 gg) nel gruppo A rispetto ai pazienti del gruppo B (11,6 gg); un controllo del dolore con analgesici per os si è ottenuto in media alla 3 giornata po. In un solo paziente sottoposto a protocollo ERAS abbiamo osservato un rientro a 30 giorni dopo la dimissione. La nostra esperienza conferma, così come in letteratura, che l'utilizzo di tecniche chirurgiche ed anestesilogiche innovative, una migliore gestione del dolore e dell'assetto nutrizionale del paziente attraverso il rispetto degli item del protocollo ERAS in chirurgia colo-rettale, consente di ottenere una significativa riduzione della degenza post-operatoria con migliori risultati in termini di morbilità e mortalità. Il protocollo in quanto standardizzato può essere applicato a diverse specialità chirurgiche in specifici PDTA.

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione intraospedaliera dell'ictus in provincia di Pavia

Novelli V.*^[3], Muzzi A.^[3], Cutti S.^[3], Cacitti S.^[1], Blandi L.^[1], Savioli G.^[2], Marena C.^[3]

^[1]Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli Studi di Pavia ~ Pavia ~ Italy, ^[2]UOC Pronto Soccorso, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo ~ Pavia ~ Italy, ^[3]Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo ~ Pavia ~ Italy

INTRODUZIONE

L'ictus costituisce la prima causa di invalidità permanente, la seconda causa di demenza e la terza di morte, con un forte impatto in termini di carico assistenziale. Si è evidenziato che il ricovero in Unità di Cura specificamente dedicate è di documentata efficacia, ma è imprescindibile dalla rapidità di intervento e dall'efficienza organizzativa della catena assistenziale, oltre che dalla competenza dei professionisti.

L'esito dipende dalla precocità della diagnosi e dall'affidamento in cura ad un gruppo di operatori dedicati, competenti e multidisciplinare. Il percorso deve prevedere anche il collegamento con le strutture territoriali di intervento preospedaliero, già attivo a Pavia, finalizzato ad implementare l'integrazione ospedale-territorio.

MATERIALI E METODI

Sono attesi a Pavia circa 200 nuovi casi/anno e circa 1000 casi nella provincia. Ogni anno circa 600 pazienti con sospetto ictus giungono al Pronto Soccorso della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, di cui 250-300 ricevono diagnosi di ictus, escluso TIA e vasculopatie cerebrali non-definite. Sono stati analizzati i pazienti che hanno ricevuto diagnosi di ictus presso il nostro PS nel primo anno (dal maggio 2017 al maggio 2018) di rein-gegnerizzazione del percorso, per un totale di 759 pazienti.

Il 90% hanno necessitato ricovero presso la stroke unit. 110 pazienti sono risultati idonei alla trombolisi, sistemica o meccanica o entrambe. I tempi di attesa hanno avuto durata media di 45 minuti con 23 minuti di mediana; l'attribuzione del codice colore era adeguata avendo l'85% avuto un codice di priorità alla visita giallo o rosso.

I tempi di processo hanno avuto durata media di 5 ore e 7 minuti con una mediana di 3 ore e 21 minuti;

I tempi di permanenza hanno avuto durata media di 5 ore e 52 minuti con una mediana di 4 ore e 6 minuti; il 14.3 % dei pazienti ha richiesto un tempo > 12 ore, il 5.4% oltre le 20 ore e l' 1.9 % > 24 ore.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a imaging basale e oltre il 50% a studio del circolo intra ed extracranico con mezzo di contrasto.

RISULTATI

E' stato evidenziato che l'attivazione di uno stroke team nel Dipartimento Emergenza Accettazione è associata a una riduzione nei tempi di arrivo in ospedale. L'assegnazione di un "codice ictus" riduce i tempi medi dall'arrivo nel DEA all'inizio della terapia, con un miglior outcome del paziente. Di particolare rilevanza si è dimostrata la collaborazione multidisciplinare tra Medici dell'Urgenza, Neurologi e Radiologi interventisti.

Percorso di gestione dell'ictus ischemico acuto nell'ospedale "S. Maria Goretti" di Latina

Parrocchia S.*^[1], Monteforte G.^[2], Aiuti M.^[3], Mellacina M.^[4], Nucera P.^[5], Spagnuolo L.^[6], Nicolucci P.^[7], Visconti G.^[8], Casertano L.^[9]

^[1]PO SM Goretti Latina Direttore Medico ~ Latina ~ Italy, ^[2]PO SM Goretti Latina UOC Medicina Urgenza UTN 1 ~ Latina ~ Italy, ^[3]PO SM Goretti Direttore UOC Medicina Urgenza UTN 1 ~ Latina ~ Italy, ^[4]PO SM Goretti Latina Direttore UOC PS/OBI ~ Latina ~ Italy, ^[5]PO SM Goretti Latina Responsabile UOS OBI ~ Latina ~ Italy, ^[6]Referente Iniziativa Angels ~ Roma ~ Italy, ^[7]PO SM Goretti Latina Direttore ff UOC Neurologia ~ Latina ~ Italy, ^[8]ASL Latina Direttore Sanitario Aziendale ~ Latina ~ Italy, ^[9]Regione Lazio Direttore Programmazione Sanitaria e Rete Ospedaliera ~ Roma ~ Italy

INTRODUZIONE

L'ictus rappresenta la terza causa di morte, la prima causa di disabilità nell'adulto e la seconda causa di demenza a livello mondiale. Il trattamento dell'ictus in fase acuta con la trombolisi sistemica rappresenta un'arma efficace nel ridurre mortalità e disabilità. Nel Lazio la rete ictus prevede la presenza di UTN di II livello con neuroradiologia interventistica (4 strutture), UTN di I livello (7 strutture, tra le quali l'Ospedale "S. Maria Goretti" di Latina), ospedali sede di Pronto Soccorso Esperto al trattamento trombolitico e/o Team Neurovascolare (PSe-TNV).

MATERIALI E METODI

In caso di paziente con sospetto ictus ischemico candidato alla trombolisi sistemica, il percorso interno di cura dell'Ospedale S.M.Goretti prevede:

- attivazione del codice ictus
- trasporto del paziente nella Sala Rossa del DEA
- rapida valutazione neurologica completa di punteggio NIHSS
- esecuzione di TC cranio basale, angio TC vasi carotidei e intracranici, TC perfusion
- somministrazione della terapia trombolitica secondo il protocollo dettato dalle Linee Guida (in caso di conferma di stroke ischemico nei tempi per il trattamento trombolitico e in assenza di controindicazioni allo stesso)
- ricovero nella UOC di Medicina d'Urgenza e UTN;
- avvio precoce del percorso riabilitativo e trasferimento presso la UOC Neurologia.

In caso di indicazione alla trombectomia meccanica il paziente viene trasferito presso il centro HUB di riferimento, UTN II livello dell'A.O. San Camillo, secondo un protocollo concordato.

RISULTATI

Nel 2017 sono stati trattati mediante trombolisi sistemica 38 pazienti con ictus ischemico acuto:

- età media 73,6 aa
- punteggio NIHSS medio pre-trombolisi 13,64
- NIHSS post 9,72
- door to needle time 89 minuti (mediana)
- 1 paziente trasferito al centro HUB.

Nel 2018 i pazienti gestiti sono stati 41

- età media 75,8 aa
- NIHSS medio pre 13,6
- NIHSS post 6,8
- door to needle time 87 minuti (mediana)
- 13 pazienti trasferiti al centro HUB (dopo trombolisi).

L'esperienza maturata conferma il risultato clinico positivo della terapia con trombolisi sistemica ed evidenzia la necessità di continuare nello sforzo organizzativo finalizzato alla riduzione dei tempi di intervento (target door to needle time inferiore a 60 minuti), per raggiungere la piena efficacia del trattamento.

A tal fine un ruolo fondamentale è svolto dal percorso formativo degli operatori sanitari, con l'ausilio del progetto di corporate social responsibility Angels.

Una modalità formativa molto utile è rappresentata dalla simulazione in situ, la prima svolta a giugno 2018.

In seguito sono state concordate una serie di azioni correttive, attraverso le quali ci aspettiamo di ottenere la riduzione dei tempi di intervento con incremento dell'efficacia e della diffusione della trombolisi sistemica sul territorio provinciale.

Progetto sperimentale con metodologia lean per l'abbattimento della degenza media

Pezetti F.*^[1], Silla A.^[1], Vezzosi L.^[1], Ghezzi E.^[1], Spadari M.^[2], Cammelli L.^[1], Rosario C.^[1]

^[1]ASST Cremona ~ Cremona ~ Italy, ^[2]Politecnico di Milano ~ Milano ~ Italy

INTRODUZIONE

In Europa, l'aumento delle condizioni di multi-morbilità e fragilità, è legato al costante invecchiamento della popolazione; ciò comporta maggiori oneri socio-sanitari che si evidenziano nell'allungamento della degenza media, nei ricoveri ripetuti e nelle dimissioni complesse. Approcci strutturati, quali il Lean Management e la gestione per processi, potrebbero essere strumenti validi per migliorare la gestione di pazienti complessi e l'organizzazione delle cure.

MATERIALI E METODI

Da marzo 2019 è stato implementato un progetto nel reparto di Medicina Generale dell'ASST di Cremona, caratterizzato da: importante saturazione (99%), degenza media superiore agli standard, pazienti pluripatologici con età media elevata (76,8 anni) e criticità relative al Turnover dei posti letto. Obiettivo dello studio è l'individuazione delle cause e delle relative contromisure volte alla riduzione della durata della degenza. L'analisi dell'anno 2018, è stata effettuata mediante l'ausilio della metodologia Lean, in collaborazione con il Politecnico di Milano, secondo il seguente approccio strutturato: analisi dei dati amministrativi (SDO), analisi di Pareto per evidenziare le componenti della degenza in termini temporali, interviste e Gemba walk per condurre l'analisi "Asis", Makigami Chart, per individuare le fasi e i tempi del processo, Ishikawa-Diagram e FMEA per l'analisi delle cause.

RISULTATI

L'analisi iniziale delle SDO evidenzia una degenza media pari a 9,19 giorni (DS $\pm 7,22$). La distribuzione di frequenza delle giornate mostra che il 29,9% dei ricoveri ha una durata ≥ 11 giorni. Tali ricoveri sono stati analizzati con la tecnica di Pareto, dalla quale emerge che l'80% della durata della degenza deriva da due fattori: tempo clinico e tempo di dimissione.

A) Tempo di Dimissione

L'analisi della degenza per tipologia di dimissione ha mostrato che i pazienti dimessi in IDR o Reparti Subacuti hanno una degenza media di 17,3 giorni.

Considerando il processo di dimissione, scorrendo le attività clinico-assistenziali del ricovero, emerge che i tempi di attesa tra le varie fasi del processo rappresentano il 99% del tempo totale.

La carenza di condivisione delle informazioni, la burocrazia, la tecnologia utilizzata, la saturazione delle strutture esterne rappresentano alcune delle cause dell'allungamento del tempo di degenza. Pertanto sono state proposte soluzioni di facile implementazione "Quick-wins" (es. identificazione del Process Owner) e soluzioni ad alto Benefit e di elevato impatto organizzativo-economico, come l'apertura di un Centro di Subacuti e investimenti informatici.

B) Tempo clinico

L'analisi incrociata di Pareto fra tempi di degenza e numero di ricoveri per patologia ha evidenziato quale criticità la gestione del paziente settico. È seguita l'analisi delle cartelle cliniche dei casi di sepsi (n=124) e in particolare l'adesione o meno al bundle prodotto nelle ultime Linee Guida di Surviving Sepsis Campaign (2018).

Dallo studio è emerso che le maggiori criticità sono relative al mancato rispetto della tempistica (entro 3 ore) della somministrazione della terapia antibiotica (70%) e dell'appropriatezza della terapia empirica (68%).

Inoltre si è registrata una scarsa aderenza al Bundle, completato correttamente nel 27% dei casi. Verrà successivamente condotta un'intervista ai clinici per approfondire le criticità rilevate a partire dalle quali verrà condotto un progetto finalizzato ad implementare il PDTA della sepsi nell'ASST di Cremona.

Indagine di soddisfazione dell'utente mediante strumenti di ascolto attivo e di focus group nell'AOUI di Verona

Lomeo A.M.^[1], Salandini G.*^[2], Cicco P.^[2], Mariotto O.^[2], Bellini P.^[1], Corsini A.^[1], Bovo C.^[1]

^[1]Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata ~ VERONA ~ Italy, ^[2]Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Verona ~ Verona ~ Italy

INTRODUZIONE

La Direzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUI) per l'anno 2018 ha posto come obiettivo di budget l'implementazione del progetto: "Indagine di soddisfazione del cittadino e del malato attraverso nuovi strumenti di ascolto attivo e realizzazione di focus group". Tramite un'indagine condotta nella UOC Radioterapia dell'AOUI Verona, iniziata a novembre 2018, si è valutato il grado di soddisfazione riguardo all'assistenza ricevuta e sull'esperienza vissuta dalle pazienti e sul tipo di informazioni che i pazienti della radioterapia vogliono ricevere.

MATERIALI E METODI

L'indagine è suddivisa nelle seguenti fasi:

- Creazione di un Gruppo di Lavoro multi professionale e multidisciplinare costituito da professionisti afferenti a differenti Unità Operative;
 - Definizione e somministrazione di un questionario sulla soddisfazione dell'utente ai pazienti che hanno effettuato radioterapia per tutti i tipi di neoplasie. Allo scopo di validare il questionario, prima di iniziare con il progetto, ne sono stati somministrati 10 ad un campione rappresentativo;
 - Utilizzo del focus group esclusivamente per le pazienti che hanno effettuato radioterapia;
- La tabella riassume i risultati dei 69 questionari raccolti al 12 aprile 2019.

RISULTATI

I risultati sono stati analizzati dalla UOC Miglioramento Qualità e, visto la numerosità, sono stati presi in considerazione gli aspetti metodologici piuttosto che quelli relativi ai giudizi di merito sull'esperienza vissuta dai pazienti. Attualmente la somministrazione del questionario sta continuando e, si attende di poter raggiungere un numero signifi-

ficativo di questionari raccolti, per poter effettuare un'analisi e proseguire con il focus group. Tutte le informazioni acquisite con i diversi strumenti saranno confrontate. Le elaborazioni saranno dapprima valutate dal Gruppo di Lavoro e quindi dal Personale coinvolto per individuare possibili azioni di miglioramento.

SINTESI dei RISULTATI "Questionario soddisfazione paziente" n. 69 questionari raccolti al 12 aprile 2019		
Area	Codice Rq	Valore Medio
ACCESSIBILITÀ	2.1	4.0
	2.2	4.0
	2.3	4.1
	2.4	4.0
PERSONALE 1	3.1	4.4
	3.2	4.2
	3.3	4.0
	3.4	4.0
	3.5	4.1
PERSONALE 2	4.1	4.3
	4.2	4.3
	4.3	4.3
PERSONALE 3	5.1	4.2
	5.2	4.2
	5.3	4.2
EQUIPE	6.1	4.2
	6.2	4.2
	6.3	4.3
	6.4	4.1
IN GENERALE	7.1	3.7
	7.2	3.4
	7.3	95% SI

Lean management e operation management nella programmazione degli interventi chirurgici

Torresani M.*^[1], Piccioni F.^[1], Coppa J.^[1], Valenza F.^[1], Salvioni R.^[1], Rinaldi O.^[1]

^[1]Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori ~ Milano ~ Italy

INTRODUZIONE

Nel panorama nazionale ed internazionale l'Istituto rappresenta un'importante centro di riferimento per il percorso chirurgico dei pazienti oncologici (il 40% dei pazienti chirurgici proviene da altre Regioni). L'utilizzo efficiente delle sale operatorie si deve basare su programmazione che tenga in considerazione la strategia aziendale e le esigenze cliniche del singolo paziente.

Con questo obiettivo l'Istituto ha attivato un ampio progetto di analisi ed ottimizzazione del percorso chirurgico che sposa i principi del Lean Management. Questo abstract sintetizza il lavoro di revisione delle regole di programmazione delle sale operatorie.

MATERIALI E METODI

Il gruppo di lavoro, coordinato dalla Gestione Operativa, è composto da informatici, anestesisti, chirurghi, infermieri e strutture di staff. La metodologia di lavoro si è basata sulla revisione collegiale delle diverse fasi del processo, l'individuazione e discussione delle criticità e la condivisione delle proposte di miglioramento.

Dopo aver stabilito il "Glossario dei tempi di sala", il gruppo ha definito il panel di indicatori gestionali che misurano l'utilizzo delle sale operatorie (Maccario A et al. 2007). I dati necessari al calcolo de-

gli indicatori sono recuperati automaticamente dai dati compilati nel registro operatorio informatico. La programmazione degli interventi si basa, oltre al tempo chirurgico previsto, su una categorizzazione a tre livelli di complessità dell'impegno chirurgico e sull'indicazione della complessità del paziente, elaborata dalla Cartella Clinica Elettronica secondo la codifica Charlson-Comorbidity-index. Ad un crescente valore di questo indice è associato un maggiore rischio di mortalità post-chirurgica (Chang CM et al. 2016).

RISULTATI

La proposta di intervento è più chiara e strutturata (i.e. approccio in -scopia, lateralità, decubito) e, grazie alla codifica di complessità chirurgica e del paziente, la programmazione dei casi segue priorità e regole condivise. Il gruppo di lavoro ha fondato le basi per l'alimentazione di un cruscotto di indicatori che consente una valutazione periodica dell'attività ed una revisione critica del percorso nello spirito del miglioramento continuo. In Tabella l'analisi degli indicatori di efficienza del Blocco Operatorio (Gen-Apr 2019 vs 2018) che indicano un miglioramento delle performance, nonostante una riduzione delle sedute (-4%) per insufficienza di personale e un incremento delle urgenze chirurgiche (119 vs 102, +16%).

Confronto indicatori di efficienza del Blocco Operatorio INT
Gennaio-Aprile (2019 vs 2018)

	2019	var%19-18	2018
Numero interventi programmati eseguiti	1917	-4%	1990
Numero interventi eseguiti non programmati	103	-19%	127
Numero interventi eseguiti	2020	-5%	2117
Numero interventi programmati	2136	-7%	2288
Affidabilità	90%	3%	87%
Flessibilità	5%	-13%	6%
Robustezza	95%	2%	93%
Durata effettiva delle sessioni (ore)	6117	-2%	6268
Durata pianificata delle sessioni (ore)	5864	-4%	6103
Saturazione	104%	2%	103%
Sovra-/Sotto-utilizzo (ore)	770	-28%	1063
Durata pianificata delle sessioni (ore)	5864	-4%	6103
Inefficienza	13%	-25%	17%





La Parola è un atto complesso: proposte di strategie comunicative

S.S. Formazione Sviluppo Competenze e Qualità
Dott.ssa Giachino Amistà M.T., Dott.ssa Alberico G.M.

«Spesso i pazienti soffrono di cose ben diverse da quelle indicate sulla loro cartella clinica. Se si pensasse a questo, molte loro sofferenze potrebbero essere alleviate.»

Florence Nightingale

«Le parole sono uno strumento in grado di essere d'aiuto o di far danni a seconda del modo in cui sono scelte e contestualizzate.»

Harvey Max Chochinov



INTRODUZIONE

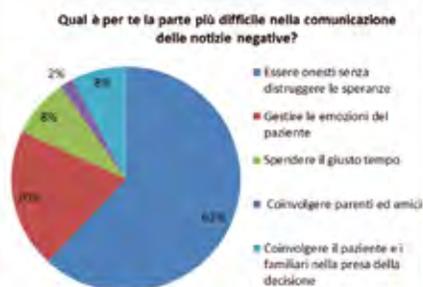
In seguito ad alcune criticità rilevate in merito alla comunicazione medico-paziente, emerse nel corso della Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero Regione Piemonte (assenza corsi di comunicazione rivolti al personale medico), si è progettato un percorso formativo che, sviluppatosi nell'arco del triennio 2016-2018, ha visto l'interessamento di n. 25 Strutture Complesse, n. 138 medici e n. 20 personale di assistenza (infermieri, fisioterapisti, infermieri pediatrici e ostetriche), per un totale di n. 158 persone formate.

CONTENUTI

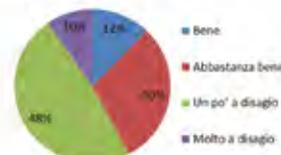
Al fine di rinforzare l'alleanza terapeutica e rispondere alle esigenze di umanizzazione, nella difficile impresa della cura e dell'assistenza sanitaria, sono stati predisposti gruppi di lavoro guidati da un facilitatore per permettere agli operatori di sperimentare le loro capacità comunicative e trasferire nelle prassi la formazione teorica. Questi interventi hanno permesso di prendere coscienza delle possibilità di modificare il vissuto comunicativo all'interno del reparto, favorendo un percorso di maturazione complessiva del personale.

Il percorso formativo ha preso avvio con la formazione di un gruppo di psicologi e medici tramite un intervento formativo con la metodologia del role playing. I Formatori a loro volta hanno portato a termine interventi formativi accreditati ECM nei reparti attraverso il corso "La parola è un atto complesso: proposte di strategie comunicative" ciascuno composto di due incontri con somministrazione di un questionario finalizzato alla rilevazione dei vissuti degli operatori sul tema della comunicazione.

RISULTATI QUESTIONARI



Come ti senti rispetto alla capacità di comunicare notizie negative (per es. diagnosi e/o prognosi pesanti, necessità di interventi importanti, aggravamenti)?



Alla domanda:
"Una strategia mentale sulla comunicazione di notizie negative può aiutare a gestire questo compito nella quotidianità?"
il 77% ha risposto «Sì».

CONCLUSIONI

Iniziare una condivisione a medio-lungo termine, con adeguata pianificazione, permette di esprimere difficoltà e problemi per fronteggiarli e risolverli mediante l'utilizzo delle risorse a disposizione. L'utilizzo della tecnica del role playing risulta essere molto stimolante perché, a differenza dei tradizionali metodi di insegnamento e trasferimento delle conoscenze, facilita la possibilità di sviluppare in modo interattivo le competenze relazionali.

Inoltre, 4 strutture che hanno partecipato al corso base hanno richiesto un approfondimento con l'erogazione di ulteriori 7 corsi accreditati ECM. Il percorso intrapreso prosegue nel 2019 con successivi momenti formativi richiesti dalle strutture in precedenza coinvolte. E' stata valutata, inoltre, la possibilità di offrire una super-visione da parte di professionisti esperti alle équipes che vogliono condividere una strategia di approccio al paziente nel caso di situazioni complesse.

LA SFIDA: si può costruire un nuovo Servizio Sanitario basato su riflessioni come...

«L'umanità del medico consiste nell'attenzione prestata al singolo paziente (ed al suo nucleo familiare), dalla diagnosi a tutto il percorso terapeutico ed assistenziale, tenendo conto delle caratteristiche emozionali e cognitive delle persone.»





POLICLINICO
CASILINO

SCREENING VIRALE NEI NEONATI CON SOSPETTA MENINGOENCEFALITE NEL POLICLINICO CASILINO DI ROMA



Capanna A¹, Giannotta A², Ambrosone C¹, Vinci A¹, Paolillo P³, Picone S³.

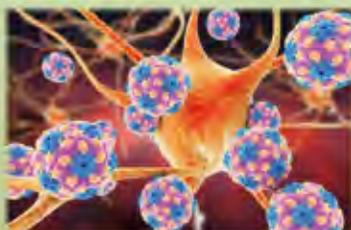
¹ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Direzione Sanitaria, Policlinico Casilino, Roma

³ Neonatologia, Patologia Neonatale, Unità di Terapia Intensiva Neonatale, Policlinico Casilino, Roma

Parole chiave: Meningoencefaliti asettiche, Screening, Neonatologia

INTRODUZIONE



Le meningoencefaliti asettiche riconoscono generalmente un'eziologia virale, la cui trasmissione avviene per via oro-fecale, respiratoria o transplacentare. Nei neonati e nei bambini di età inferiore a 1 anno, i principali agenti eziologici sono Enterovirus (EV) e Parechovirus (HPEV), sebbene raramente siano coinvolti gli Herpes simplex virus (HSV 1,2,6). L'incidenza nei bambini di età inferiore a 90 giorni negli Stati Uniti varia dal 3,2% al 50% secondo un modello stagionale, con la più alta incidenza in estate e autunno.

Sebbene la maggior parte delle infezioni sia asintomatica, si riconoscono forme lievi (autolimitanti, con febbre, rash e irritabilità) e forme gravi clinicamente indistinguibili da sepsi batterica o da infezioni del sistema nervoso centrale (SNC) da HSV, gravate da elevata mortalità. La maggior parte dei casi di meningoencefaliti asettiche non determina esiti neurologici; in un numero limitato di casi, si possono riscontrare importanti complicanze, quali alterazioni del linguaggio, ritardo motorio o cognitivo, epilessia, disturbi visivi, paralisi cerebrale.



CONTENUTI

Al fine di migliorare la diagnostica delle sindromi neurologiche a sospetta eziologia infettiva, tra il 2016 e il 2018, l'U.O. di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) del Policlinico Casilino ha aderito alla costruzione di una filiera diagnostica e bioinformatica elaborata dall'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive IRCCS L. Spallanzani. Lo scopo era l'identificazione e classificazione eziologica delle meningoencefaliti nel Lazio, attraverso sequenziamento ad alta processività dei genomi virali (EV A-D, HSV-1, HSV-2, HSV-6, HPEV, CMV, VZV) su campioni di liquor.

Nel periodo di riferimento, sono stati identificati 21 casi di meningoencefalite virale:

10 da HPEV, 9 da EV, 1 da HHPV-6, 1 da HSV-2.

Tutti i neonati, di età < 30 giorni all'esordio clinico presentavano: febbre > 38 °C con regressione rapida (media 3 giorni), irritabilità, pianto lamentoso, inappetenza. Inoltre si riscontravano rash e/o desquamazione (4 casi), convulsioni (4 casi); invece all'esame obiettivo ipertonia (6 casi), convulsioni (4 casi) e frequente irritabilità. La maggiore incidenza (57%) si è verificata tra maggio e luglio. La PCR aumentava significativamente (> 20 mg / L) solo in 5 casi, i rimanenti esami ematochimici e del liquor risultavano normali. Nel 71% dei casi, l'ecografia cerebrale era normale, mentre la RM, eseguita nei 4 casi con crisi convulsive, mostrava in un 1 caso la presenza di importanti alterazioni cerebrali da HSV-2.



CONCLUSIONI

Secondo la nostra esperienza, lo screening delle infezioni virali dovrebbe essere incluso nell'iter diagnostico dei casi di febbre con sospetta meningite nei neonati e lattanti, al fine di evitare, nei casi ad eziologia virale, trattamenti antibiotici non necessari ed ospedalizzazione prolungata. La diagnosi eziologica è molto importante, in particolare nei neonati con forme gravi (convulsioni, epatiti, miocarditi) sia per la terapia che per valutare gli esiti. E' inoltre necessario effettuare indagini strumentali a carico del SNC per la ricerca di eventuali lesioni e, in caso di positività, programmare un follow-up neurologico che prosegua oltre i due anni di età.



Progetto di Attività Assistita con gli Animali nella Pediatria dell' Ospedale Santa Maria Annunziata



*Di Renzo L., **Padrini D., **Barbieri A., **Petrucci F., °Loretti E., ^Pezziati M.

* Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero Firenze II, ASL Toscana Centro

** Dirigente Medico, SOS Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Santa Maria Annunziata, ASL Toscana Centro

°Direttore UFC Igiene urbana veterinaria, ASL Toscana Centro

^ Direttore SOC Pediatria Presidio Ospedaliero Santa Maria Annunziata, ASL Toscana Centro

INTRODUZIONE

Il crescente accesso di animali da compagnia (pets) all'interno delle strutture ospedaliere soprattutto pediatriche è frutto delle numerose esperienze relative alla loro relazione con i bambini ospedalizzati. Tale relazione viene utilizzata come efficace supporto nei vari progetti inerenti il trattamento non farmacologico del dolore. Il bambino vive l'ospedalizzazione in modo traumatico poiché non possiede gli strumenti cognitivi necessari per cogliere pienamente ciò che gli accade intorno. Il bambino è costretto ad affidarsi alle proprie fantasie, potendo anche arrivare a considerare la malattia e in generale il suo stato di degenza, come una sorta di "punizione" per azioni reali o immaginate, per cui il poter svolgere attività divertenti e rilassanti distrae il bambino dalla sua malattia e gli restituisce fiducia nelle sue capacità. Gli interventi di attività assistita con gli animali (AAA) all'interno dei reparti pediatrici prevedono l'interazione tra il bambino ed i pets, condotti da personale esperto e qualificato, in spazi ospedalieri ben identificati in cui i piccoli pazienti possano vivere attimi di normalità e benessere riducendo il loro livello di stress e di ansia.



CONTENUTI

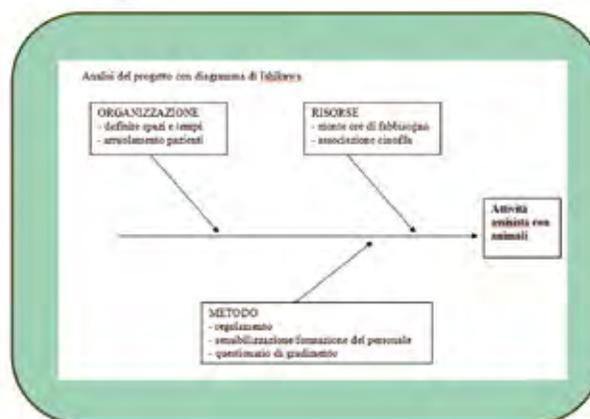
Il progetto di AAA che vorremmo attuare è rivolto a tutti i bambini ricoverati nel reparto di pediatria che vorranno aderire; per i bambini che non possono esprimersi verrà raccolto il consenso dei genitori. Tale progetto ha l'obiettivo di generare nei piccoli pazienti un effetto motivazionale utile a superare le difficoltà legate all'ospedalizzazione attraverso vari steps:

- individuare le risorse economiche e quantificare il numero di ore di fabbisogno
- individuare le modalità di formazione degli operatori coinvolti
- individuare i compiti e le responsabilità degli operatori
- individuare gli spazi all'interno del reparto
- individuare un regolamento idoneo a garantire la tutela della salute dei pazienti, dei caregivers, del personale sanitario nonché l'igiene ambientale
- attuare strategie per la prevenzione delle malattie trasmissibili dall'animale all'uomo e garantire il benessere dell'animale
- elaborazione di un questionario di gradimento

CONCLUSIONI

L'instaurarsi di un rapporto empatico con l'animale produce una dimostrata efficacia terapeutica e riduce i problemi di comportamento dei bambini ospedalizzati ed è proprio questo lo scopo di questo progetto, la cui realizzazione è oggetto di un'analisi in corso.

Fig.1



APPLICAZIONE DEL Q-SOFA PER LA GESTIONE DELLA SEPSI NEGLI SPOKE DELLE RETE E-U: DELL'ASL 1 LIGURIA

A. Ferrari¹, S. Carlini², C. Dentone³, A. Verna⁴, G. Bruno⁵, S. Ferlito⁶, M. Orlando⁷

- 1) Direzione Medica di Presidio, ASL 1 Liguria, S.O. Imperia
- 2) Responsabile S.S. Punto Primo Intervento, ASL 1, S.O. Bordighera
- 3) Direttore f.f. S.C. Malattie Infettive, ASL 1, S.O. Sanremo
- 4) Responsabile S.S.D. Gestione Rischio Clinico e Infezioni correlate all'Assistenza, ASL 1 Liguria
- 5) Direttore Direzione Medica di Presidio Unico e Direttore Dipartimento Governo Clinico e Servizi, ASL 1 Liguria
- 6) Direttore S.C. 118 ed Emergenza Territoriale e Direttore Dipartimento Emergenza ed Accettazione, ASL 1 Liguria
- 7) Direttore Sanitario Aziendale, ASL 1 Liguria

Key Words: Outcomes, Hub&Spoke, Algoritmo

INTRODUZIONE

La sepsi è un importante problema di sanità pubblica, visti l'elevato tasso di mortalità e il burden epidemiologico. Patologia tempo-dipendente oggi inserita nel "Hour-1 Bundle", la standardizzazione dell'approccio nella prima ora nei diversi setting è strategica per gli outcomes.

Il disinvestimento dagli sprechi, i criteri di riparto del FSN, gli adempimenti LEA e le innovazioni del DM 70/2015, hanno condotto a rivedere le reti assistenziali implementando appropriatezza, equità d'accesso e sicurezza delle cure in tutti i nodi. In questo ambito l'appropriatezza precoce di setting si raggiunge mediante interoperabilità tra DEA, Pronto Soccorso (PS), Punti di Primo Intervento (PPI) e Rete dell'Emergenza Territoriale. Spesso sottovalutato, appare strategico il ruolo degli spoke più periferici ove la precocità dell'appropriata gestione è la variabile principale.

Il P.O. dell'ASL1 Liguria si articola su 3 stabilimenti (S.O.): Imperia, Sanremo e Bordighera, per complessivi 628 posti letto con organizzazione a dipartimenti trasversali.

Lo S.O. di Bordighera con il PPI, rientra nella complessa rete dell'E-U che in consta di un DEA I livello (S.O. Sanremo) e di un PS (S.O. Imperia).

CONTENUTI

Date le difficoltà di utilizzo del SOFA Score per l'inquadramento della sepsi al di fuori di setting con medio-alto livello tecnologico (PS o DEA), la comunità scientifica indica l'algoritmo q-SOFA Score per applicabilità e disponibilità in tutti i contesti.

Applicando retrospettivamente nel PPI dello S.O. di Bordighera il q-SOFA, se ne è valutata appropriatezza e rapidità in triage e assegnazione del codice-colore e in valutazione Medica per procedere a indagini colturali e biomarker con precoce antibiotico-terapia mirata.

I pazienti valutati hanno avuto accesso al PPI tra il 24.12.2016 ed il 31.01.2017 (39 gg) con diagnosi di sepsis-sindrome durante la degenza in U.O. Medicina Interna dello stesso S.O. Bordighera, escludendo pazienti centralizzati al DEA I livello in fase di triage (gravità o compresenza di complicanze chirurgiche), e codici bianchi.

Il campione selezionato consisteva di 90 pazienti, valutati retrospettivamente con rilevazione di: codici-colore assegnati in triage, parametri vitali rilevati e ulteriori dati utili al calcolo del q-SOFA Score.

Di questi pazienti a 15 sono state diagnosticate forme meno gravi di sepsi, 23 avevano quadro di sepsi e 7 di shock settico, cioè il 50% mostrava forme varie di sepsis syndrome. Un adeguato utilizzo del qSOFA in fase pre-ospedaliera e di ammissione avrebbe garantito una più appropriata destinazione, centralizzando sepsi e shock settico verso il DEA I livello o il PS.

Analizzando pazienti con codice verde e successiva diagnosi di sepsi, emergono 13 casi con sottoclassificazione all'ammissione, evitabile con utilizzo del qSOFA.

Essendo il qSOFA algoritmo di definizione di potenziale peggioramento di prognosi, mentre il codice-colore correla alla priorità d'assistenza legata alla gravità, una migliore corrispondenza tra le due tendenze incrementa gli outcomes e riduce il rischio clinico.

CONCLUSIONI

L'utilizzo del qSOFA nei setting spoke, garantirebbe centralizzazione precoce per fabbisogni maggiori in termini di tecnologie o discipline, ridurrebbe il rischio di sottostima di gravità o evoluzione ed infine l'applicabilità al 50% dei pazienti selezionati ne fa dedurre il grande impatto su uno spoke periferico.

La condivisione di questi ed altri risultati hanno costituito la base per l'emanazione in aprile 2019 del PDTA su sepsi e shock settico.

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA

Bollini Rosa: analisi delle iniziative promosse in occasione della H-Open Week 2019 presso le Aziende Sanitarie del Veneto

Lomeo A.M.[^], Bellini. P.^{*}, Corsini. A.^{*}, Canello A.[^], Cicco P.^{*}, Mariotto O.^{*}, Salandini G.^{*}, Bovo C.[#][^] Direttore f.f. UOC Miglioramento Qualità e Adempimenti L.R. 22/2002 - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona,^{*} UOC Miglioramento Qualità e Adempimenti L.R. 22/2002 - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona,^{*} Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Verona,[#] Direttore Sanitario - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona.

Parole chiave: ONDA, Donna, Open Week

INTRODUZIONE

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (ONDA) organizza, attraverso il coinvolgimento degli Ospedali del Network "Bollini Rosa", di cui fa parte anche l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, con entrambe le sedi di Borgo Trento e di Borgo Roma, l'iniziativa H-Open Week dedicato alla salute della Donna.

L'obiettivo è quello di promuovere l'informazione e i servizi per la prevenzione e la cura delle principali patologie femminili nell'ambito di diverse aree specialistiche, attraverso l'offerta di iniziative rese gratuitamente alle donne quali servizi clinici, diagnostici e informativi (es. incontri aperti alla popolazione, visite specialistiche, esami, distribuzione di materiale informativo, presentazione dell'attività dell'Unità Operativa, colloqui informativi, etc.).

MATERIALI E METODI

Al fine di promuovere iniziative in occasione dell'Open Week, il percorso dell'AOUI di Verona si è sviluppato attraverso:

- Identificazione delle Unità Operative coinvolte nell'ambito delle diverse aree specialistiche;
- Predisposizione e trasmissione alle Unità Operative di un modulo per la descrizione delle iniziative, sulla base di quanto richiesto da Onda;
- Inserimento delle iniziative offerte nel sito web Bollini Rosa;
- Comunicazione alla popolazione tramite poster, brochure informative;
- Trasmissione di un comunicato stampa alle testate giornalistiche locali per la pubblicazione.

La tabella contiene l'elenco dei servizi offerti dalle Aziende Sanitarie del Veneto appartenenti al Network.

AZIENDA	VISITE	ESAMI	INCONTRI APERTI ALLA POPOLAZIONE	ALTRE ATTIVITÀ
Azienda A	8	2	1	0
Azienda B	0	0	1	2
Azienda C	1	0	0	0
Azienda D	0	0	0	1
Azienda E	13	3	0	0
Azienda F	7	1	3	5
Azienda G	3	4	17	21
Azienda H	0	1	2	3
Azienda I	0	0	11	1
Azienda L	1	1	1	5
TOTALE	33	12	36	38

RISULTATI

Dall'analisi dei dati si evince che le Aziende Sanitarie del Veneto hanno dimostrato una particolare sensibilità verso l'iniziativa. L'attribuzione dei Bollini Rosa permette alla popolazione femminile di orientarsi nella scelta di una struttura. La partecipazione all'iniziativa di Onda Open Week permette di ottenere un riconoscimento Istituzionale per l'impegno nella promozione della prevenzione, della diagnosi precoce e della cura delle principali patologie di interesse femminile, determinando un miglioramento dell'immagine, un allargamento del bacino di utenza dell'azienda attraverso l'attività di ufficio stampa e il supporto di canali consolidati.



La prevenzione del Tromboembolismo Venoso in chirurgia nell'IRCCS Humanitas Research Hospital

Andrea Carlo LONATI^(a), Corrado LODIGIANI^(b), Maria ROCCA^(c),
Andrea LABRUTO^(a), Elena AZZOLINI^(a), Michele LAGIOIA^(a)

(a) Direzione Medico Sanitaria - Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI), Italia
(b) Centro Trombosi - Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI), Italia
(c) Direzione Qualità - Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI), Italia



INTRODUZIONE

Il tromboembolismo venoso (TEV) è una delle patologie più comuni del sistema circolatorio. I quadri clinici principali sono la trombosi venosa profonda (TVP) e l'embolia polmonare (EP). In gran parte dei casi, la TVP è clinicamente silente e la morte improvvisa per EP può essere l'unica manifestazione.

La maggior parte dei pazienti ricoverati presenta almeno 1 fattore di rischio per TEV e circa il 40% ne ha 3 o più. Senza profilassi, l'incidenza di TVP nei pazienti ricoverati varia dal 10 al 40% e raggiunge il 40-60% in quelli sottoposti a chirurgia ortopedica. Mortalità e morbosità a breve-lungo termine e i costi correlati supportano la necessità di una profilassi almeno nei pazienti a rischio moderato/alto.

Obiettivo del progetto è implementare l'utilizzo del Caprini Score (CS) in Humanitas Research Hospital per la valutazione del rischio TEV, attribuendo i pazienti candidati a chirurgia a differenti gruppi di rischio e supportando la decisione alla profilassi tromboembolica.

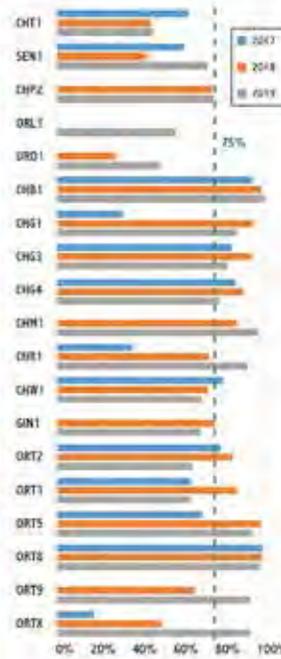
CONTENUTI

Il progetto è stato sviluppato nell'ultimo trimestre del 2017, coinvolgendo 13 unità operative chirurgiche (52% su 25, ove è applicabile tale valutazione), articolandosi attraverso:

- Fase di adattamento delle evidenze scientifiche sulla profilassi tromboembolica al contesto di ciascuna unità. Istituzione di un gruppo di lavoro composto da Direzione Sanitaria, Direzione Qualità Clinica, Centro Trombosi e referenti delle unità operative, che hanno condotto un'analisi di linee guida internazionali e letteratura scientifica rilevante. Per la valutazione e la stratificazione del rischio, si è deciso di utilizzare il CS, unico strumento validato in letteratura, mentre gli schemi di profilassi sono stati stabiliti e condivisi dal gruppo di lavoro.
- Implementazione della valutazione del rischio TEV attraverso lo sviluppo di una sezione specifica nella cartella clinica elettronica. I pazienti candidati a intervento chirurgico vengono valutati con il CS (assegnazione di un punteggio variabile in base ai fattori di rischio) e suddivisi in quattro gruppi. Sulla base della classe di rischio, viene automaticamente attivato un alert dedicato a medici e a infermieri e sono proposte in cartella clinica le indicazioni di profilassi.

Il progetto è stato esteso ad altre unità operative nel corso del 2018 (18, 72%) e del 2019 (19, 76%); ciascuna è stata monitorata attraverso l'indicatore di compliance alla compilazione, per cui è stato definito un target (75%). Per favorire l'aderenza al progetto, l'indicatore è stato legato agli obiettivi di qualità. Nel 2017 il target è stato raggiunto da 6 unità operative (su 13, 46%), nel 2018 da 9 unità operative (su 18, 50%), mentre nel 2019 da 10 unità operative (su 19, 53%).

AREA DIPARTIMENTO CANCER	UO	2017	2018	2019
CHIRURGIA TORACICA	CHT1	62,4%	41,5%	45,5%
SEMOLOGIA	SEN1	60,2%	40,7%	11,5%
CHIRURGIE SPECIALISTICHE				
CHIRURGIA PLASTICA	CRP2		73,7%	74,4%
OTORINOLARINGOIATRIA	ORL1			56,3%
UROLOGIA	URO1		77,8%	46,7%
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE				
CHIRURGIA ANTIATRICA	CMB1	52,5%	36,3%	39,4%
CHIRURGIA GENERALE GINECOLOGICA	CGM1	71,6%	93,0%	83,8%
CHIRURGIA GENERALE E DIGESTIVA	CGM3	82,9%	92,7%	80,8%
CHIRURGIA GENERALE EPATOLOCALE	CGM4	84,8%	68,7%	76,9%
CHIRURGIA GENERALE ESOFAGO-GASTRICA	CGM1		55,7%	45,7%
CHIRURGIA DEL COLON RETTO	CRK1	35,9%	72,2%	80,8%
CHIRURGIA PANCREATICA	CHP1	78,5%	71,7%	62,8%
DIPARTIMENTO DI GINECOLOGIA E MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE				
GINECOLOGIA	GM1		74,8%	68,1%
AREA ORTOPEDIA				
ORTOPEDIA DELL'ANCA E CHIRURGIA PROTESICA	ORT2	77,5%	83,3%	64,2%
CENTRO PER LA RICOSTRUZIONE ARTICOLARE DEL GINOCCHIO	ORT3	63,8%	85,2%	83,4%
CHIRURGIA ARTROSCOPICA E RICOSTRUTTIVA DEL GINOCCHIO	ORT5	69,1%	96,8%	84,2%
ORTOPEDIA DI SPALLA E GOMITO	ORT8	67,7%	37,2%	36,3%
ORTOPEDIA DEL PIEDE E CHIRURGIA MINORILE	ORT9		65,6%	11,4%
ORTOPEDIA DEL GINOCCHIO E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	ORT4	17,4%	49,2%	31,8%
PERCENTUALE MEDIA DI COMPILAZIONE (tutte le UO)		65,7%	74,5%	75,2%



Compliance alla compilazione dello score di Caprini nelle singole Unità Operative: i dati relativi al 2017 e 2019 sono parziali (ultimo e primo trimestre)

CONCLUSIONI

Numerosi studi clinici hanno dimostrato che la profilassi antitrombotica riduce l'incidenza di TEV e di EP fatale senza associarsi a un incremento significativo del rischio emorragico, per questo è importante però un approccio individualizzato alla profilassi. L'introduzione del CS come valutazione standardizzata del rischio TEV, la profilazione di tutti i pazienti candidati a chirurgia e l'impostazione di una profilassi personalizzata in base al rischio, rappresentano dei presupposti al miglioramento della qualità e la sicurezza delle cure erogate. L'utilizzo della cartella clinica elettronica garantisce una più facile compliance al progetto, rappresentando un valido strumento per il supporto decisionale al percorso clinico del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- Guyatt GH et al. «Executive Summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines». Chest, Vol 141 num. 2 Supplement, 2012, pag. 75-475
- Biggi F et al. «Consensus Intersocietario sulla profilassi antitrombotica in Ortopedia e Traumatologia». LO SCALPELLO - OTODI Educational, num. 26, 2012, pag. 160-170

La procedura sull'appropriatezza dei ricoveri riabilitativi: un successo o un fallimento?

Autori: Montel E. (1), Bonetti M. (2), Morrone R. (3), Melani C. (4).

1 direttrice medica, Direzione medica dell'Ospedale di Bressanone - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige - 2 Osservatorio Salute presso la Ripartizione 23, Salute della Provincia Autonoma di Bolzano - 3 medico, Direzione medica dell'Ospedale di Bressanone - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige - 4 Osservatorio Salute presso la Ripartizione 23, Salute della Provincia Autonoma di Bolzano

Parole chiave: appropriatezza, ricoveri riabilitativi, flussi amministrativi sanitari.

INTRODUZIONE

Un Tavolo Tecnico coordinato dal SiVeAS¹ ha condotto un'analisi sull'appropriatezza dei ricoveri riabilitativi del 2010 afferenti ai codici 56 (Recupero e riabilitazione funzionale), 75 (Neuroriabilitazione) e 28 (Unità spinale). Sulla base delle SDO sono state valutate: la potenziale inappropriatezza clinica, la potenziale inappropriatezza organizzativa e la potenziale inefficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera.

Nella P.A. Bolzano l'applicazione dei criteri SiVeAS ha fatto emergere un 16,3% di ricoveri riabilitativi con una potenziale inappropriatezza clinica. Dei restanti ricoveri, clinicamente appropriati, il 12,1% è risultato con una potenziale inappropriatezza organizzativa, mentre il 4,6% delle giornate di degenza con una potenziale inefficienza².

CONTENUTO

La procedura "Criteri di appropriatezza nei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie" è stata predisposta, al fine di attivare un efficace sistema di monitoraggio dei livelli di appropriatezza presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Tale procedura prevede la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, clinica, organizzativa e temporale.

La prescrizione del ricovero riabilitativo è riservata al medico specialista in riabilitazione, a cui spetta l'individuazione del setting assistenziale più appropriato³. Per carenza di fisiatristi, la prescrizione dei ricoveri in codice 60 è stata estesa a internisti, geriatri, nonché pneumologi. Sono state considerate clinicamente appropriate le prestazioni dirette al recupero funzionale dei pazienti suscettibili di miglioramento. In riabilitazione appropriatezza organizzativa significa che i ricoveri ordinari sono appropriati, quando non possono essere eseguiti in day hospital o in ambito extraospedaliero con identico o maggior beneficio, identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse⁴.

RISULTATI

Il presente lavoro ha lo scopo di verificare, se l'introduzione della procedura ha comportato dei cambiamenti in relazione a:

- n. posti letto e ricoveri presso istituti pubblici e privati accreditati
- n. ricoveri presso istituti pubblici e privati accreditati per provenienza
- tempi medi di attesa in giorni presso istituti pubblici e privati accreditati
- degenza media dei ricoveri ordinari presso istituti pubblici e privati accreditati
- MDC ricovero acuto e MDC ricovero post acuto (nei trasferimenti diretti)

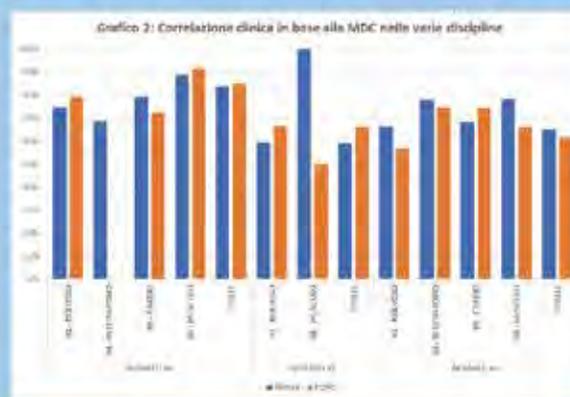
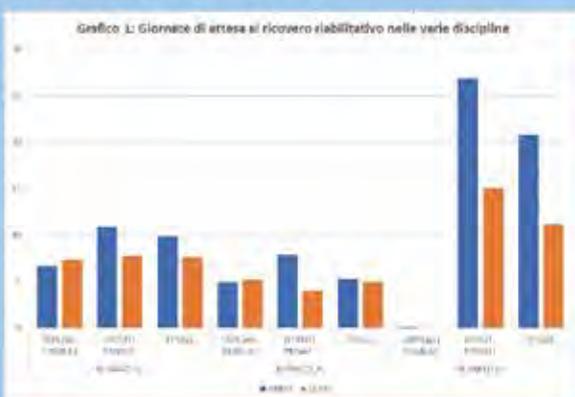
tramite un confronto tra periodo precedente l'introduzione della procedura (01.02.2016–31.01.2017) e periodo successivo (01.02.2017–31.01.2018).

Nella P.A. di Bolzano i ricoveri riabilitativi vengono garantiti da 7 ospedali pubblici e 5 strutture private convenzionate.

Nel periodo successivo il numero di posti letto è aumentato del 3% e sono aumentati i ricoveri riabilitativi a favore dei residenti (+10% in codice 60, - 5% in codice 56). Esaminando i ricoveri riabilitativi per provenienza si riscontra un aumento dei ricoveri riabilitativi conseguenti ad un evento acuto (in codice 60 +5%).

Negli istituti privati si è ridotta la durata dei ricoveri riabilitativi, nonché il tempo di attesa per accedere al ricovero riabilitativo (vedi grafico 1).

Nel codice 56 si rileva una migliore correlazione clinica tra MDC acuto e MDC postacuto. Una scarsa correlazione si riscontra nel codice 60 nei ricoveri con MDC 1 e 8 (vedi grafico 2).



Grazie alla procedura aziendale è migliorata la gestione dei ricoveri riabilitativi garantendo un accesso più tempestivo ai pazienti reduci da un evento acuto con un reale fabbisogno e potenziale riabilitativo.

¹ SiVeAS: Sistema Nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria

² Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria: Metodologia per la definizione dei criteri parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, sintesi, febbraio 2013.

³ Vedi articolo 44 del DPCM del 12/01/2017.

⁴ Vedi articolo 45 del DPCM del 12/01/2017.



ANALISI SULL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI NELL'OSPEDALE "DON TONINO BELLO" DI MOLFETTA - ASL BARI

A. Mundo*, B. Ranieri**, R. Diperte***, R. Guerra****

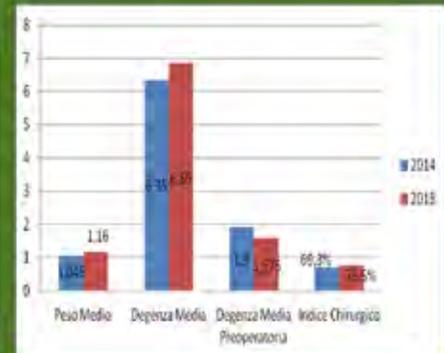
*Dirigente Responsabile Direzione Medica - P.O. Don Tonino Bello - Molfetta ASL BARI, **Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", ***CPS Infermiere Direzione Medica P.O. Don Tonino Bello - Molfetta ASL BA, ****Dirigente Medico Direzione Medica P.O. Don Tonino Bello - Molfetta ASL BARI

PAROLE CHIAVE: appropriatezza, ospedale, DRG

INTRODUZIONE

La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri è strumento necessario per la razionalizzazione delle risorse in considerazione dell'attuale attenzione rivolta alla riduzione della spesa sanitaria. Ciò comporta un attento monitoraggio delle attività assistenziali in Ospedale con l'impiego di strumenti di gestione sanitaria.

Il presente lavoro analizza gli indicatori tradizionalmente in uso per la misura di efficacia ed efficienza dei ricoveri ospedalieri, confrontando l'attività svolta nel 2014 e nel 2018 di 2 Unità Operative Chirurgiche, Urologia ed Ortopedia, rappresentative del Presidio Ospedaliero "Don Tonino Bello" di Molfetta - ASL BA.



Indicatori e DRG Inappropriati AREA CHIRURGICA Ortopedia - Urologia	TOT AREA CHIRURGICA	
	2014	2018
Peso Medio	1,045	1,16
Degenza Media	6,35	6,85
Degenza Media Preoperatoria	1,9	1,575
Indice Chirurgico	69,3%	76,5%
Ricoveri Ordinari	1337	1037
Day Service	59	526
TOTALE DRG INAPPROPRIATI	225	100

LEGENDA DRG

538. Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC.

254. Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba eccetto piede >17 anni senza CC.

729. Interventi su mano o polso eccetto interventi minori su articolazioni senza CC.

323. Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni

132. Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età >17 anni senza CC.

CONTENUTI

Sono stati utilizzati i dati estrapolati dal sistema di Reporting Direzionale elaborato dal Controllo di Gestione Aziendale, costituiti da dati di struttura, documentazione SDO e relativi DRG prodotti nelle UU.OO..

Gli indicatori tecnici utilizzati sono: n° ricoveri, peso medio, degenza media, degenza media preoperatoria e indice chirurgico. Sono stati poi messi a confronto n°5 DRG ad alto rischio di inappropriatezza negli anni 2014 e 2018.

Il confronto 2014 vs. 2018 ha evidenziato una riduzione dei ricoveri ordinari del 22%, con aumento del peso medio dei ricoveri. A tale diminuzione ha fatto seguito un aumento del numero dei Day Service chirurgici passato da 59 a 526. Si è rilevato un netto miglioramento dell'indice chirurgico. Evidente è stato il decremento dei ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza passati dal 17% del 2014 al 9% del 2018.

CONCLUSIONI

Gli indicatori tecnici confermano la tendenza nazionale e regionale verso la rimodulazione del tasso di ospedalizzazione con l'aumento dei dimessi in altro setting assistenziale.

I dati analizzati documentano che per alcune categorie di pazienti con patologie acute a basso rischio l'assistenza può essere erogata in maniera altrettanto efficace e sicura in setting meno costosi con un impatto positivo anche sulla soddisfazione dei pazienti.

Il costante lavoro di sensibilizzazione e formazione degli Operatori Sanitari da parte della Direzione Medica e il controllo costante effettuato ex-post sui ricoveri effettuati, hanno portato certamente a risultati positivi. Occorre continuare a lavorare in sinergia tra i professionisti, al fine di promuovere una sempre maggiore efficienza delle cure anche avviando studi finalizzati a monitorare efficacia e sicurezza delle strategie alternative al ricovero ospedaliero.

VERSO L'ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP IN AMBITO OSTETRICO GINECOLOGICO

Autori: ¹Robacchi G., ^{1,2}Guareschi G., ²Migliore E. A.

¹ Direttore Sanitario Presidio Sant'Anna

² Dirigente Medico Direzione Sanitaria Presidio Sant'Anna, Referente Medico, Servizio Rischio Infettivo

³ Coordinatore Infermieristico ISRI Servizio Rischio Infettivo Presidio Sant'Anna

Keywords
Antimicrobial Stewardship
Ostetricia



Introduzione:

Le antibiotico-resistenze rappresentano un problema attuale e futuro, in particolare per l'Italia in cui l'incidenza e i trend risultano ai massimi livelli tra i Paesi europei.

Scenario



Cause dell'antibiotico resistenza



Aumento delle RESISTENZE MDRO in causa:
ESKAPE:
Enterococcus faecalis
MRSA
Klebsiella pn.
Acinetobacter b.
Pseudomonas ae.
Enterobacter spp.

Abuso dell'automedicazione

Carenza di nuovi ANTIBIOTICI
Non sono disponibili nuove molecole efficaci

Obiettivo: migliorare l'appropriatezza della terapia antibiotica nelle pazienti ostetrico ginecologiche promuovendo l'uso consapevole di alcuni antibiotici ad elevato rischio di determinare resistenze microbiche.

Quali indicazioni abbiamo a disposizione?

Legge Gelli Bianco n° 24 dell' 8 Marzo 2017:
«Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie»

PNCAR 2017/2020 «Piano Nazionale di Contrasto all'ATB resistenza»

- Armonizzare le strategie per l'uso appropriato di antibiotici in ambito umano, integrandole con quelle di controllo delle infezioni correlate all'assistenza, a livello ospedaliero, residenziale e comunitario, tenendo conto delle indicazioni dell'ECDC e di altre linee guida nazionali/internazionali di riferimento
- Rendere specifici e sostenibili i programmi di antimicrobial stewardship nei diversi ambiti assistenziali.
- Migliorare le conoscenze e il livello di consapevolezza sull'uso appropriato di antibiotici in tutti gli ambiti assistenziali e per tutte le figure assistenziali

Risultati

Rete di collaboratori per il rischio infettivo

Obiettivo progetto: sviluppare una rete di referenti infermieristici, ostetrici e medici per promuovere l'adozione di strumenti comuni e comportamenti evidence based su tematiche inerenti la prevenzione delle ICA.



Manuale di terapia antibiotica empirica in ambito ostetrico ginecologico

Obiettivo progetto: Migliorare l'appropriatezza della terapia antibiotica empirica nelle pazienti ostetrico ginecologiche anche sulla base dell'epidemiologia locale delle resistenze



PDTA sepsi anche in ostetricia

Obiettivo progetto: individuazione precoce e trattamento della Sepsis ostetrica

Nella maggior parte dei pazienti che decedono per un'infezione la causa di decesso è costituita dalla sepsi. La sepsi in gravidanza o puerperio, rispetto alla sepsi non ostetrica, è caratterizzata spesso da un sito di infezione non immediatamente evidente e da un decorso rapidamente fatale. Da studi recenti si rileva che la sepsi in ostetricia ha una mortalità che va dal 1,8 al 17,6% ed aumenta al 28-33% in caso di shock settico. Nello scenario nazionale, la sepsi risulta la quarta causa di morte materna diretta (entro 42 giorni dall'esito della gravidanza), dopo l'emorragia ostetrica, i disturbi ipertensivi della gravidanza e la trombosi.



Conclusioni

La rete dei referenti è stata costituita ed è stato avviato un percorso formativo ad hoc. Alcuni dei componenti hanno contribuito alla realizzazione del manuale di terapia antibiotica empirica e del PDTA sepsi in ostetricia. I referenti detti CRI (Collaboratori del Rischio Infettivo) sono coinvolti nel programma di attività del CIO di Presidio.

Il manuale di terapia antibiotica empirica è stato presentato con incontri formativi specifici tramite i CRI alle varie U.O. coinvolte, e reso disponibile in formato cartaceo tascabile e informatizzato scaricabile dal sito intranet. E' possibile la consultazione tramite smartphone. L'efficacia della metodica implementata sarà quindi valutata da un team realizzato ad hoc che valuterà l'appropriatezza prescrittiva e fornirà l'opportuna consulenza ai clinici coinvolti nel percorso di cura in un'ottica di continuo miglioramento dell'outcome clinico.

Patient Blood Management (PBM) : l'esperienza dell'AOUI di Verona ed il ruolo della Direzione Sanitaria

Ramaroli D.A.¹, Capasso M.¹, Cametti E.¹, Tardivo S.², Gandini G.³, Bovo C.⁴

¹ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina preventiva – Università di Verona

² Professore Associato – Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Verona

³ Direttore Medicina Trasfusionale – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

⁴ Direttore Sanitario – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Parole chiave: Patient Blood Management, Direzione Sanitaria.

Introduzione

Il Centro Nazionale Sangue (CNS) promuove dal 2012, in linea con la Risoluzione WHA 63.12 del 21/5/10 dell'OMS, il Patient Blood Management (PBM), una strategia diretta a predisporre "metodi e strumenti innovativi e più efficaci per garantire l'appropriatezza della gestione, organizzativa e clinica, della risorsa sangue".

Il programma di PBM si basa sull'ottimizzazione della risorsa sangue del paziente, proponendosi il conseguimento di due diversi obiettivi: il miglioramento degli outcome clinici e la riduzione dei costi.

Contenuto

La Direzione Sanitaria dell'AOUI di Verona, attenta ad una appropriata gestione della risorsa sangue, ha attivato dal 1996 il Comitato per il Buon Uso del Sangue (CoBUS). In collaborazione con l' UOC di Medicina Trasfusionale ha promosso dal 2014 una valutazione sull'utilizzo degli emocomponenti in chirurgia ortopedica maggiore conclusasi con l'elaborazione del protocollo aziendale emesso e applicato a fine 2015. A distanza di 24 mesi si è ottenuto: piena appropriatezza del predeposito; eliminazione di richiesta di concentrati eritrocitari come scorta; riduzione di trasfusione eritrocitaria peri-operatoria.

Ortopedie e Traumatologie	2015 (2015 vs 2014)	2016 (2016 vs 2015)	2017 (2017 vs 2016)	2017 vs 2015 (%)
Eritrociti	- 6,4 %	- 6,7%	- 13%	- 18,9%

Nel corso del 2017 sono stati adottati due protocolli di PBM per le attività di chirurgia generale non oncologica ed all'inizio del 2019 è iniziato un progetto per il PBM in chirurgia generale oncologica, approvato dal Ministero della Salute nell'ambito dei programmi di ricerca finalizzata.

Su indicazione del CoBUS, le UOC di Medicina Trasfusionale e di Farmacia hanno svolto incontri con i reparti a maggior utilizzo di plasma e nel corso del 2016 ne è iniziato un calo significativo dei consumi.

	2017 (2017 vs 2016)	2018 (2017 vs 2018)	2018 vs 2016 (%)
Plasma	- 18,1 %	- 10,9%	- 27,1%

Sono state inoltre intraprese azioni sull'appropriatezza d'uso in merito al consumo di albumina ed i dati a fine 2018 ne indicano una importante riduzione (- 17 %) rispetto al 2017. Nel 2018 si è lavorato alla costruzione di un modulo di richiesta informatizzato per l'albumina, contenente alcuni algoritmi decisionali, indicazioni e dosaggi.

Conclusioni

La pratica del PBM prevede la creazione di un comitato interno dedicato, composto da diversi specialisti, rivolto alla realizzazione di un programma PBM con protocolli operativi, al controllo del rispetto di tali protocolli e alla periodica analisi e valutazione dei risultati ottenuti con lo scopo di approntare le giuste correzioni e provvedere alla loro divulgazione. La Direzione Sanitaria dell'AOUI di Verona si è impegnata in questo senso raggiungendo nell'arco di tre anni importanti risultati. Trattasi dell'intensificazione del buon uso del sangue che richiede costanza sia nella promozione che nel monitoraggio.

45° Congresso Nazionale ANMDO – Il futuro degli ospedali: analisi, integrazione, azioni
Torino, 3-4-5 giugno 2019

PRESA IN CARICO RIABILITATIVA PREOPERATORIA DEL PAZIENTE CANDIDATO AD INTERVENTO DI PTA E PTG, AUSL PC

V.Trabacchi¹, F.Fichera², P. Maniscalco³, C.Colonna⁴, G.Podrazzin⁵¹Dirigente Medico, Direzione Medica UO Presidio Unico Ospedaliero AUSL Piacenza²Dirigente Medico, UO Medicina Riabilitativa estensiva AUSL Piacenza³Direttore Medico UO Ortopedia e Traumatologia AUSL Piacenza⁴RAD Dipartimento Emergenza Urgenza AUSL Piacenza⁵Direttore Sanitario Aziendale AUSL PiacenzaSERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

PAROLE CHIAVE: PTA-PTG, Prericovero, degenza post-chirurgica

INTRODUZIONE

La Riabilitazione del paziente candidato ad intervento chirurgico di protesi anca (PTA) o ginocchio (PTG) ha molteplici importanti finalità, non solo dopo l'intervento stesso, ma anche nella fase precedente.

L'obiettivo primario del Progetto realizzato presso il Presidio Ospedaliero di Piacenza è la precoce presa in carico riabilitativa verso il miglioramento della preparazione pre-operatoria del pz. dal punto di vista informativo e motorio, l'individuazione del setting riabilitativo post acuzie più opportuno, al fine di rispondere ai criteri di appropriatezza, di riduzione dei giorni di degenza post-chirurgica in reparto per acuti e di riduzione complessiva dei costi.

CONTENUTI

Nella visita fisiatrica pre-operatoria si utilizzano scale validate per un'omogenea e accurata appropriatezza nella definizione del setting riabilitativo post-acuzie.

Nella visita si valutano: situazione socioambientale, SF12, CIRS, HHS (Harris Hip Score) o IKSS (International Knee Society rating system), SPMSQ.

Il fisiatra espleta la prima visita finalizzata alla presa in carico riabilitativa preoperatoria e compila la scheda clinica comprensiva delle scale valutative previste, con ipotesi di percorso riabilitativo post operatorio, confermato o meno nella seconda valutazione post-operatoria.

Il Case Manager Aziendale predispone in anticipo una mappa del fabbisogno di posti letto in degenza post acuzie riabilitativa pubblica o privata convenzionata, limitando le attese di trasferimento nelle stesse.

*Se durante la prima valutazione clinica alcuni pazienti presentano uno score

HHS I° item < 20; IV° item < 4

KSS I° item < 10; II° item < 20°; V° item > 10

viene predisposto un trattamento individuale pre-operatorio ambulatoriale a breve termine secondo indicazioni del fisiatra.

*Diversamento è prevista una seduta didattica "standard" presso la palestra fki dedicata a gruppi di pazienti e curata dai tecnici/fisioterapisti durante la quale viene distribuito un opuscolo informativo.

I Dati di attività 2017 e 2018 dimostrano un miglioramento della performance, in termini di appropriatezza e una graduale riduzione della Degenza media post-operatoria per le PTG e per le PTA, in particolare per quelle inviate al domicilio; con ancora margine di miglioramento per le protesi inviate in Struttura, da confronto con i dati medi della Regione Emilia Romagna.

PTG DEG. MEDIA POST-OPERATORIA

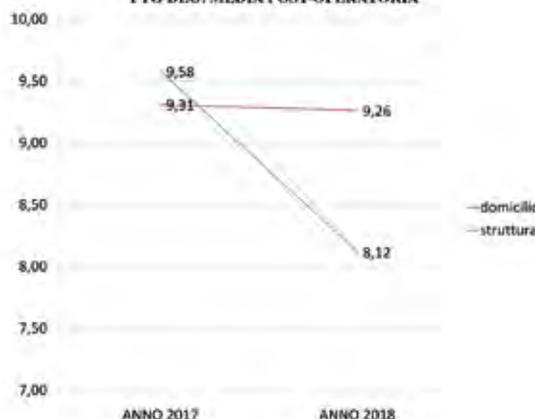


Figura 1. Degenza media Post-operatoria PTG confronto aa 2017-2018-PO PC

PTA DATI DEG. MEDIA POST-OPERATORIA

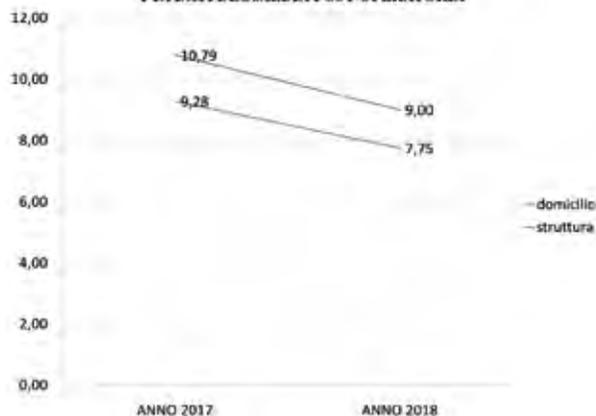


Figura 2. Degenza media Post-operatoria PTA confronto aa 2017-2018-PO PC

CONCLUSIONI

Dal punto di vista Qualitativo la didattica pre-operatoria ha dimostrato di rendere consapevoli i pazienti della procedura chirurgica, del controllo del dolore e dell'ansia, del percorso riabilitativo che li attende, con miglioramento della loro Compliance; l'approccio multidimensionale garantisce omogeneità di trattamento e continuità di cura.

PUBBLIREDAZIONALE

Logistica Sanitaria 4.0 e metodologie Kaizen nella gestione del magazzino centralizzato della regione Friuli Venezia Giulia

Razionalizzare l'uso delle risorse per **ridurre i costi, gli sprechi e migliorare la qualità del servizio** sono le attuali e future linee guida del sistema sanitario nazionale. Questi sono i principi cardine che hanno portato alla nascita delle cosiddette centralizzazioni di acquisto e gestione, complessi logistici per l'acquisto e la distribuzione di farmaci e materiale sanitario agli ospedali e strutture sanitarie del territorio del SSN che servono eterogenee strutture con bisogni diversi partendo da un magazzino centralizzato. Nella regione del Friuli Venezia Giulia è il caso dell'esperienza sviluppata da **A.R.C.S (Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, Ente del SSR)**. Un magazzino di 8.000 m² che serve **un bacino di utenza di circa 1,2 milioni di abitanti e circa 4.000 posti letto**. Il Magazzino ARCS serve le strutture di tutto il SSR: 2 ospedali di rilievo nazionale ad alta specializzazione, 1 ospedale di rilievo regionale, 2 IRCCS, 9 ospedali di rete e diverse strutture territoriali per un totale di 200 punti di consegna e 2380 centri di costo. In questo magazzino vengono gestiti: farmaci, dispositivi medici, diagnostici di laboratorio e materiale economale. Peculiarità di questo magazzino è la complessa gestione dei differenti tipi beni con differenti tipologie di stoccaggio e movimentazione che hanno portato Coopservice ad investire in impianti altamente automatizzati di fast picking con 9 robot e put to light per gestire un elevato numero di items, e garantire la fornitura alle strutture in capo ad ARCS di **9.800 righe giorno nel rispetto delle diverse necessità delle diverse strutture**. Oltre agli importanti investimenti in automazione ad



inizio 2018 Coopservice ha sviluppato un **Modello di gestione per la Logistica Sanitaria** in ottica Lean, sposando la filosofia e i principi giapponesi del Kaizen per poter creare un modello di gestione unico nel panorama italiano, che standardizzasse e che connettesse le pratiche manageriali e gestionali di tutta la filiera logistica: dall'arrivo della merce all'interno del magazzino alla consegna direttamente in reparto. Partendo dalle best practice e dall'esperienza del magazzino ARCS, ha costruito un **"manuale" della gestione della logistica sanitaria**. Ad oggi **ARCS è il primo magazzino centralizzato di logistica sanitaria in Italia in cui è stata effettuata una sperimentazione appli-**

cata di questo tipo. Grazie allo studio dei modelli della lean organization e del Kaizen ed alla loro successiva applicazione è stato possibile **trasformare il magazzino ARCS in una eccellenza di efficienza della logistica sanitaria** che Coopservice si era prefissata in fase di avvio appalto nell'aprile 2016. Ad oggi il magazzino produce lavoro per 85 risorse impiegate a full time e posiziona il magazzino ARCS come una delle 600 medie-grandi imprese della Regione FVG per numero di addetti.

ARCS ha sostenuto fortemente gli interventi di innovazione tecnologica e organizzativa promossi dall'operatore logistico che hanno garantito all'Ente migliori performance in termini di efficienza (la maggiore produttività raggiunta ha consentito di rispondere più efficacemente ai picchi di domanda oltre che completare l'estensione del servizio di logistica centralizzata all'area triestina nel corso del 2018) e di qualità del picking (riduzione degli errori di prelievo e maggiore garanzia del dato di tracciabilità dei materiali per lotto e data di scadenza).

www.coopservice.it



PUBBLIREDAZIONALE**“Healthcare Management” per garantire gli standard di igiene**

Controllare visivamente i processi di pulizia e i controlli di qualità senza barriere linguistiche



Visionclean offre strumenti di controllo digitale per visualizzare e controllare i processi di pulizia dai capitolati alla valutazione della qualità. Con descrizioni del lavoro comprensibili senza barriere linguistiche, le persone responsabili della pulizia possono valutare ciò che è stato descritto. La conferma di buone prestazioni o la necessità di intervento viene prontamente comunicata agli addetti alle pulizie. Così i processi di miglioramento sono integrati direttamente nel regolare funzionamento e la qualità viene garantita.

UNA NUOVA CULTURA DEL CONTROLLO DI QUALITÀ

Visionclean Control viene utilizzato per controllare i risultati e la qualità delle pulizie di tutte le componenti dell'appalto attraverso dei tablet. Dalle varie tipologie di stanze fino alle condizioni dei posti di lavoro e del materiale, come ad esempio l'abbi-

gliamento, le condizioni dei carelli o delle macchine utilizzate. Tutti i punti di prova definiti nell'appalto vengono visualizzati in modo da non essere dimenticati dall'esaminatore. A livello di gestione e supervisione, le valutazioni ottenute vengono salvate e visualizzate con colore giallo o rosso a seconda del livello di qualità non raggiunto. A prima vista, è possibile identificare le vulnerabilità esistenti e avviare misure di miglioramento. Nel processo viene generato un elenco di ripresentazione, che memorizza tutte le valutazioni fino al completamento. Le immagini di prova possono essere integrate con testo di valutazione, rapporto di riparazione e foto, salvate in formato PDF, inviate o stampate. Per il controllo del follow-up e della formazione, gli addetti possono essere dotati di moduli di autovalutazione per controllarsi e per correggersi durante il lavoro. L'esperienza ha dimostrato che l'autoispezione degli addetti consente miglioramenti quan-

titativi e qualitativi e, a medio termine, sono necessari meno controlli esterni. Visionclean Control viene anche utilizzato come strumento di verifica e audit per verificare la qualità del processo.

ESPLORARE NUOVE STRADE: LIBRO GUIDA E L'E-LEARNING

Lo sviluppo di Visionclean si basa sul fatto che esistono solo due fonti di errore quando si eseguono attività di pulizia: 1. Non fatto, 2. Non corretto. Ecco perché Visionclean si concentra sul piano operativo della pulizia, con gli addetti alle pulizie ed il management per migliorare la pulizia. Migliore è la comprensione dei compiti, migliori sono i risultati. Pertanto, Visionclean ha sviluppato un programma di formazione e-learning per l'apprendimento digitale per garantire il trasferimento del know how. Fondamenti come la sicurezza sul lavoro, le prime istruzioni, l'igiene nei locali sanitari, vengono mostrati visivamente e digitalmente ed alla fine verificati nel test di auto-diagnostica. Al superamento dell'esame verrà rilasciato un certificato. Per prepararsi all'esame, c'è anche un "Manuale per i pulitori" in cui tutti gli argomenti rilevanti vengono insegnati visivamente con meno testo possibile per evitare barriere linguistiche. Un team di esperti supporta gli utenti di Visionclean nell'implementazione e nello sviluppo del personale e svolge audit e analisi degli oggetti.



Foto 1
Visionclean capitolato, formazione e controllo qualità

Visionclean

Papiererstr. 22 - D-84034 Landshut
info@visionclean.de
www.visionclean.de

PUBBLIREDAZIONALE

Ospedali ad “alta disinfezione” certificata

Sette anni di sperimentazione, un sistema brevettato in 78 paesi del mondo. E siamo solo all’inizio, perché la soluzione messa a punto da Work in progress Bio-medical, una start-up con sede alle porte di Milano, ha già una lunga lista di clienti di prestigio in ambito sanitario e prospettive di sviluppo davvero interessanti. Perché in ambito ospedaliero con l’igiene proprio non si può scherzare.

UN VALIDO SUPPORTO NELLA LOTTA ALLE ICA

“Il problema delle Ica – Infezioni correlate all’assistenza è molto sentito, e gli ospedali si trovano ad affrontarlo tutti i giorni, con conseguenze anche drammatiche. In quest’ottica il sistema Microdefender garantisce risultati di alta disinfezione, con abbattimento della carica batterica nei blocchi operatori” spiega **Aldo Colombo**, direttore commerciale dell’azienda. Ciò è possibile grazie all’impiego di DS, un atomizzatore intelligente registrato come dispositivo medico, impiegato per la micronizzazione di prodotti chimici decontaminanti in ambienti confinati. Le dimensioni delle particelle micronizzate di perossido di idrogeno, inferiori ai cinque micron, consentono la

distribuzione omogenea del prodotto all’interno dell’ambiente e sulle superfici, senza creare deposito né generare umidità. Ma fin qui non abbiamo inventato niente”, ammette Colombo. Il vero plus, infatti, arriva a questo punto.

I VANTAGGI IN OSPEDALE

“Il sistema, infatti, garantisce una certificazione con valore legale delle attività eseguite, disponendo di un modello di tracciabilità certificata. In buona sostanza il certificato sulle attività svolte è univocamente assegnato all’ambiente in cui è stato eseguito il trattamento, senza altre possibilità. Ciò è fondamentale perché permette di dimostrare, anche a fini legali, l’avvenuta effettuazione del lavoro.

CALIBRAZIONE AUTOMATIZZATA

La calibrazione automatica di funzionamento avviene tramite l’interazione con il sistema di identificazione univoca ambientale, che determina la quantità di prodotto da erogare ed il tempo di funzionamento del dispositivo stesso. DS è in grado di registrare la cronologia delle attività eseguite e di trasferirle attraverso sistemi di comunicazione univoca, alla piattaforma network Microdefender per la loro elaborazione. E così la trasmissione senza possibilità di errore di tutte le informazioni relative al funzionamento del dispositivo DS, su un database dedicato, garantisce la massima tracciabilità delle attività eseguite e la loro corretta archiviazione.

AZZERATE LE POSSIBILITÀ DI ERRORE

Il dispositivo, inoltre, è a “prova di distrazione” e annulla le possibilità di errore, sia in fase di avviamento del sistema che in fase di utilizzo. L’avvio del ciclo di funzionamento, infatti, av-



MicroDefender
Confined Environment Protection
 from Pathogenic Microorganisms.

viene solo a seguito dell’acquisizione delle informazioni relative all’identificazione del prodotto da erogare e dell’ambiente da trattare. Tali informazioni vengono memorizzate “temporaneamente” nel dispositivo DS e successivamente trasferite al network per l’elaborazione del certificato di avvenuto trattamento includendo la tracciabilità e la verifica del corretto svolgimento delle attività.

CONSULTABILE IN OGNI MOMENTO

Insomma, i vantaggi sono tangibili: dal controllo in real time alla calendarizzazione delle attività, dall’archiviazione e consultazione dei trattamenti alla stampa del certificato di avvenuto trattamento: il sistema, un operativo “on line”, è consultabile h24 tramite accesso personalizzato. Il trasferimento delle informazioni cronologiche sulle attività eseguite è elaborato in forma statistica rendendo disponibile la visualizzazione delle proiezioni evolutive riferite ai benefici e al valore aggiunto ottenuto nelle varie fasi della funzionalità operativa.

STRATEGIA DI PREVENZIONE DOCUMENTATA

Tale profilo operativo è reso disponibile attraverso l’elaborazione di report e grafici che garantiscono il coinvolgimento degli operatori. Il raggiungimento degli standard qualitativi aziendali e la costante formazione del personale, attuata tramite “reminders” visivi integrati, supporteranno i responsabili aziendali nel documentare l’attuazione della strategia di prevenzione e sicurezza dell’azienda sanitaria.

www.wpbiomed.it



Sistema di Sanificazione PCHS: cresce l'interesse e le pubblicazioni scientifiche richiamano l'attenzione anche della Bill & Melinda Gates Foundation

Dopo le recenti pubblicazioni scientifiche su PLOSEone e su Infection and Drug Resistance, relative alla ricerca multicentrica SAN ICA, l'interesse attorno agli straordinari risultati conseguiti con il Sistema PCHS nel contrasto all'antibiotico-resistenza e alle ICA, si è intensificato sia sul piano nazionale che internazionale. Oltre alle Autorità sanitarie italiane, della UE ed ai Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie-Ospedaliere, hanno assunto un significato particolare gli incontri a Ferrara nel marzo scorso dei ricercatori della Bill & Melinda Gates Foundation con la COPMA e con il CIAS dell'Università. La Fondazione di Bill Gates, meritoria per le attività nel campo sanitario, è interessata alle innovazioni che, coerentemente con i propri scopi, possono contribuire a migliorare le condizioni di salute dei piccoli pazienti nei paesi poveri. D'altronde anche i recenti allarmi dell'OMS e della Corte dei Conti dell'UE rendono indifferibili le azioni concrete per ridurre i rischi di quella che viene definita la nuova "pandemia" da 700.000 morti l'anno! Tra le cause è stato dimostrato anche l'incidenza dell'igiene degli ambienti: le pubblicazioni scientifiche hanno dimostrato che con il Sistema PCHS di COPMA si possono ridurre le ICA del 52%, abbattere i principali geni di resistenza agli antibiotici del 70-99,9%, ridurre il consumo degli antibiotici del 60% e dei relativi costi del 75%. Numeri di assoluta rilevanza che dimostrano come sia possibile contribuire ad aggredire da subito fenomeni classificati come "crisi globale".

www.copma.it



SUPER S.HO.W.: la Sicurezza prima di tutto

IN.CAS. S.r.l., dopo il grande successo di S.HO.W., presenta la seconda generazione dell'aspiratore a circuito chiuso per grandi volumi di liquidi biologici: SUPER S.HO.W. pensato specificamente per: Sale operatorie di Urologia, Ortopedia e per tutte le Terapie Intensive SUPER S.HO.W. è protetto in tutte le sue parti esposte con un innovativa pellicola antibatterica in PVC agli ioni d'argento per la riduzione delle cross-contamination che riduce il livello di contaminazione batterica del 99,9%. SUPER S.HO.W. porta i seguenti benefici alla struttura sanitaria:

- 1) riduzione delle cross-contamination, con l'abbattimento della carica batterica sulla superficie esterna
- 2) maggiore sicurezza per gli operatori, con il sistema a circuito chiuso
- 3) riduzione dei costi per le strutture sanitarie, con la riduzione dei rifiuti speciali
- 4) migliore qualità del lavoro per il personale, con l'eliminazione delle manovre a rischio e il sollevamento dei carichi
- 5) ottimizzazione gestione delle risorse umane, con il tempo risparmiato durante le procedure.

www.incas-show.com



Un partner unico, molti servizi.

Leader nel settore dei servizi integrati per le strutture sanitarie pubbliche e private.

Servizi Italia è punto di riferimento delle più importanti realtà sanitarie italiane. Un partner in grado di garantire i più affidabili modelli gestionali e le più avanzate tecnologie per il lavano e per i servizi ad alta specializzazione di sterilizzazione della biancheria e dello strumentario chirurgico. Un modello di business basato sulla capacità di rispondere in una logica di outsourcing a ogni esigenza del cliente. L'impegno di una grande azienda verso un obiettivo importante: **contribuire a costruire una sanità migliore, al servizio di medici e pazienti.**

Il Gruppo

oltre 3.600 addetti

presente in 7 paesi

oltre 56 impianti produttivi

Servizi Italia S.p.A.
Via S. Pietro 59/B
43019 Castellina di Soragna (PR)
sede@si-servizitalia.com
www.si-servizitalia.com





Gusto e nutrizione a bassa temperatura I vantaggi della cottura sottovuoto a confronto con processi di cottura tradizionale e cook&chill

Spesso l'ospedale non è percepito come un luogo dove si mangia sano e con gusto. Per offrire dei pasti di qualità superiore, le aziende di ristorazione possono puntare su tecniche innovative per migliorare il servizio. Una di queste è la cottura a bassa temperatura degli alimenti sottovuoto, che permette di realizzare piatti nutrienti e di elevata qualità sensoriale.

Ma quali sono i vantaggi percepiti da chi consuma le pietanze cotte in sottovuoto rispetto ad altri metodi di preparazione? Martedì 4 giugno al Congresso ANMDO di Torino, Markas presenterà i risultati dell'analisi scientifica dal titolo "Processi di cottura tradizionale, cook&chill e sottovuoto a confronto mediante tecniche di consumer science".

Lo studio, realizzato in collaborazione con la Stazione Sperimentale per l'Industria delle Conserve Alimentari (SSI-



CA), si è posto l'obiettivo di mettere a confronto, dal punto di vista sensoriale e nutrizionale, diverse categorie di prodotti preparati mediante la tecnologia di cottura sottovuoto con prodotti analoghi cotti mediante metodi tradizionali e in modalità cook&chill.

La prima fase dello studio ha previsto confronti triangolari fra le tipologie di prodotto condotti da un team di panelisti esperti, volti a verificare se gli assaggiatori percepissero delle differenze statisticamente significative tra le tipologie di prodotto. Contestualmente è stata eseguita un'analisi nutrizionale

comparativa per validare il processo di cottura sottovuoto anche dal punto di vista nutrizionale, studiando in particolare le vitamine del gruppo B presenti nelle carni, l'acido folico e il betacarotene contenuti nelle verdure.

I risultati ottenuti hanno confermato come la modalità sottovuoto presenti vantaggi oggettivi per il consumatore, poiché la cottura a basse temperature garantita dal sottovuoto permette di esaltare le caratteristiche organolettiche dei piatti mantenendo pressoché inalterate le proprietà nutrizionali.

www.markas.com



Sistema Mani

Sistema completo di lavaggio e antisepsi delle mani per il personale sanitario*

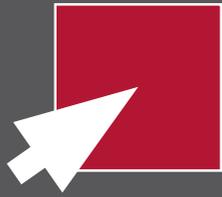


È un prodotto ecologico (Nordic Swan Eco)



* per il personale che opera in sala operatoria

VISITA IL SITO



www.anmndo.org

ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

ASSOCIAZIONE | COME SCEVERSI | INFORMAZIONI SCIENTIFICHE | PUBBLICAZIONI | CONTATTI

IN EVIDENZA

LINEA GUIDA SULLA VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI SANIFICAZIONE AMBIENTALE NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE E TERRITORIALI PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

Tema Linea Guida
24 settembre 2019

COMUNICAZIONI

- Certificato Bureau Veritas Italia
20 Maggio 2019
- Convocazione Assemblea Nazionale Soci - Torneo 4 giugno
17 Maggio 2019
- Pubblicazione Comunicazioni e Poster del 44° Congresso Nazionale ANMDO
14 Maggio 2019

45° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

Programma Congressi e Seminari ANMDO approntati al 1-14-19

TECNICA

LINEE GUIDA

- Linea di Indirizzo e Controllo per la Qualità del Servizio di Riabilitazione in Sanità
- PROGETTO DOMINO - Ottimizzazione ed efficientamento del personale di cura nel paziente Diabetico con comorbilità (Co-UP)
- Linea guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)
- Progetto di Linea Guida "Nazione in ospedale" - Modello clinico, integrazione e partecipazione della nutrizione clinica nei percorsi di cura

L'OSPEDALE

L'OSPEZIALE

Numero 1/2019
Periodico Trimestrale dell'ANMDO

VAI ALL'ABBONAMENTO

ANMDO CARE
"L'angolo dell'ANMDO"

- Un bilancio dell'attività dell'Associazione e le prospettive future
- Vivere e votare online i servizi di voti e di oggi
- Motivazioni di produzione: Principi di una guida nazionale e organizzativa
- Fare la cosa giusta per garantire la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale

ANMDO NEWS

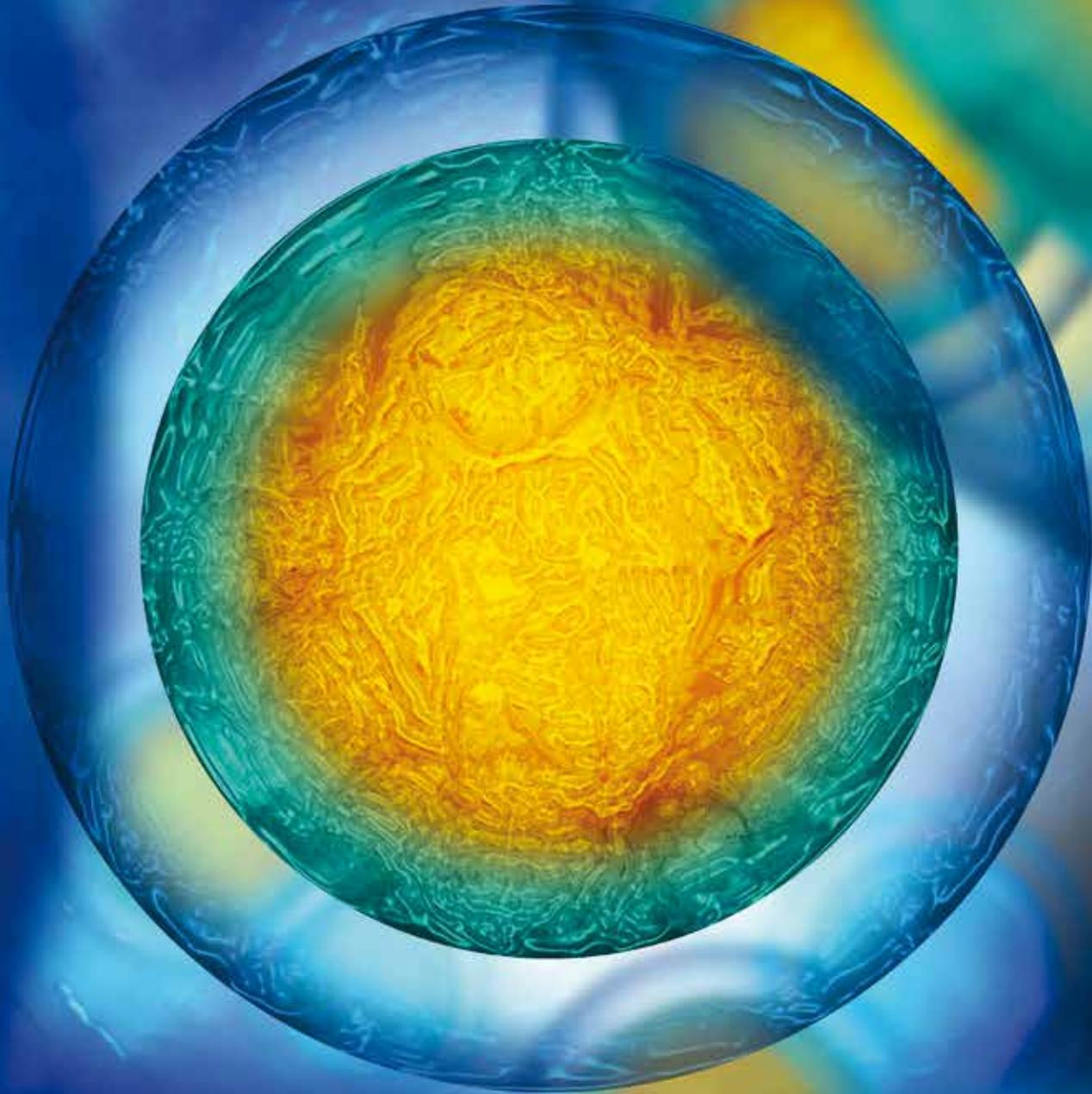
LINK UTILI

il sito di riferimento
per i medici delle
direzioni ospedaliere





L'IGIENE CHE RIDUCE LE INFEZIONI



CI PRENDIAMO CURA DELL'IGIENE E DELLA PREVENZIONE



Copma Srl
Via Veneziani 32
44124 Ferrara (Italy)
www.copma.it

Atena-Alfa Srl
Via Veneziani 40/42
44124 Ferrara (Italy)
www.atena-alfa.it

