Rivista Mensile ANNO XXII

n. 9

Ottobre 2015

MONDO SANITARIO

Analisi - Commenti - Ricerche - Esperienze - Documenti - Leggi - Sentenze

IN QUESTO NUMERO:

Nella Riforma del Titolo V un argine alla deriva regionale del Sistema sanitario nazionale

Gli Indicatori di qualità del centro di riabilitazione territoriale accreditato

Il percorso attuativo della certificabilità dei bilanci degli enti del SSN: il caso della Regione Lazio

Il lungo e difficile processo per l'istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico



SOMMARIO

Analisi e Commenti

1 Nella Riforma del Titolo V un argine alla deriva regionale del Sistema sanitario nazionale *M. Greco*

Studi e Ricerche

- 3 Gli Indicatori di qualità del centro di riabilitazione territoriale accreditato A. Ferrazza
- 16 Il percorso attuativo della certificabilità dei bilanci degli enti del SSN: il caso della Regione Lazio M.T. Napolitano

Servizio Sanitario

- 22 Il lungo e difficile processo per l'istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico F.R. Greco
- 23 I rilievi del Governo nazionale sul nuovo Sistema sanitario lombardo (F.R.G.)

Giurisprudenza

24 Rassegna di Giurisprudenza (a cura di M. Greco)

Mondo Sanitario

rivista mensile

Fondatore Mario Greco

Direttore responsabileNicola Nante

Comitato Scientifico

Pietro Crovari, Roberto Cursano, Mario Gabbrielli, Federico Lega, Cosimo Maiorino, Fabrizio Mastrilli, Isabella Mastrobuono, Gabriele Messina, Marino Nonis, Franco Perraro, Luca Riciputi, Paola Serafini

Comitato di Redazione

Francesca Romana Baratta, Maria Veronica Diana, Stefania De Simone, Anna Maria Gentile, Francesca Nisticò, Cecilia Quercioli, Carmela Russo, Francesco Vencia Tribunale di Roma, n. 59 del 18 febbraio 1994 (1a registrazione) Tribunale di Roma, n. 142 del 25 giugno 2013 (2a registrazione) Iscritto al Registro Nazionale della Stampa al n. 5441

Finito di stampare nel mese di Novembre 2015

Direzione e Redazione: FRG Editore

Viale Gorgia di Leontini, 30 - 00124 Roma - Tel. 06.50912071 Fax 06.50932756 - www.frgeditore.it - e-mail: info@frgeditore.it

Elaborazione grafica e stampa: GILEGRAF Srl - Circ.ne Gianicolense, 283 - 00152 Roma Tel. e Fax 06.53273535 - e-mail: gilegraf@tiscali.it

Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Roma

Distribuzione: Vendita esclusiva per abbonamento

Nella Riforma del Titolo V un argine alla deriva regionale del Sistema sanitario nazionale

MARIO GRECO

La riforma del Titolo V della Parte II della Costituzione, adottata nel 2001 con la Legge cost. n. 3, ha dato origine, nel settore della tutela della salute dei cittadini, a forme di progressiva diversificazione del Servizio sanitario nazionale a livello regionale, nonché all'esplosione della spesa sanitaria, accompagnata in molte Regioni da enormi deficit che hanno comportato aumenti di tasse locali e di ticket, oltre alla contrazione delle prestazioni e al peggioramento dei servizi.

È opinione ormai diffusa che la Sanità italiana è oggi caratterizzata dalla frammentazione in 21 sistemi sanitari regionali, ognuno con un proprio modello organizzativo e funzionale, all'interno del quale le differenze tra le modalità erogative degli interventi assistenziali vanno ben oltre l'obiettivo - astrattamente perseguito da quella riforma di favorire l'adattamento, in sede regionale, della politica sanitaria alle differenti condizioni epidemiologiche, demografiche, socio-economiche esistenti nei singoli territori.

Nella realtà, la frammentazione che si è determinata finora ha già intaccato i principi di universalità, eguaglianza di trattamento e gratuità (sia pure nei limiti consentiti dalle risorse disponibili) che ispirarono la grande riforma del 1978, mettendo a rischio la stessa possibilità di raggiungere gli obiettivi fissati dalla legge istitutiva del SSN.

Per troppo tempo sono rimaste inascoltate le preoccupazioni, espresse da molti autorevoli osservatori, circa le conseguenze derivanti dall'incertezza normativa determinatasi nel rapporto tra Stato e Regioni, causa, a sua volta della crescita incontrollata delle diseguaglianze di trattamento fra i cittadini, fino alle inadempienze di alcun regioni nell'applicazione dei livelli essenziali di assistenza.

Il disegno di legge di riforma della Parte seconda della Costituzione - presentato dal Governo in carica nella presente Legislatura - lascia ora sperare nella possibilità di arginare e, forse, di porre fine a questa deriva localistica, grazie alle modifiche introdotte dall'art. 31 del progetto al riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni stabilito dall'attuale art. 117 Cost., con il quale viene eliminata in primo luogo la legislazione concorrente tra i due livelli istituzionali, fonte della confusione normativa alla quale soltanto uno straordinario impegno del Giudice delle Leggi è riuscito in qualche misura a porre rimedio.

Nel nuovo testo della norma costituzionale, infatti, sono attribuite al Parlamento la legislazione *esclusiva* su molte delle materie finora oggetto di quella concorrente: il lungo elenco degli ambiti restituiti al potere centrale comprende, tra l'altro, alla lettera *m*), la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili

e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale»; nonché le «disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare»; e alla lettera *t)* l'«ordinamento delle professioni e della comunicazione»

Il terzo comma del nuovo art. 117 attribuisce bensì alla regione la competenza legislativa in materia di «programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali», restando implicitamente ferma, però, l'osservanza delle disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare dettate dal Legislatore statale.

In queste materie, in altri termini, la competenza legislativa regionale non sarà più esercitata nel rispetto dei principi fondamentali dell'ordinamento - cui genericamente si riferiva il vecchio art. 117, riservandone la determinazione alla legislazione dello Stato - i quali, nella realtà, risultavano spesso incerti e difficili da definire, dovendo l'interprete desumerli magari da farraginosi contesti normativi: in futuro, il Legislatore regionale sarà invece vincolato all'osservanza di precise e tassative disposizioni della legge nazionale, di portata generale e comune.

Ciò comporta, evidentemente, la garanzia che almeno le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza dovranno essere assicurate dalla programmazione regionale in termini di assoluta uniformità e uguaglianza su tutto il territorio nazionale, indipendentemente dalle possibili varianti organizzative delle strutture del servizio sanitario in ambito regionale.

Inoltre, con il comma successivo viene introdotta una norma che conferisce allo Stato una sorta di supremazia sulla legislazione regionale, ossia il potere di intervenire, con apposita legge del Parlamento nazionale, «su proposta del Governo, in materie non riservate alla legislazione esclusiva (vale a dire, spettanti di norma alla regione) quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica ovvero la tutela dell'interesse nazionale».

Lo Stato, in questo modo, è investito di un potere equivalente, di fatto, al potere di intervento sostitutivo da più parti invocato, in quanto sembra ragionevole ritenere che l'intervento possa aver luogo non solo nel caso in cui la legge regionale contenga norme che non tutelano o violano l'unità giuridica o economica della Repubblica o l'interesse nazionale, ma anche qualora la regione ometta di legiferare per assicurare tale tutela. Non si comprende, peraltro, la ragione per cui il potere di proposta sia attribuito soltanto al Governo e non anche ai membri della Camera come di norma, nonché a quelli del nuovo Senato, tenuto conto delle specifiche competenze che la riforma attribuisce al medesimo in tema di rapporti Stato-Regioni.

Analisi e Commenti

È da notare, comunque, che il nuovo art. 117, ricalando il testo precedente, continua a prevedere in capo allo Stato la facoltà di esercitare il *potere sostitutivo*, laddove, al quinto comma, nel disciplinare la partecipazione delle regioni e province autonome, nelle materie di loro competenza, a talune decisioni concernenti gli atti normativi dell'Unione europea e gli accordi internazionali, dispone che essa avvenga «nel rispetto delle norme di procedura stabilite con legge dello Stato, che disciplina le modalità di esercizio del potere sostitutivo in caso di inadempienza».

Con riferimento alla lotta agli sprechi, che continuano a verificarsi nei servizi sanitari di molte zone d'Italia, particolare importanza riveste anche il disposto del terzo comma del nuovo art. 119 Cost., con il quale, per la prima volta, viene sancito a livello costituzionale il principio dell'applicazione dei *costi standard* nello svolgimento delle funzioni pubbliche dei Comuni, Città metropolitane e Regioni. La norma citata, nel prevedere che le risorse economiche derivanti dalle fonti indicate dallo stesso articolo «assicurano il finanziamento integrale» di dette funzioni, stabilisce che «con legge dello Stato sono definiti indicato-

ri di riferimento *di costo e di fabbisogno* che promuovono condizioni di efficienza nell'esercizio delle medesime funzioni»

È da considerare, da ultimo, come tra le materie indicate nel terzo comma dell'art. 117, nelle quali le regioni avranno competenza legislativa propria, non vi sia alcun cenno alle "professioni", oggetto finora di legislazione concorrente. Tale materia diviene, quindi, appannaggio esclusivo della legge dello Stato: aspetto, questo, di importanza non secondaria, considerati i tentativi di qualche regione - sventati, invero, dalla giurisprudenza - di adottare misure in grado di intaccare le prerogative di professionisti sanitari abilitati e iscritti in albi.

Può dirsi, in conclusione, che le modifiche al Titolo V, restituendo alcuni poteri allo Stato, responsabilizza maggiormente gli Organi del potere centrale, ponendo le premesse per poter intervenire efficacemente con misure correttive dei fenomeni di cattiva gestione o di malgoverno regionale, specie nei casi in cui non siano garantite alla popolazione locale l'attuazione dei LEA e una sostanziale uniformità di trattamento nella tutela della salute.

VACCINAZIONI. OCCORRE RIPRISTINARE UN SISTEMA VACCINALE UNICO

Con una recente interrogazione parlamentare (n. 3-02142), a firma della Senatrice Mara Valdinosi e altri (PD) è stato chiesto al Ministro della Salute di fare il punto sulla politica vaccinale nazionale, in relazione alla situazione di confusione e di pericolo per la salute pubblica che va determinandosi in presenza di una preoccupante decrescita della somministrazione dei vaccini.

Gli interroganti segnalano, come cause principali del fenomeno, due criticità: da una parte la disinformazione (diffusa in particolare dai social network), che alimenta nei genitori immotivate preoccupazioni su presunti rischi ed effetti collaterali; dall'altra la riforma del Titolo V della parte II della Costituzione, che avendo attribuito alle Regioni "la responsabilità, quasi esclusiva, dell'organizzazione e gestione del servizio sanitario", avrebbe determinato la frammentazione del SSN in un "mosaico estremamente variegato", cosicché anche per le vaccinazioni l'offerta sanitaria è "a macchia di leopardo a fronte di rischi infettivi sostanzialmente omogenei", con "politiche vaccinali caratterizzate da una forte eterogeneità territoriale evidentemente ingiustificata", fino al punto che in alcune regioni i vaccini sono a carico dell'utente anziché del SSN.

Si chiede quindi di sapere se il Ministro intenda attuare un monitoraggio più stringente, con verifiche annuali degli obiettivi previsti dal Piano Nazionale per la Prevenzione Vaccinale (PNPV); intervenire contro le Regioni che non rispettino questi obiettivi; predisporre "una campagna informativa autorevole e chiarificatrice" sul valore della vaccinazione. Si chiede infine se non sia il caso di valutare "un ripensamento dell'intera politica vaccinale, al fine di ripristinare un sistema vaccinale unico, unitario e nazionale, affinché tutti i bambini abbiano gli stessi standard di protezione ovunque nascano".

All'interrogazione ha risposto il Sottosegretario di Stato per la Salute, On. Vito De Filippo, nella seduta della Commissione Igiene e Sanità dell'8 ottobre, il quale ha in sostanza condiviso tutte le osservazioni avanzate, confermando sia "l'importanza fondamentale dei vaccini" sia la necessità di intervento per garantire l'omogeneità di copertura. Con riguardo alla "aggressiva disinformazione", non basata su evidenze scientifiche, di cui la popolazione è stata vittima, il Sottosegretario ha fatto presente che la bozza del Piano nazionale per la prevenzione vaccinale (PNPV) 2016-18 ipotizza l'avvio di una comunicazione istituzionale dedicata, con la previsione di impegnare su di essa anche i programmi scolastici e universitari. Quanto alla difformità delle prestazioni a livello regionale - ha soggiunto - "l'impegno per dare nuovo vigore alle politiche vaccinali nazionali" potrebbe attuarsi anche "attraverso un finanziamento ad hoc per le relative attività e un possibile acquisto centralizzato dei vaccini", per garantire costi standard e continuità di approvvigionamento.

La gravità di questa "fuga dalle vaccinazioni" e delle sue possibili conseguenze è segnalata non solo da Organismi nazionali e personalità aventi funzioni di responsabilità nel settore, ma anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che, a conclusione del meeting, tenutosi nel marzo di quest'anno a Copenaghen, sulla campagna di vaccinazioni nei Paesi dell'U.E. contro il morbillo e la rosolia congenita, ha chiesto un incontro urgente con il Ministro della Salute Lorenzin.

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità sulle coperture vaccinali in Italia relativi agli ultimi anni sono ormai ben noti e indicano un tasso di vaccinazione al di sotto degli obiettivi minimi previsti dal PNPV. "Scendono, infatti, al di sotto del 95% (obiettivo minimo) le vaccinazioni per poliomielite, tetano, difterite ed epatite B e la percentuale scende ulteriormente per le vaccinazioni contro il morbillo, la parotite e la rosolia che raggiunge una copertura del 86%, diminuendo di oltre 4 punti percentuali".

Sono dati che denunciano una situazione, in progressivo peggioramento, che, secondo il Presidente dell'ISS, Walter Ricciardi, avrà gravi conseguenze sulla salute individuale e collettiva, con il rischio del manifestarsi di epidemie importanti per malattie che erano state cancellate proprio grazie alla capillare diffusione della pratica vaccinale. Per scongiurare queste previsioni il mondo scientifico è unanime nel ritenere ormai improcrastinabile l'approvazione del nuovo PNPV proposto da Ministero della Salute d'intesa con i propri Organi tecnico-scientifici e con le regioni. Ma, come ha osservato il Prof. Ricciardi, spetta agli operatori del SSN ristabilire la memoria storica delle epidemie e della mortalità infantile e difenderla dalle campagne denigratorie che mettono a rischio la salute di tutti. (*F.R. Greco*)

Gli Indicatori di qualità del centro di riabilitazione territoriale accreditato

ANGELO FERRAZZA

Responsabile Qualità e Formazione, CMPH Centro di Riabilitazione non Residenziale, Roma

Introduzione: Il Centro di riabilitazione accreditato è tenuto al rispetto di standard di qualità generali previsti dall'accreditamento e di standard di qualità specifici relativi alla propria realtà assistenziale. Tali standard, per poter essere rispettati, necessitano di essere misurati. Obiettivi: 1) Sviluppare una griglia di Indicatori generali di struttura che misurino l'adesione ai requisiti minimi autorizzativi e ai requisiti ulteriori di accreditamento. 2) Sviluppare una griglia di indicatori specifici del Centro di riabilitazione che misurino l'appropriatezza dei principali processi e esiti della struttura. 3) Elaborare un modello organizzativo/gestionale standardizzato del centro di riabilitazione accreditato. Fasi del Progetto: Fase 1: analisi del contesto storico/legislativo e del contesto Qualità in sanità. Fase 2: selezione dei principali standard di qualità previsti dalle procedure di accreditamento e dalla struttura. Fase 3: elaborazione di una griglia di Indicatori generali e specifici del centro di riabilitazione. Fase 4: elaborazione di un modello organizzativo-gestionale del centro di riabilitazione accreditato. Risultati 1) Griglia di indicatori di qualità generali dell'accreditamento. 2) Griglia di indicatori di qualità specifici del Centro di riabilitazione. 3) Modello organizzativo/gestionale di un Centro di riabilitazione accreditato.

Introduzione

La qualità dei servizi sanitari è al centro del processo del miglioramento continuo dell'assistenza dei pazienti in tutte le aziende sanitarie pubbliche e private del nostro

Il lavoro svolto negli anni sessanta da Avedis Donabedian, padre fondatore del sistema qualitativo in ambito sanitario, ha gettato le basi fondamentali per la ricerca del miglioramento dell'erogazione dei servizi sanitari.

Con l'introduzione delle dimensioni della qualità, proposte da Donabedian e prese a modello oramai da tutto il mondo sanitario, si è dato vita anche in Europa e non ultimo in Italia al miglioramento della qualità dei servizi sanitari e delle aziende sanitarie locali (Rodella et al., 2010; Donabedian, 1990).

Nel nostro Paese l'introduzione delle procedure di accreditamento per i centri di riabilitazione ha rappresentato la declinazione del sistema qualità applicato alle strutture sanitarie. Il centro di riabilitazione accreditato moderno, che operi secondo uno schema trasversale a matrice e per processi, è tenuto al rispetto sia di standard di qualità generali di struttura, selezionati dalle procedure di autorizzazione e di accreditamento, sia di standard di qualità specifici, selezionati nell'ambito della propria realtà assistenziale. Tali standard per poter essere rispettati ed eventualmente incrementati necessitano di essere misurati secondo l'assunto che "non può essere cambiato e migliorato ciò che non è misurato". In tale ottica è indispensabile individuare una griglia di indicatori generali di struttura e specifici di processo ed esito assistenziale che misurino l'adesione ad attese di qualità preventivamente selezionate.

Partendo da una revisione del contesto storico-legislativo in ambito riabilitativo e da un'analisi dei principi fondamentali della Qualità in sanità, saranno analizzati i principali standard previsti sia dalle procedure di Autorizzazione/Accreditamento Istituzionale sia dalla struttura medesima, al fine di identificare una griglia di indicatori di qualità generali e specifici che misurino tali standard e ne valutino il loro impatto pratico operativo; l'obiettivo finale sarà l'elaborazione di un modello organizzativo-gestionale standardizzato secondo i dettami dell'accreditamento e secondo attese di qualità specifiche del Centro di Riabilitazione Accreditato.

1. Analisi del contesto

1.1 Contesto legislativo

Nascita del Centro di Riabilitazione Convenzionato

L'inizio della storia legislativa dei Centri Convenzionati si può collocare con la promulgazione della L. 30 marzo 1971, n. 118, cui fa seguito la L. 23 dicembre 1978, n. 833, art. 26, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale che demanda alle unità sanitarie locali l'erogazione delle prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali dipendenti da qualsiasi causa; la regolamentazione dei Centri convenzionati viene normata, successivamente, con D.M. sanità 23 novembre 1982, che definisce lo schema-tipo di convenzione tra le unità sanitarie locali e gli istituti che gestiscono idonei centri destinati alla erogazione delle prestazioni sanitarie riabilitative e, successivamente, in maniera più specifica con i decreti regionali del 1984 che definiscono i Centri di riabilitazione come:

Studi e Ricerche

Centri - Servizi di Riabilitazione, strutture del territorio che assicurano prestazioni socio-sanitarie tese ad ottenere il recupero ed il reinserimento dei portatori di handicaps, fisici, psichici e sensoriali di qualsiasi natura.

Dalla convenzione all'accreditamento sperimentale provvisorio

Con l'emanazione delle delibere regionali 19 dicembre 2000, n. 2591 (criteri per l'accreditamento sperimentale provvisorio), 15 febbraio 2000, n. 398 (criteri e modalità per la richiesta di accreditamento provvisorio) e 10 maggio 2002, n. 583 (riabilitazione estensiva e di mantenimento, cartella clinica riabilitativa, standard assistenziali e flusso informativo), vengono ridisegnati, sia da un punto di vista teorico che pratico, i principi che animeranno in futuro tutta l'attività riabilitativa.

Tale processo di rinnovamento potrà ritenersi definitivamente completato con l'attivazione delle procedure di accreditamento definitivo dei centri di riabilitazione, ex art. 26.

Verrà così realizzato il processo di riqualificazione complessiva della rete dell'attività di riabilitazione nella Regione Lazio, tenendo altresì conto dei criteri fissati dalle linee guida del Ministero della Sanità del 30 maggio 1998.

Globalità della presa in carico - Cartella riabilitativa - Progetto riabilitativo

Si introduce il concetto di Progetto Riabilitativo Individuale inteso come l'insieme delle proposte elaborate dall'equipe riabilitativa e coordinate dal medico responsabile

Si definisce la tipologia degli interventi di riabilitazione in relazione all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione e alla quantità e qualità delle risorse impiegate:

- Riabilitazione Estensiva Sub Acuta: rappresenta una attività assistenziale complessa per pazienti che hanno superato la fase di acuzie, e che necessitano, comunque, di interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale in un tempo definito;
- Riabilitazione di Mantenimento: si rivolge a pazienti affetti da esiti stabilizzati di patologie psico-fisiche, che necessitano di interventi orientati a mantenere l'eventuale residua capacità funzionale o a contenerne il deterioramento.

Viene definita l'équipe riabilitativa come insieme di operatori sanitari che lavorano nel centro di riabilitazione coordinati dal medico responsabile del progetto.

Si rende, inoltre, obbligatoria la compilazione di una cartella clinica riabilitativa.

Informatizzazione della riabilitazione SIAR-ASP

In relazione alle attività riabilitative estensive e di mantenimento, la DGR n. 398/2000 definisce i contenuti informativi necessari al loro monitoraggio e demanda, all'Agenzia di Sanità pubblica (ASP), la progettazione e gestione del relativo Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa (SIAR). Tale sistema informativo mira alla

condivisione delle informazioni tra Dipartimento del Servizio sanitario regionale, Agenzia di Sanità Pubblica, Aziende sanitarie locali e Soggetti erogatori.

Il SIAR si propone, inoltre, come strumento utilizzato dalle Aziende sanitarie locali di residenza dell'utente e della struttura erogatrice, per la programmazione, gestione e valutazione delle attività rivolte alla popolazione disabile.

Da accreditamento provvisorio ad accreditamento defini-

Il processo evolutivo in campo riabilitativo raggiunge il suo culmine con l'approvazione del DCA 10 novembre 2010, n. 90, in cui vengono stabiliti i requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie, i requisiti ulteriori per l'accreditamento, la cessazione degli accreditamenti provvisori e l'avvio del procedimento di accreditamento definitivo.

Tale decreto rappresenta la pietra miliare in campo riabilitativo in quanto trasferisce il Sistema Qualità all'interno del Centro di Riabilitazione, garantendo al paziente adeguati indici di sicurezza ma, soprattutto, una elevata qualità delle cure.

Con l'emanazione del DCA 9 maggio 2013, n. 183, ai centri accreditati viene richiesto come ulteriore requisito di accreditamento l'adozione di un Codice Etico di comportamento come strumento prioritario della prevenzione dei reati all'interno dell'azienda nell'ambito di un Modello Organizzativo Gestionale all'uopo predisposto (MOG), così come previsto dal D.Lgs. n. 231/01, che norma la responsabilità amministrativa delle società e degli enti.

1.2 Contesto qualità

Definizione e dimensione della qualità

Secondo l'OMS la qualità è dare a ciascun paziente l'insieme di atti diagnostici e terapeutici che assicurino il risultato migliore in termini di salute, in conformità allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, al costo migliore a parità di risultato e al minor rischio iatrogeno.

Donabedian ritiene che la qualità sia una proprietà che l'assistenza sanitaria possa avere a vari livelli e fa riferimento al rapporto esistente tra i miglioramenti di salute ottenuti e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base delle conoscenze più avanzate e delle risorse disponibili (Rodella et al., 2010; Donabedian, 1990).

Il concetto di Total Quality Management (TQM) si basa sui seguenti enunciati:

- la qualità non deve essere considerata solo nei suoi aspetti tecnici, riducendosi solo al controllo di qualità del prodotto, ma soprattutto in quelli direzionali, trasformandosi in un vero management della qualità e diventando strumento strategico;
- l'attenzione alla qualità non deve essere soltanto degli specialisti ma di tutto il personale dell'organizzazione.

La definizione di TQM è stata coniata da Edward Deming, uno statistico americano considerato uno dei padri fondatori della Qualità.

In termini generali la filosofia di Deming si basa sul

presupposto che le organizzazioni, adottando appropriati principi di management, possono migliorare la qualità e contemporaneamente ridurre i costi. La chiave di tutto questo sta nel praticare miglioramenti continui e nel pensare alla produzione come un sistema e non come un insieme di frammenti.

Un aspetto fondamentale della TQM è rappresentato dal Miglioramento continuo della Qualità (MCQ) che è stato definito come un insieme di attività dirette a tenere sotto controllo e a migliorare i processi e gli esiti. Fanno parte di un sistema di MCQ l'effettuazione di progetti di MCQ, il monitoraggio di processi ed esiti importanti mediante un sistema di indicatori, lo sviluppo e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali e la verifica della loro applicazione (Rodella et al., 2010; Donabedian, 1990; Bonaldi, Focarile, 1994).

Infine la verifica e revisione della qualità (VRQ) da parte degli enti predisposti e della SIQuAS (1) completano e definiscono totalmente le dimensioni della qualità (Bonaldi, Focarile, 1994).

Valutazione della qualità

Contributo fondamentale, relativo all'approccio alla valutazione della qualità in sanità, è stato dato da Donabedian con il modello universale. Nel modello si hanno tre approcci per l'acquisizione di informazioni riguardanti la presenza degli attributi che definiscono la qualità: approccio alla Struttura; approccio al Processo; approccio agli Esiti.

Con il termine di struttura si intendono gli ambienti fisici in cui viene erogata l'assistenza e la loro collocazione; le attrezzature; le risorse umane e finanziarie; il numero, la distribuzione e le qualifiche degli operatori professionali; i metodi organizzativi attraverso i quali si attua il finanziamento e la distribuzione dei servizi sanitari.

Nel secondo approccio si fa riferimento al processo, considerato come una serie di attività che coinvolgono personale sanitario e pazienti e definiscono il processo di assistenza. Si può formulare un giudizio sulla qualità del processo sia mediante l'osservazione diretta sia attraverso l'esame dei dati registrati.

Il terzo approccio è relativo agli esiti. In questo contesto l'esito viene utilizzato per indicare un cambiamento nello stato di salute, corrente e futuro del paziente, che può essere attribuito ad un precedente intervento di assistenza.

La validità del modello sta nel fatto che esiste un fondamentale rapporto di tipo funzionale tra questi tre elementi. Infatti le caratteristiche strutturali degli ambienti in cui si erogano le prestazioni tendono ad influenzare il processo assistenziale con conseguente variazione della qualità. Allo stesso modo le variazioni nel processo di assistenza influenzano l'effetto dell'assistenza sullo stato di salute che costituisce l'esito, con conseguente influenza sul livello di qualità (Rodella et al., 2010; Donabedian, 1990).

Certificazione di qualità

La certificazione di qualità consiste nell'attivazione di

un processo di valutazione cui la struttura si sottopone volontariamente rispetto a norme istituzionali. È operata da un'Agenzia terza, esterna, autorizzata a certificare l'adeguatezza dell'organizzazione alle norme prese a riferimento.

Con la sigla ISO 9000 si identifica una serie di normative e linee guida sviluppate dall'Organizzazione internazionale per la normazione, le quali definiscono i requisiti per la realizzazione, in una organizzazione, di un sistema di gestione della qualità, al fine di condurre i processi aziendali, migliorare l'efficacia e l'efficienza nella realizzazione del prodotto e nell'erogazione del servizio, ottenere ed incrementare la soddisfazione del cliente (Norma UNI EN ISO 9001:2008 - Sistemi di Qualità).

La ISO 9001:2000/2008 prevede un approccio globale e completo di certificazione per cui non è possibile escludere alcuni settori o processi aziendali, se presenti nell'organizzazione, necessari a soddisfare i clienti.

L'unica norma della famiglia ISO 9000 per cui una azienda può essere certificata è la ISO 9001; le altre sono solo guide utili ma facoltative, per favorire la corretta applicazione ed interpretazione dei principi del sistema qualità.

Il nome completo della norma recepita in Italia è UNI EN ISO 9001:2008 in quanto la norma ISO è armonizzata, pubblicata e diffusa dall'Ente Nazionale Italiano di Unificazione e dal Comitato Europeo di Normazione in Europa.

Standard e indicatori

Quando si parla di qualità dei servizi sanitari e soprattutto di MCQ, non si può prescindere dal definire gli Standard e gli Indicatori di Qualità.

Per Standard di qualità si intende un valore soglia al di sotto del quale una prestazione diventa sub-ottimale. Le procedure di accreditamento contengono, come vedremo, la definizione di standard di qualità (Attese di Qualità), nelle diverse aree di valutazione, ed individuano, nei fattori di qualità (Indicatori), i requisiti che soddisfano tale attese.

Per Indicatore di qualità s'intende: un'informazione selezionata allo scopo di conoscere i fenomeni d'interesse, misurandone i cambiamenti e contribuendo ad orientare i processi decisionali (2) (Morosini, Perraro, 2003).

Grazie agli indicatori qualitativi di processo, in sanità, ci rendiamo conto di come il lavoro svolto sia qualitativamente efficace, e di come gli obiettivi prefissati nella presa in carico dei pazienti siano stati perseguiti in modo corretto e rispettando i parametri di efficienza, di efficacia e di appropriatezza clinica (Bonaldi, Focarile, 1994).

È possibile utilizzare vari tipi di indicatori:

- Indicatori di Sistema, misurano il grado di adesione delle strutture sanitarie ai requisiti minimi autorizzativi e ai requisiti ulteriori dell'accreditamento; sono indicatori di sicurezza e di qualità delle cure, di pertinenza della struttura;
- Indicatori di Processo, misurano la effettiva applicazione delle raccomandazioni di carattere assistenziale e pro-

fessionale (linee guida, procedure di qualità); dove, per *Processo*, si intende una *sequenza reale di azioni ed eventi finalizzati al raggiungimento di un obiettivo* e, per *Procedura*, una *serie di norme che regolano lo svolgimento di attività umane*. Tali indicatori sono di pertinenza degli operatori;

- *Indicatori di Esito*, misurano l'impatto finale su gli elementi di qualità (standard) selezionati per l'applicazione dei relativi processi. Riguardano pazienti ed operatori.

Controllo della Qualità

La valutazione e gestione degli elementi di qualità di una organizzazione sanitaria si compie attraverso il ciclo della Qualità e si basa sulla selezione di elementi di Qualità, sulla individuazione di determinati standard e dei relativi indicatori. L'adozione di tale modello consente di individuare eventuali criticità riscontrate e di predisporre le appropriate azioni correttive. Tale ciclo ha la caratteristica di essere continuo e tende ad arrivare alla qualità totale che prevede la centralità del paziente (fig. 1).

Fig. 1 - Rappresentazione schematica del Ciclo della Qualità



2. Obiettivi

2.1 Obiettivi del progetto

- Sviluppare una griglia di indicatori di struttura generali che misurino l'adesione ai requisiti minimi autorizzativi e ai requisiti ulteriori dell'accreditamento di un centro di riabilitazione territoriale accreditato.
- Sviluppare una griglia di indicatori di processo e di esito specifici del centro di riabilitazione che misurino l'adesione a standard di qualità preventivamente selezionati ritenuti prioritari.
- Riportare la propria esperienza pratica sull'utilizzo degli indicatori all'interno del Centro di riabilitazione CMPH.
- Elaborazione di un modello organizzativo-gestionale del centro di riabilitazione accreditato standardizzato secondo i dettami dell'accreditamento e secondo la selezione delle priorità di qualità specifiche della struttura.

3. Impianto teorico e metodologia

3.1 Standard generali dell'autorizzazione

Le procedure regionali di autorizzazione e accreditamento istituzionale

Nel nostro Paese, l'accreditamento è oggi il momento centrale di un procedimento tecnico-amministrativo complesso che il D.Lgs. n. 502 del 1992, così come successivamente modificato ed integrato, ha ridefinito nei contenuti, innovando la precedente disciplina, articolandone lo svolgimento in quattro distinte fasi: l'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie, l'accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali.

Nel Lazio La L.R. 3 marzo 2003, n. 4 ha dettato, attraverso l'individuazione di specifici principi, competenze, procedure e tempi di adeguamento, le regole generali del settore, collocando in un unico grande ed organico quadro d'insieme, cronologicamente coerente, le diverse fasi di questo percorso di eccellenza, del quale, le succitate autorizzazioni alla realizzazione ed all'esercizio, rappresentano i due fondamentali momenti iniziali.

La summenzionata L.R. n. 4/03 rappresenta dunque, insieme al Piano Sanitario Regionale ed agli atti di autonomia aziendale, un fondamentale strumento di programmazione dell'offerta di servizi, principalmente indirizzato ad assicurare livelli essenziali di assistenza e, nel contempo, a consentire la libera scelta al cittadino rispetto al proprio bisogno sanitario, garantendo uno standard omogeneo di sicurezza e qualità.

L'autorizzazione alla realizzazione è un procedimento con finalità prettamente programmatorie, diretto a valutare la compatibilità del progetto di costruzione di nuove strutture, trasformazione o adattamento di strutture già esistenti, rispetto al fabbisogno complessivo dell'assistenza ed alla localizzazione territoriale dei presidi, al fine di facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi.

Il successivo rilascio dell'autorizzazione all'esercizio è subordinato all'accertamento del possesso dei requisiti minimi per l'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria da parte della struttura interessata al provvedimento, sia essa pubblica o privata, in modo da rappresentare la soglia di sicurezza per l'attività sanitaria o socio sanitaria, a garanzia del paziente.

Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio del centro di riabilitazione ambulatoriale

Per esercitare la propria attività riabilitativa un centro di riabilitazione deve essere, quindi, in possesso di requisiti minimi autorizzativi a garanzia che l'attività svolta assicuri una soglia di sicurezza accettabile al paziente oggetto dell'intervento.

I requisiti richiesti comprendono requisiti di carattere generale, validi per tutte le strutture sanitarie ivi comprese ospedali e case di cura, e requisiti specifici per i Centri Ambulatoriali di Riabilitazione.

I requisiti di carattere generale sono riportati nel DCA

n. 8/2011, e riguardano la struttura nel suo complesso relativamente alla dotazione strutturale-tecnologica, organizzativa ed informatica.

I requisiti di carattere specifico sono stati recentemente identificati nel DCA n. 485 del 14 ottobre 2015, e riguardano tra gli altri i centri di riabilitazione non residenziali relativamente alla loro specificità assistenziale. Essi si dividono in requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi.

I requisiti strutturali comprendono *ambienti comuni*, studi medici, servizi igienici separati per personale di assistenza e pazienti, spogliatoio, sala di attesa, amministrazione, archivio, palestra e *ambienti specifici*, stanze singole di terapia motoria, logopedica, neuropsicologica, neurovisiva, psicologica, cardiologica, urologica, occupazionale.

I requisiti tecnologici includono strumenti di valutazione delle varie disabilità, attrezzature per la riabilitazione motoria, elettrostimolatori per muscolatura normale e denervata, carrello di pronto soccorso, defibrillatore, pallone AMBU, telemetria, elettrocardiografo.

I requisiti organizzativi prevedono la predisposizione di un progetto di struttura (atto aziendale, organigramma, mission e vision aziendali), la presenza di, direttore sanitario specialista in riabilitazione, medici specialisti, psicologi, professionisti della riabilitazione, assistenti sociali. Le attività di ogni operatore sono svolte in equipe multi-disciplinare e sono raccolte nella cartella clinica riabilitativa che contiene il programma e il progetto riabilitativi individuale. Il numero degli operatori necessari per il servizio riabilitativo è definito da specifici standard di personale, riferiti all'attività assistenziale per 20 trattamenti/die su 5 o 6 giorni lavorativi e riportati nelle tabelle 1 e 2.

3.2 Standard generali dell'accreditamento

I principi istituzionali dell'accreditamento

Come già detto la L.R. 4/2003, in coerenza con quanto previsto dal D.Lgs. 229/99, disciplina il percorso che il soggetto richiedente compie per erogare prestazioni per conto e a carico del Servizio sanitario regionale, individuando nelle autorizzazioni all'esercizio e nell'accreditamento le principali fasi; il processo si completa attraverso un sistema di monitoraggio e controllo sul rispetto degli

Tab. 1 - Trattamenti riabilitativi ambulatoriali

Figura professionale	Ore settimana (5 gg. lav.)	Ore settimana (6 gg. lav.)
Professionista sanitario della riabilitazione	100	120
Medico	9	10
Psicologo/Assistente sociale	7	8

Tab. 2 - Trattamenti riabilitativi domiciliari

Figura professionale	Ore settimana (6 gg. lav.)
Professionista sanitario della riabilitazione	120
Medico	10
Psicologo/Assistente sociale	8

accordi nonché sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni rese.

Un tale percorso rappresenta sia per i cittadini che per il committente, ma anche per gli erogatori, un sistema forte di garanzia basato su: coerenza dell'offerta in relazione al fabbisogno assistenziale, livelli predefiniti di qualità per le unità accreditate assicurati attraverso la rispondenza a requisiti di base relativi ad elementi di struttura, il riconoscimento di un adeguata e progressiva qualità organizzativo-gestionale, la verifica trasparente delle attività svolte e dei risultati conseguiti e il rispetto degli impegni reciprocamente assunti tra committente ed erogatore.

L'accreditamento, nell'ambito della programmazione regionale, costituisce il principale strumento per il governo dell'offerta, attraverso la selezione degli erogatori di assistenza sanitaria, nell'ottica di scelte "informate" relativamente alla qualità dei servizi e allo stesso tempo rappresenta il basamento su cui strutturare sistemi di promozione e di miglioramento della qualità dell'assistenza.

L'istituto dell'accreditamento rappresenta il livello di qualità che il Servizio sanitario regionale intende darsi ma, in quanto necessariamente collegato al livello qualitativo di partenza, deve articolarsi in fasi progressive di qualificazione che, a partire dagli aspetti organizzativogestionali di carattere generale, tende a comprendere indicatori di processo e di esito, spingendosi dall'accreditamento di funzioni all'accreditamento di programmi assistenziali.

I requisiti ulteriori per l'accreditamento

I requisiti ulteriori per l'accreditamento sono stati stabiliti dal DCA 10 novembre 2010, n. 90 e costituiscono i fattori di qualità cui devono rispondere i soggetti pubblici e privati che desiderano conseguire tale status; sono ulteriori e quindi diversi rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione all'esercizio e, per ciascun fattore sono previsti livelli differenziati di adesione sulla base di criteri predefiniti. Sono prevalentemente focalizzati su aspetti organizzativi, che, di norma, pur non richiedendo significativi investimenti, possono determinare importanti, e spesso immediate, ricadute sulla qualità assistenziale. In particolare si tratta di fattori qualificanti ed innovativi che affrontano tematiche di assoluta rilevanza ed attualità come governo clinico, rischio clinico, principi a garanzia dei livelli es-

senziali di assistenza, diritti delle persone, che costituiscono, nell'insieme, la base per un concreto miglioramento della qualità nell'ambito del Sistema sanitario regionale. Si tratta di requisiti che, per loro natura, sono soggetti a periodica revisione e aggiornamento e sono considerati essenziali e quindi indispensabili per ottenere l'accreditamento.

Relativamente a tali requisiti, sono definite otto Aree di

Studi e Ricerche

Valutazione e per ogni area sono individuati Ambiti di Qualificazione, articolati in elementi di Qualità Attesa e Fattori di Qualità (requisiti) che la soddisfano (tab. 3).

3.3 Standard specifici del Centro CMPH

Cartella clinica riabilitativa

Quando si parla di qualità in un Centro di riabilitazione, oltre agli standard di struttura previsti dalle procedure di autorizzazione e accreditamento, non si può prescindere dal definire gli standard di qualità specifici della struttura

In tale ottica, nel contesto del nostro ciclo di gestione della qualità, abbiamo individuato, nella *Cartella Clinica Riabilitativa (CCR)*, la selezione dell'elemento di qualità più importante e significativo attribuendo ad essa un significato molto più ampio, non più circoscritto alla sola mera compilazione, ma esteso a formidabile strumento di analisi e valutazione della disabilità, verifica degli esiti e archiviazione dei dati, relativamente alla esplicazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

Il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, (2012), stabilisce, infatti, alcuni concetti basilari.

Definisce il compito dell'intervento riabilitativo: "guadagnare salute in un'ottica che vede la persona con disabilità non più come "malato" ma come persona avente diritti e, come tale, realizzare tutti gli interventi sanitari necessari a far raggiungere alla persona stessa le condizioni di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione utilizzando, come strumento specifico sintetico ed organico dell'intervento riabilitativo, il Progetto Riabilitativo Individuale".

Definisce il *compito del PRI:* "applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione previsti dall'ICF, definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari; definisce le caratteristiche di

congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in carico sanitaria in relazione agli esiti raggiunti". Per assolvere a tale funzione, il PRI deve soddisfare le seguenti attese:

- definire il grado di necessità della persona da riabilitare: a) complessità clinica (classificazione ICD9 diagnosi principale e diagnosi secondaria modalità assistenziale estensiva/mantenimento impegno assistenziale lieve/medio/elevato); b) scale di valutazione della disabilità;
- analizzare, tramite la *classificazione ICF, la complessità delle condizioni di salute* e costruire un profilo di funzionamento che ne è la base attraverso i suoi tre elementi fondamentali: attività corporee, abilità, partecipazione;
- garantire l'*interdisciplinarietà dell'assistenza* (professionalità diverse per rispondere a problematiche comuni équipe riabilitativa);
- definire gli *obiettivi riabilitativi* da raggiungere e renderli misurabili (indicatori di processo/esito);
- garantire la *comunicazione medico/paziente* (consenso informato);
- garantire la continuità delle cure (lettera di dimissione). Sulla base di tali principi e in analogia con le procedure di accreditamento, abbiamo definito un nostro modello di Standard di Qualità della Cartella Clinica Riabilitativa prevedendo specifiche attese di qualità (standard) e relativi fattori di qualità (indicatori), che soddisfano tali attese. La cartella clinica, così standardizzata, contiene al suo interno ben otto fondamentali indicatori relativamente alla necessità riabilitativa, alla complessità assistenziale, alla valutazione ICF delle abilità residue, alla valutazione delle disabilità, alla interdisciplinarietà dell'assistenza, alla comunicazione/condivisione medico/paziente, alla continuità assistenziale e alla adesione alle linee guida della comunità scientifica (tab. 4).

Questionario di soddisfazione del paziente

Il questionario di soddisfazione del paziente rappre-

senta un importante indicatore in quanto valuta la qualità assistenziale in molteplice aree organizzative. Analogamente alla cartella clinica sono stati definiti gli standard di qualità attesi in relazione alle attività di segreteria, alle attività mediche e riabilitative e alla struttura organizzativa, tutte finalizzate alla soddisfazione dei bisogni riabilitativi del paziente che rappresenta l'esito prioritario di un centro di riabilitazione accreditato (tab. 5).

Tab. 3 - Accreditamento - Aree di valutazione

Aree	Qualità attesa	Fattori di qualità
Area 1	I diritti e l'informazione sono prioritari per la	Carta dei diritti
Diritti e Informazione Pazienti	L'organizzazione è centrata sui bisogni del pa-	Carta dei servizi
	ziente	NO barriere architettoniche
Area 2	Gli obiettivi e le attività sono pianificati	Atto Aziendale
Politiche e Governo Struttura	È definita l'organizzazione	Organigramma
Area 3	L'assistenza risponde a procedure e protocolli	Progetto Riabilitativo
Presa in Carico del Paziente	condivisi	Cartella Clinica Riabilitativa
rresa iii carico dei raziente	È garantita la continuità assistenziale	Lettera di Dimissione
Area 4	La gestione è strutturata e permanente	Fascicolo del personale
Gestione Risorse Umane	La formazione è pianificata	Piano di Formazione annuale
Area 5	Esiste un programma di acquisizione apparec-	Pianificazione annuale dei nuo-
Gestione tecno-Strumentale	chiature	vi acquisti
Gestione techo-strumentale	I beni strumentali sono adeguati e sicuri	Contratti di manutenzione
Area 6	È garantita una comunicazione interna ed	Carta e Guida ai Servizi Internet
Gestione Informazioni	esterna efficiente	e Intranet Aziendali
Gestione informazioni	È attivo un sistema informativo sanitario	Bacheche Pazienti/Personale
	Le attività sono pianificate e organizzate	Manuale della Qualità
Area 7	È rilevata la qualità percepita	Linee Guida
Gestione della Qualità	È garantita la sicurezza di pazienti e operatori	Questionari di Soddisfazione
	L garantita la sicurezza di pazienti e operatori	Piano della Sicurezza
Area 8	È attivo un sistema per la valutazione delle at-	Sistema Qualità
Attività e risultati	tività e dei risultati	Indicatori di Processo e Esito

Questionario di soddisfazione degli operatori

Il questionario di soddisfazione degli operatori valuta il clima interno, l'appropriatez-

Tab. 4 - CMPH - Area valutazione: Cartella Clinica Riabilitativa CCR

Qualità attesa: standard	Fattori di qualità: indicatori
È valutato il grado di necessità riabilitativa	Cod. ICD/10 Diagnosi Principale (DP)
È valutata la complessità clinico-assistenziale	Cod. ICD/10 Diagnosi Secondarie (DS)
Sono valutate le abilità residue	Cod. ICF
È valutata la disabilità presente	Scale Valutazione della Disabilità
È garantita la interdisciplinarietà dell'assistenza	Équipe Multidisciplinare Appropriata
È garantita la comunicazione medico/paziente	Consenso informato
È garantita la continuità delle cure	Lettera di dimissione
Il PRI è redatto sulla medicina basata sulle evidenze	Linee Guida

Tab. 5 - CMPH - Area valutazione: soddisfazione del paziente

Qualità attesa: standard	Fattori di qualità: indicatori
È valutata la disponibilità, la gentilezza e la comunicazione della segreteria È valutata la comunicazione, condivisione e il rispetto della privacy dei medici È valutata la comunicazione, la gentilezza e la disponibilità dei professionisti della riabilitazione È valutata la logistica, le condizioni igieniche dei locali, la comunicazione e l'appropriatezza dell'organico della struttura È valutato il rispetto della carta dei diritti del paziente È valutata la percezione in merito ai risultati riabilitativi ottenuti	Questionario di soddisfazione del Paziente

za organizzativa e assistenziale e può evidenziare eventuali situazioni di burn-out. Sono stati definiti come principali standard di qualità attesi l'appropriatezza del ruolo professionale, la libertà di espressione, la gestione dei conflitti e la formazione (tab. 6).

Questionario di valutazione rischio clinico

Il questionario di valutazione del rischio clinico assume un ruolo importante nella attività assistenziale riabili-

tativa in quanto consente di identificare situazioni o condizioni di potenziale rischio per il paziente e di attuare eventuali misure preventive. I principali standard di qualità indagati sono il Giro della Sicurezza, la Segnalazione di Eventi Avversi e il Ciclo dell'Audit (tab. 7).

Valutazione produzione scientifica

Il report annuale relativo alla produttività scientifica e alla formazione costituisce a nostro avviso un altro importante indicatore che valuta il grado e la continuità dell'aggiornamento professionale degli operatori, e soprattutto rappresenta un indice molto

importante degli esiti riabilitativi conseguiti, permettendo un confronto di dati e di esperienze con la comunità scientifica nazionale ed internazionale (tab. 8).

4. Descrizione del progetto

4.1 Fasi del progetto

Il progetto si articola in quattro fasi così distinte e arti-

1) analisi del contesto storico-legislativo e dei principi generali della Qualità evidenziando gli aspetti più significativi di interesse sulla gestione e funzionamento di un Centro di Riabilitazione;

2) analisi dettagliata degli standard di qualità generali relativi alle procedure di Autorizzazione, Accreditamento e degli standard di qualità specifici di un Centro di Riabilitazione:

3) identificazione della griglia degli Indicatori di qualità generali e specifici del centro di riabilitazione e valutazione del loro impatto pratico sulla gestione e sul funzionamento della struttura territoriale accreditata;

4) elaborazione di un modello organizzativo di riferimento che dimostri l'adesione di un centro di riabilitazione ai requisiti minimi autorizza-

Tab. 6 - CMPH - Area valutazione: soddisfazione degli operatori

Qualità attesa: standard	Fattori di qualità: indicatori
È garantita la condivisione e le priorità degli obiettivi	
È assicurata una esaustiva comunicazione aziendale	
È garantita la libertà di espressione e il rispetto dei ruoli professio-	
nali	Questionario di soddisfazione degli Operatori
È assicurata la gestione dei conflitti interni	Questionario di soddistazione degli Operatori
È garantita la interdisciplinarietà dell'assistenza e il lavoro in équipe	
È garantito il confort e la sicurezza sui luoghi di lavoro	
È garantita la formazione e l'aggiornamento professionale	

Tab. 7 - CMPH - Area valutazione: rischio clinico

Qualità attesa: standard	Fattori di qualità: indicatori
Sono analizzate situazioni di potenziale rischio di danno per il pa-	
ziente È attiva una procedura di segnalazione degli eventi avversi È previsto e attuato il giro della sicurezza È prevista l'analisi degli eventi avversi occorsi e sono attuate idonee misure preventive Sono attivi periodici audit clinici finalizzati a migliorare la sicurez-	Questionario di valutazione del Rischio Clinico
za di pazienti e operatori	

Tab. 8 - CMPH - Area valutazione: produzione scientifica e formazione

Qualità attesa: standard	Fattori di qualità: indicatori
La formazione del personale è strutturata e permanente	Corsi di formazione interni
È garantito l'aggiornamento professionale e l'acquisizione di crediti	Corsi di formazione esterni accreditati
formativi ECM	Abstract
Sono promossi progetti di ricerca per la crescita professionale degli	Relazioni scientifiche
operatori	Pubblicazioni

Studi e Ricerche

tivi, ai requisiti ulteriori dell'accreditamento e a requisiti specifici elaborati dal Sistema Qualità interno aziendale.

4.2 Risultati attesi

- I risultati che si intendono raggiungere sono:
- griglia di indicatori generali di struttura che misurino l'adesione agli standard autorizzativi e dell'accreditamento;
- griglia di indicatori specifici del centro di riabilitazione CMPH che misurino l'adesione a standard qualitativi di struttura;
- risultati sull'utilizzo pratico degli indicatori specifici sulla gestione e funzionamento del centro CMPH;
- elaborazione di un modello organizzativo di Qualità di un centro di riabilitazione territoriale accreditato.

Tab. 9 - Indicatori generali dell'autorizzazione e dell'accreditamento

MACRO AREA	INDICATORE	TIPO	SIGNIFICATO
Autorizzazione	Atto Aziendale	Struttura	Definisce la mission e la vision aziendali; pianifica obiettivi e attività
Autorizzazione	Organigramma	Struttura	Definisce l'articolazione organizzativa ed identifica ruoli e responsabilità di tutti gli operatori
Autorizzazione	Piano della Sicurezza	Struttura	Garantisce la sicurezza dei pazienti e degli operatori
Autorizzazione	Sistema informativo Sanitario SIS	Struttura	Garantisce la corretta acquisizione di dati amministrativi e sanitari. Favorisce la comunicazione interna ed esterna trami- te sito Web e Intranet aziendali
Autorizzazione	Rapporto ore persona- le/Modulo 60 pz	Struttura	Valuta l'appropriatezza assistenziale dell'Equipe riabilitativa
Accreditamento	Manuale della Qualità	Struttura	Indica una gestione aziendale orientata per processi, Procedure, standard e indicatori di Qualità
Accreditamento	Carta dei servizi	Struttura	Garantisce una corretta e trasparente informazione al pazien- te sui servizi offerti dall'azienda e l'impegno ad erogarli in modo appropriato ed efficiente
Accreditamento	Guida ai Servizi	Struttura	Garantisce l'accesso facilitato ai servizi sanitari erogati
Accreditamento	Carta dei diritti del Paziente	Struttura	Garantisce il rispetto del diritto alle cure del paziente
Accreditamento	Codice Etico	Struttura	Garantisce norme comportamentali etiche a garanzia della qualità delle cure
Accreditamento	Modello Organizzativo gestionale MOG	Struttura	Definisce misure preventive idonee alla prevenzione di reati intra-aziendali
Accreditamento	Progetto riabilitativo individuale PRI	Struttura	Garantisce la presa in carico incentrata sui bisogni del paziente
Accreditamento	Piano della formazione	Struttura	Garantisce che le attività di formazione siano strutturate e permanenti

Tab. 10 - Indicatori specifici del Centro di Riabilitazione

MACRO AREA	INDICATORE	TIPO	SIGNIFICATO
CENTRO RIABILITAZIO NE	Cartella Clinica Riabilitativa	Processo	Garantisce una appropriata compilazione utilizzando specifici indicatori di Qualità
CENTRO RIABILITAZIO NE	Questionario di Soddisfazione del Paziente	Esito	Garantisce l'assistenza centrata sul Paziente
CENTRO RIABILITAZIO NE	Questionario di Soddisfazione degli Operatori	Esito	Valuta il Clima Interno e eventuali situazioni di Burn-Out
CENTRO RIABILITAZIO NE	Questionario di Rilevazione Rischio Clinico	Esito	Valuta potenziali Rischi Clinici
CENTRO RIABILITAZIO NE	Produzione Scientifica	Esito	Valuta la Produttività Scientifica e il livello formativo degli operatori
CENTRO RIABILITAZIO NE	Ciclo Audit	Esito	Garantisce il Controllo Continuo della Qualità, Appropriatezza Organizzativa e assistenziale

5. Risultati finali del progetto

5.1 Le griglie degli indicatori

Nella Tab. 9 sono riportati i principali indicatori relativi agli standard generali previsti dall'accreditamento istituzionale.

Nella tab. 10 sono rappresentati i principali indicatori del centro di riabilitazione territoriale accreditato per valutare la qualità dell'assistenza nei principali processi ed esiti assistenziali specifici della struttura.

Nella tab. 11 sono rappresentati in modo analitico e particolareggiato gli indicatori della cartella clinica riabilitativa elaborati in adesione alle linee guida sulla riabilitazione. Per ogni indicatore viene specificato l'area di valutazione, il tipo e il significato che assume nella valutazione di qualità.

5.2 Aree di applicazione degli indicatori Centro CMPH

Cartella Clinica Riabilitativa CCR

Dopo aver definito gli standard di qualità e i relativi indicatori, si è proceduto ad analizzare un campione di cento cartelle cliniche compilate prima e dopo l'accreditamento e a confrontarle in merito alla presenza, in percentuale, dei vari indicatori. I risultati sono riportati nei grafici che seguono ed evidenziano un significativo incremento percentuale di presenza di quasi tutti gli indicatori nelle

Tab. 11 - Indicatori della cartella clinica riabilitativa CCR

N.	MACRO AREA	INDICATORE	TIPO	SIGNIFICATO
1	CCR	Codifica ICD-10 Diagnosi Principale	Processo	Velute il grado di necessità riabilitativa
2	CCR	Codifica ICD-10 Diagnosi Secondaria	Processo	Veluta la complessità clinico- assistenziale
3	CCR	Linee Guida	Processo	Gerentisce l'approprietezza del PRI
4	CCR	Codifica ICF	Processo	Valuta le abilità residue
5	CCR	Scale di valutazione Disabilità	Processo	Veluta la disabilità presente
6	CCR	Equipe Multidisciplinare	Processo	Garantisce la interdisciplinarietà dell'assistenza
7	CCR	Consenso Informato	Processo	Garantisce la comunicazione medico-paziente. Alleanza Terapeutica
8	CCR	Lettera di Dimissione	Processo	Gerentisce la continuità delle cure

Fig. 2 - Indicatori cartella clinica

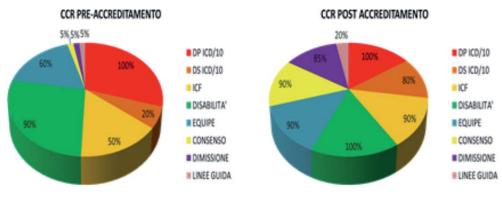
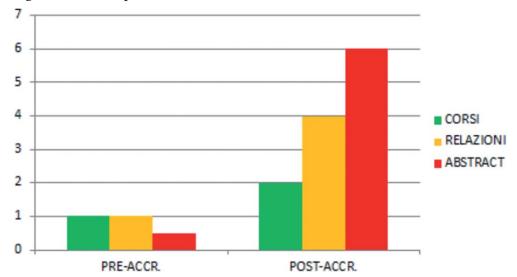


Fig. 3 - Indicatori di produzione scientifica



cartelle compilate dopo le procedure di accreditamento con particolare riferimento a indicatori quali Lettera di Dimissione, Consenso Informato, Diagnosi Secondaria e Linee Guida (fig. 2).

Produzione scientifica

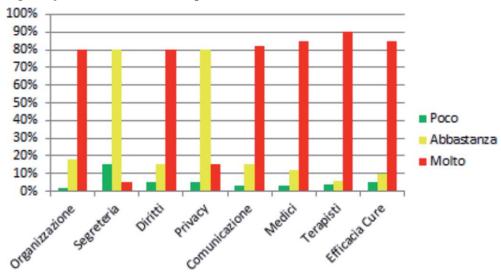
Oltre alla cartella clinica si è valutata la produzione scientifica considerando tre indicatori scientifici di esito, rappresentati da pubblicazioni di abstract, da relazioni scientifiche a congressi e convegni e da corsi di formazione organizzati presso la nostra struttura. Anche in questo caso la composizione e l'entità della produzione scientifica è stata valutata prima e dopo l'accreditamento. I risultati riportati nella fig. 3 evidenziano un netto incremento della produzione scientifica nel periodo postaccreditamento.

Soddisfazione del Paziente

Ulteriore esempio pratico sull'utilizzo degli indicatori di esito, attivi presso la nostra struttura, è rappresentato dal questionario di soddisfazione del paziente. Attribuiamo all'esito del questionario di soddisfazione dei pazienti, riportato nella fig. 4, un ruolo essenziale in quanto consente sia una valutazione complessiva della attività del Centro sia la correzione qualitativa di elementi del sistema suscettibili di ulteriore miglioramento (Segreteria, Privacy).

Il questionario di soddisfazione degli operatori è stato un altro importante indicatore per valutare il "clima interno", mentre il questionario del rischio clinico è stato in grado di individuare, nella carenza del corrimano in un corridoio, un possibile fattore di rischio per il paziente, prontamente corretto dall'intervento dell'amministrazione.

Fig. 4 - Questionario soddisfazione paziente



5.3 Il modello organizzativo del centro accreditato

Il Centro di Riabilitazione Territoriale CMPH

Il Centro CMPH è una struttura privata di riabilitazione non residenziale, ex art. 26, autorizzata e accreditata dalla Regione Lazio a svolgere attività sanitaria riabilitativa a favore di persone diversamente abili in età pediatrica e in età adulta.

La struttura opera nel territorio della ASL RMA e si avvale per la propria attività di due sedi operative per l'assistenza ambulatoriale di pazienti in età pediatrica e di una sede di riferimento per l'assistenza domiciliare di pazienti in età adulta ed è in grado di offrire una ampia e diversificata offerta riabilitativa in ambito neurologico, neuropsichiatrico infantile, ortopedico e cardiologico.

In linea con i criteri dettati dalle disposizioni regionali, la Direzione, tramite l'atto aziendale, ha definito l'articolazione organizzativa, l'organigramma, la carta dei diritti del paziente, la carta dei servizi, il codice etico e ha istituito un settore specifico per la Formazione e la Qualità.

Progetto di certificazione di qualità

Il Centro, in conformità alla richiesta D.Lgs n. 288/09, ha avviato nel settembre 2009 il progetto di certificazione del Sistema di Gestione della Qualità secondo lo Standard ISO 9001:2008.

L'obiettivo del progetto è attivare una certificazione complessiva di tutte le attività sanitarie riabilitative sia ambulatoriali sia domiciliari.

Criteri di definizione e di priorità degli interventi

Nel Progetto di Qualità sono sati definiti prioritari i seguenti interventi:

- criticità, intesa come sicurezza nei riguardi dei pazienti e degli operatori;
- organizzazione, intesa come necessità di regolamentare le attività;
- percorsi diagnostici e terapeutici, intesa come adesione a protocolli predefiniti e alle linee guida;

- formazione, intesa come strumento indispensabile di appropriatezza ed efficacia delle cure.

La Struttura documentale

La struttura documentale aziendale definita per progetto è basata sulla logica della diffusione dello standard nell'ambito del Centro.

I relativi documenti sono:

- Manuale della Qualità
- Carta dei Servizi
- Guida ai Servizi
- Carta dei Diritti del Paziente
- Procedure del Sistema Qualità
 - Atto Aziendale
- Organigramma
- Protocolli di Struttura.

Nelle singole unità operative i documenti gestiti nel loro interno si articolano in:

- Documenti di Presentazione, Manuale della Qualità
- Procedure di Processi, descrivono in merito all'organizzazione le sequenze di attività specifiche per ogni unità operativa
- Modelli di registrazione, Form predisposti per evidenziare che le attività si svolgano come pianificato
- Protocolli/Linee Guida, necessari per descrivere e guidare nel merito le specifiche attività di ogni unità operativa.

Gli Indicatori di Qualità del Centro CMPH

Sono stati identificati una griglia di indicatori generali ed una griglia di indicatori specifici:

- Indicatori generali Accreditamento: n. 13 Indicatori
- Indicatori specifici Centro di Riabilitazione: n. 6 Indicatori
 - Cartella Clinica Riabilitativa
 - Questionario di Soddisfazione dei Pazienti
 - Questionario di soddisfazione degli operatori
 - Questionario di valutazione Rischio Clinico
 - Produzione Scientifica
 - Ciclo dell'Audit.

Il Modello Organizzativo Gestionale (MOG)

La struttura documentale del Centro è stata ulteriormente implementata, nell'ambito del Sistema Qualità, con la predisposizione di un MOG richiesto dalla Regione Lazio con DCA 183 (Senge, 2006) in applicazione al D.Lgs. 231/01, atto legislativo che norma la responsabilità amministrativa delle società e degli enti sulla prevenzione dei reati all'interno dell'azienda.

Gli obiettivi del MOG sono:

- ridurre i rischi di reati nella azienda
- prevedere misure idonee a garantire lo svolgimento delle attività del centro CMPH nel rispetto della legge
 - rendere accettabile la soglia del rischio reato

Il modello comprende:

- predisposizione di un Codice Etico e di comportamento
 - mappatura dei reati
 - procedure di gestione e controllo
 - sistema disciplinare sanzionatorio
 - Organismo di vigilanza (ODV)

L'ODV è gestito da un responsabile esterno all'azienda che opera in assoluta autonomia ed ha i seguenti compiti:

- recepisce mediante apposita casella mail dedicata segnalazioni di violazione del codice etico
- recepisce segnalazioni di eventuali reati commessi in azienda
- vigila sull'osservanza del codice etico in collaborazione con la direzione sanitaria e con il responsabile della qualità interno
- attiva corsi di formazione e diffonde i dettami del codice etico
 - attiva periodici audit interni

Il Codice Etico (CE)

L'adozione di un codice etico e di comportamento e la relativa osservanza rappresenta un vincolo contrattuale del centro CMPH nei riguardi della ASL e costituisce di fatto un ulteriore requisito di accreditamento volto alla soddisfazione della qualità delle cure e dei bisogni assistenziali dei pazienti. Nell'ambito del MOG, il CE deve essere considerato come uno strumento prioritario per la prevenzione dei reati aziendali. I destinatari del codice sono individuati in tutte le figure professionali aziendali interne definite dall'organigramma e dai fornitori e collaboratori esterni. Obbligo dei destinatari è agire secondo onestà, rispetto e correttezza e tutelare l'immagine e il prestigio della struttura.

Il Codice Etico consta dei seguenti capitoli:

- principi etici generali
- principi nei rapporti con terzi
- ambiente, salute e sicurezza
- principi contabili e trattamento dei dati
- politiche del personale
- verifiche interne
- violazione del CE.

L'amministrazione del Centro ha provveduto alla sua ampia diffusione e ha organizzato corsi di formazione specifici per il personale allo scopo di comprendere e osservare i dettami del Codice Etico.

L'Organigramma

La pianta organica prevede la presenza di tutte le figure professionali, distinte per ruoli e competenze, necessarie per costituire l'équipe multidisciplinare riabilitativa che prenderà in carico il paziente; l'organico comprende le seguenti figure professionali:

- Direttore Sanitario: medico specialista in medicina fisica e riabilitazione.
 - Responsabile della Qualità
 - Responsabile dell'Organismo di Vigilanza
- Medici: specialisti in neuropsichiatria infantile, neurologia, fisiatria, ortopedia, cardiologia

- Psicologi
- Assistenti Sociali
- Professionisti Sanitari della Riabilitazione: in possesso di competenze specifiche per le varie branche della riabilitazione.

Per ogni Settore di attività è prevista la presenza di un medico responsabile, di un medico referente e di un terapista coordinatore.

Gli standard assistenziali osservati sono quelli stabiliti dal DCA 24 dicembre 2012, n. 434 che definisce, per ogni figura professionale, i ruoli, i compiti e le responsabilità, nella *Job-Description* consultabile dagli operatori nella pagina Intranet Aziendale.

Il Settore Qualità e Formazione

Nella struttura è attivo uno specifico settore di supporto per la gestione e il miglioramento della Qualità e per la Formazione del personale; anche per questo settore è prevista la figura di un medico responsabile al quale sono affidate le seguenti mansioni:

- definisce il piano annuale di formazione;
- organizza corsi di formazione;
- promuove la carta dei diritti del paziente;
- diffonde la carta dei servizi;
- vigila sull'osservanza del regolamento interno;
- -rileva il grado di soddisfazione di pazienti e operatori;
- rileva potenziali rischi clinici;
- vigila sulla sicurezza di pazienti ed operatori;
- vigila sull'osservanza della privacy e del codice etico;
- attua il ciclo periodico dell'audit clinico e organizzativo.

Tali attività sono rese possibili dalla presenza nella struttura di locali all'uopo dedicati, tra cui un'ampia aula didattica provvista di un sistema computerizzato audiovisivo.

Il Sistema Informativo Sanitario CMPH

Il Centro è dotato di un sistema informativo sanitario strutturato in una componente amministrativo gestionale e in una componente specificatamente sanitaria finalizzata alla gestione della cartella clinica elettronica.

L'intero sistema è gestito e controllato da un responsabile qualificato e prevede, come principali strumenti di comunicazione aziendale, un sito internet e una sezione intranet.

Ogni operatore è dotato di un account e di un indirizzo di posta elettronica personalizzati.

6. Implicazioni future

I percorsi clinico assistenziali PCA

Le Politiche della Qualità del centro CMPH prevedono l'attuazione di percorsi clinico- assistenziali orientati verso la casistica specifica della struttura in quanto ritenuti un formidabile strumento di Governo Clinico. L'attivazione di tali percorsi consente infatti il passaggio dalla gestione per specialità cliniche alla gestione per processi e rappresenta uno strumento di integrazio-

Studi e Ricerche

ne e coordinamento di molteplici figure professionali aziendali.

Le attività cliniche svolte all'interno del processo hanno la caratteristica di essere basate sulle evidenze scientifiche rappresentate dalle Linee Guida di riferimento contestualizzate alla realtà operativa locale.

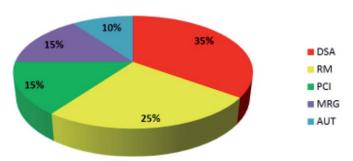
L'elaborazione di percorsi specifici dovrà necessariamente essere preceduta da un'attenta analisi delle patologie trattate e dovrà essere seguita dalla selezione di specifici Indicatori di Qualità.

La Casistica

Nella fig. 5 sono rappresentate le patologie oggetto di trattamento riabilitativo presso il Centro CMPH

Fig. 5 - CMPH casistica

PATOLOGIE ETA' EVOLUTIVA



Legenda: DSA: Disturbi Specifici Apprendimento; RM: Ritardo Mentale; PCI: Paralisi Cerebrali Infantili; MRG: Malattie Rare Genetiche; AUT: Autismo

La Griglia degli Indicatori dei PCA

La sfida futura che ci attende sarà quella di sviluppare una griglia di Indicatori che misurino la validità dei singoli percorsi in relazione ai processi e agli esiti assistenziali conseguiti, consentendo all'équipe riabilitativa di conoscere, misurare e confrontare i risultati ottenuti con i risultati attesi e di mettere in atto eventuali azioni correttive e di miglioramento.

Conclusioni

Le organizzazioni sanitarie moderne sono sempre più strutturate secondo uno schema organizzativo di tipo orizzontale, a matrice e declinano le proprie funzioni in processi operativi di supporto e strategici che debbono necessariamente essere sottoposti a verifica di qualità. Nelle strutture sanitarie il management della Qualità totale prevede che il risultato dei processi aziendali debba essere orientato verso la centralità del paziente.

Il miglioramento continuo della qualità non è uno strumento fine a se stesso, deve rappresentare nei confronti dei pazienti un valore in più aggiunto alle attività e ai servizi offerti dalla struttura sanitaria.

Attraverso tale strumento l'azienda individua una singolare via di sviluppo, impostata sulla capacità di combi-

nare il "fare bene le cose", legato alla storia e all'esperienza della singola azienda, con il "fare bene le cose giuste, in modo giusto, al momento giusto, al paziente giusto", incentrando quindi la propria attività sul criterio fondamentale della qualità delle prestazioni rappresentato dall'appropriatezza delle cure e dall'efficienza organizzativa.

Lo strumento di certificazione di accreditamento deve orientare ad un sistema di gestione della qualità assistenziale non statico ma dinamico, in cui siano previste attività di verifica e revisione del "modo di fare le cose".

In tale ottica gli Indicatori selezionati con questo progetto possono rappresentare il vero "termometro" della Qualità attesa e percepita sia all'interno sia all'esterno dell'azienda. Gli indicatori generali di struttura possono assumere un fondamentale ruolo descrittivo nella valutazione del proprio posizionamento nei confronti di standard di riferimento previsti dall'accreditamento oltre a rappresentare una preziosa base di valutazione per le verifiche di qualità messe in atto periodicamente dalle ASL e dalla Regione Lazio. Tra gli Indicatori specifici sono da ritenere prioritari gli indicatori della cartella clinica riabilitativa, in quanto essi misurano l'appropriatezza di un fondamentale processo assistenziale in relazione a standard di riferimento contenuti nelle linee guida in riabilitazione. La presenza di specifici indicatori consente di modificare la "vision" di tale documento da semplice contenitore di notizie a formidabile strumento di valutazione, verifica e confronto del progetto riabilitativo e di appropriatezza delle cure.

Un cenno particolare merita il questionario di soddisfazione del paziente che rappresenta il fine ultimo della qualità totale; le organizzazioni più avanzate, oggi, rimodulano i servizi sulla base dei giudizi soggettivi degli utenti, identificano le priorità di intervento in grado di soddisfare le loro aspettative, tengono monitorata la qualità percepita a valle degli investimenti effettuati; è proprio questa l'azienda orientata al cliente in quanto inserisce nella propria strategia la prevenzione dei disagi.

In conclusione, le basi teoriche della *Clinical Governance*, intesa come messa in atto di attività continue di miglioramento dell'assistenza, e della *Accountability*, intesa come rendicontazione del proprio operato, non possono prescindere dall'utilizzo del prezioso "termometro della qualità" rappresentato dall'indicatore. L'importanza di tale strumento di qualità è stata intuita fin dal 1600 dal grande scienziato Galileo Galilei che esortava tutta la comunità scientifica a "misurare tutto ciò che è misurabile e a rendere misurabile ciò che non lo è".

Ringraziamenti

L'Autore ringrazia il Dott. Riccardo Fatarella che ha supervisionato la stesura del project work su cui si basa questo lavoro nell'ambito del Master universitario di II Livello Management delle Aziende Sanitarie della LUISS Business School.

Note

- (1) La SIQuAS-VRQ (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria-VRQ) è una società scientifica fondata da Franco Perraro nel 1984. La mission della società è fare ricerca, validare, diffondere i modelli, gli strumenti, le tecniche, i metodi per progettare, organizzare, valutare e migliorare la Qualità e la Sicurezza dell'Assistenza Sanitaria.
- (2) D.M. Salute 12 dicembre 2001.

Bibliografia

- Agenzia Regionale di Sanità (2004): "Villa Fabbricotti" La qualità dell'assistenza in riabilitazione giornate di studio regionali. Firenze
- Bonaldi A., Focarile F. (1994): Curare la qualità, Guerini e Associati, Milano, 44-7.Cochrane A. (1999): Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Cavicchi I. (2010): Medicina e sanità: snodi cruciali, Edizioni Dedalo, Bari.
- Censis (1998): 32° Rapporto sulla situazione sociale del Paese, Roma.
- Donabedian A. (1990): La qualità dell'assistenza sanitaria, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Gattai A.(1990): La cartella clinica, OEMF, Milano.
- Grilli R., Ballini L. (2005): Ebm e miglioramento della pratica

- clinica. Etica conoscenza e sanità, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Heneghan C., Badenoch D. (2007): La medicina basata sulle prove, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Morosini P. (2004): Indicatori di valutazione e miglioramento continuo della qualità professionale, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Rapporti Istisan 04/29.
- Morosini P., Perraro F. (2003): Enciclopedia della gestione di qualità in sanità, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Natalucci G.: La comunicazione con il paziente all'interno del sistema delle cure. S. Camillo Forlanini, Roma, Medicina Narrativa. n. 1.
- Regione Lombardia D.G. Sanità, U.O. Qualità e Integrazione dei Servizi Sanitari: Manuale della Cartella Clinica.
- Ricci S., Miglino A. (2009): Atto medico e consenso informato, Società Editrice Universo, Roma.
- Rodella S., Frank J., Best M., Neuhauser D., Haroutune K. (2010): Il maestro e le margherite. La qualità dell'assistenza sanitaria secondo Avedis Donabedian, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Senge P. (2006): The Fifth Discipline: The art and practice of the learning organization, New York: Broadways business.
- Shaw C.D., Kalo I. (2004): Le basi per una politica nazionale per la qualità nei sistemi sanitari, OMS-2002 (traduzione di Andrea Gardini). Verrengia V. (2009): La qualità in riabilitazione: l'outcome come obiettivo di efficacia, Cuzzolin Editore, Napoli.

GLI STATI GENERALI DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

Si è svolto a Roma, presso l'Auditorium Loyola, lo scorso 21 ottobre, la preannunciata riunione degli "Stati generali della Professione medica e odontoiatrica", indetta dalla FNOMCeO, alla quale hanno partecipato tutte le categorie della medicina dipendente e convenzionata, rappresentate dai rispettivi Sindacati e dalle loro Società scientifiche.

Con questa grande manifestazione unitaria i medici hanno inteso denunciare la condizione di profondo disagio che la categoria vive da tempo a causa di una politica orientata alla gestione soltanto emergenziale ed economicistica del presente, per ciò stesso disattenta ai bisogni di salute dei cittadini, i quali incontrano crescenti difficoltà nell'accedere alle cure, se non a prezzo di una maggiore spesa privata.

Nell'introdurre i lavori, la Presidente della Federazione, Roberta Chersevani, ha sottolineato che "è indispensabile fare quadrato", in quanto "sono a rischio la sostenibilità, non solo economica, del SSN e l'universalità del diritto alla cura", ed ha quindi indicato come obiettivo primario l'elaborazione di una "Piattaforma professionale per il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale".

Nel corso dell'evento, sono stati dibattuti, sulla base di altrettante relazioni introduttive, cinque temi di fondo:

- 1) il ruolo del medico nell'evoluzione della sanità per la cura delle persone;
- 2) la riforma del Titolo V della Costituzione e le criticità della frammentazione in 21 sistemi;
- 3) quale futuro per le giovani generazioni, una risorsa da tutelare;
- 4) la responsabilità professionale medica e odontoiatrica;
- 5) l'appropriatezza clinica, patrimonio della professione.

Dopo un ampio approfondimento di ciascuna problematica, è stato approvato un documento conclusivo che sintetizza in dieci punti le istanze dei medici italiani per progettare il futuro del SSN:

- NO al sotto finanziamento che porta allo smantellamento del SSN ed al razionamento dei servizi al cittadino;
- NO alla Professione governata per decreti ed a protocolli di Stato suggeriti da chi è lontano dalla relazione quotidiana con le persone;
- NO agli obblighi amministrativi che tolgono tempo alla relazione di cura;
- NO ad una formazione che non si confronta con i bisogni di salute;
- NO a una politica ostile al medico e poco attenta alla sicurezza delle cure;
- Sì a una professione libera di curare in un SSN che offra equità e pari opportunità di accesso;
- Sì a una formazione finalizzata ai bisogni di cura e a una coerenza tra accesso allo studio, al lavoro e al ricambio generazionale;
- Sì a una informatizzazione che offra anche occasioni di conoscenza dei bisogni di salute;
- Sì alla verifica, tra pari, dei comportamenti professionali ed alla meritocrazia;
- Sì ai medici con e per le persone.

Su questi cinque "NO" a politiche lesive della professione e altrettanti "Sl" a proposte operative, i medici chiedono con forza - e, soprattutto, con un fermo impegno unitario di lotta a oltranza - risposte concrete al Governo e al Parlamento, avvertendo che "non è più il tempo della diplomazia"

Una prima apertura al dialogo è arrivata da alcuni esponenti politici presenti alla manifestazione: la Sen. De Biasi (PD), Presidente della Commissione Igiene e Sanità, che ha accolto nel merito i principali motivi di protesta, e il Sen. Mandelli (FI), membro della Commissione Bilancio, che ha dato la propria disponibilità alla ricerca di adeguate misure.

Il comunicato emesso dalla FNOMCeO considera questa apertura "un punto di partenza per continuare il dialogo", non senza notare che il prossimo dibattito parlamentare sulla legge di stabilità 2016 costituirà una prima occasione per dimostrare con i fatti la volontà di accogliere le proposte avanzate "insieme" da tutti i medici italiani.

Nel frattempo, la mobilitazione continua, con la volontà di proseguire nell'azione intrapresa, con la previsione di una nuova manifestazione nazionale da tenersi il 28 novembre a Roma, seguita in dicembre, se necessario, da uno sciopero dell'intera categoria. (F.R. Greco)

Il percorso attuativo della certificabilità dei bilanci degli enti del SSN: il caso della Regione Lazio

MARIATERESA NAPOLITANO

Senior Manager, Ernst & Young Financial Business Advisors

Nell'articolo si affrontano le tematiche introdotte dal legislatore nazionale in materia di certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN e dei sistemi di controllo interno. Partendo da un'analisi del lavoro avviato dalla Regione Lazio, si propone una riflessione sui punti di attenzione e sulle criticità rilevate nell'implementazione degli adempimenti e delle prescrizioni normative. Le conclusioni si concentrano sulle implicazioni future per Enti del SSN che si trovano a gestire un processo di "certificabilità". Tale processo rappresenta la risposta all'esigenza di garantire maggiore chiarezza, veridicità e correttezza dei dati e delle informazioni riportati in bilancio e comporta, necessariamente, una riorganizzazione degli assetti organizzativi, dei sistemi di governance, di gestione dei flussi informativi impattando in maniera trasversale sull'organizzazione e sulla cultura aziendale, orientandola alla diffusione del controllo interno. Su questo ultimo aspetto, si pone l'attenzione in relazione al livello di coordinamento con i sistemi di controllo esterni ovvero di integrazione dei sistemi interni ed esterni che necessitano di una riorganizzazione in termini di chiara definizione di compiti e responsabilità dei soggetti deputati al controllo, per evitare il verificarsi di situazioni di ingerenza e/o appesantimento degli adempimenti.

Introduzione

Il presente lavoro, partendo da una disamina delle novità normative introdotte in materia di certificabilità degli enti del SSN e dall'analisi del sistema dei controlli, introduce il lavoro che la Regione Lazio ha svolto in un anno di attività del Piano Attuativo della Certificabilità (di seguito PAC). L'obiettivo è di offrire una riflessione sui punti di attenzione e sulle criticità riscontrate nel rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa.

Nello specifico, vengono illustrate: i) le modalità che la Regione Lazio ha adottato per la predisposizione del proprio Percorso Attuativo della Certificabilità e ii) la gestione del suo ruolo di coordinamento delle attività previste dal PAC.

È rappresentato lo stato di avanzamento delle diverse attività, poste alla base del PAC regionale, che la Regione è chiamata a svolgere per la Gestione Sanitaria Accentrata (di seguito GSA), per il Bilancio consolidato e per le attività di coordinamento e monitoraggio dei PAC dei 21 enti del SSR. In modo particolare si riportano i principali risultati conseguiti durante il primo anno di avvio del PAC regionale, nonché le principali criticità riscontrate e sulle quali occorrerà concentrarsi in futuro.

I dati e le informazioni utilizzati provengono da fonti ufficiali della Regione Lazio.

Nelle conclusioni, si propone una riflessione sul sistema dei controlli negli enti del SSN in quanto, attraverso la certificabilità dei bilanci, le diverse strutture organizzative aziendali sono chiamate sempre più a fornire dati ed informazioni attendibili ed accurati e soprattutto che diano evidenza del raggiungimento degli obiettivi prefissati. Per tali enti, il sistema di controllo interno è dunque necessario per affrontare in maniera sistemica i cambiamen-

ti richiesti e con un adeguato approccio culturale. Accanto a tale aspetto, va invece considerato l'ulteriore appesantimento che potrebbe causare l'introduzione della revisione contabile all'interno del sistema dei controlli esterni del settore sanitario; occorrerebbe quindi considerare una rivisitazione organica dell'intero apparato.

1. Analisi del contesto

1.1 La normativa in materia di certificabilità

Il contesto economico nazionale degli ultimi anni, caratterizzato da una forte recessione ha comportato la generazione di norme che favorissero un maggiore controllo della spesa pubblica ed in particolare di quella sanitaria. Il tema del monitoraggio nel settore sanitario pubblico presenta degli ulteriori aspetti di attenzione legati alla scarsa qualità dei dati e delle informazioni economico-finanziarie che hanno reso indispensabile il miglioramento dell'attendibilità dei dati prodotti dagli enti che gestiscono le risorse del SSR e più in particolare dell'informazione fornita nei loro bilanci e nei dati di contabilità analitica.

Anche le metodologie di rendicontazione contabile adottate negli ultimi decenni nel SSN hanno manifestato i loro limiti spingendo il legislatore nazionale a definire un nuovo contesto normativo fatto di principi e regole contabili uniformi. A tal riguardo occorre ricordare due importanti passaggi normativi:

- l'armonizzazione contabile con il D.Lgs. n. 118 del 23 giugno 2011 che, al Titolo II, ha introdotto specifici principi dedicati a disciplinare le modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci degli enti coinvolti nella gestione delle risorse destinate al SSN;
 - la certificabilità dei bilanci con il D.M. Salute-Econo-

mia-Finanze 17 settembre 2012 che ha introdotto l'obbligo di certificabilità dei bilanci degli enti del SSN sotto la responsabilità ed il coordinamento delle regioni che devono predisporre un PAC.

Il Titolo II del D.Lgs. n. 118/2011 ha segnato un passaggio fondamentale per gli enti che gestiscono le risorse del FSN in quanto rappresenta la prima fonte normativa dedicata al "bilancio" degli enti del SSN. In particolare, è stata definita una struttura uniforme del sistema di bilancio delle aziende del SSR nonché una gerarchia delle fonti da applicare al settore sanitario.

L'introduzione di queste importanti novità comporterà una maturità del settore sanitario rispetto alle tematiche afferenti la revisione di bilancio e più in generale il tema dei controlli, poiché si stanno creando le condizioni per realizzare sistemi informativi sempre più attendibili che consentiranno la possibilità di esprimere giudizi sui bilanci. Il legislatore, dopo aver creato un impianto di regole e principi contabili uniformi ha introdotto, con il D.M. 17 settembre 2012, il tema della certificabilità dei bilanci che era già contenuto nel Patto per la Salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009 all'art. 11 denominato "Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività" nel quale il Governo e le Regioni avevano condiviso la necessità di pervenire alla certificazione dei bilanci.

Il citato decreto ha stabilito che:

- le Regioni, con riferimento ai propri enti del SSR, predispongano i PAC che una volta definiti con apposito decreto venga stabilito il termine entro il quale gli stessi debbano concludersi;
- una volta realizzati i PAC, i bilanci degli enti siano assoggettati a revisione contabile (ex D.Lgs. 39/2010) da parte di un soggetto terzo e indipendente nominato dalla Regione.

Successivamente, il D.M. 1° marzo 2013 ha definito gli obiettivi da porre alla base dei PAC ed ha conferito alle Regioni il compito di individuare le specifiche azioni necessarie al conseguimento degli stessi. In particolare, il decreto contiene:

- i requisiti comuni che devono garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla nuova normativa. I singoli obiettivi sono raggruppati per area tematica e per ciascuno di essi la Regione deve indicare le azioni ed i tempi previsti per il compimento delle stesse;
- la verifica periodica dell'attuazione del PAC, attraverso l'attività di monitoraggio sullo stato di avanzamento delle azioni poste alla base degli specifici obiettivi.

1.2 Il sistema dei controlli nel settore sanitario

Il tema della certificabilità è strettamente legato alle tematiche dei controlli sia interni che esterni agli enti del SSN. Il controllo interno viene esercitato dalle funzioni dirigenziali, dal collegio sindacale nonché dal responsabile della GSA. Inoltre, la Corte dei Conti nelle linee guida per i collegi sindacali individua nella figura del Terzo Certificatore (responsabile regionale) il soggetto deputato all'invio del questionario previsto ai sensi dell'art.1, comma 170, della L. 266/2005.

Il D.Lgs. n. 286/1999 prevedeva che fosse la pubblica amministrazione, nell'ambito della propria autonomia, a doversi dotare di strumenti adeguati per il controllo di regolarità amministrativa e contabile, per il controllo di gestione, per la valutazione delle dirigenza e per il controllo strategico. Successivamente tali tipologie di controllo so-

no state modificate dai D.Lgs. 150/2009 e 123/2011, quest'ultimo emanato in attuazione dell'art. 49 della L. 196/2009 "Delega al Governo per la riforma ed il potenziamento del sistema dei controlli di ragioneria e del programma di analisi e valutazione della spesa". In particolare è stato riformato il controllo di regolarità amministrativa e contabile rivedendo, ovvero semplificando e razionalizzando, il sistema dei controlli preventivi e successivi.

Pertanto, i soggetti interni ai quali sono demandate le funzioni di controllo sono:

- la funzione di controllo delle gestione;
- la funzione di controllo dei dirigenti;
- l'Internal auditing;
- il Collegio sindacale.

Per quanto concerne il sistema dei controlli esterni, questo è esercitato, per le diverse competenze, dalla Corte dei Conti, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, dal Ministero della Salute nonché da un revisore indipendente esterno, figura introdotta per la prima volta dall'art. 1, comma 291 della L. n. 266/2005.

Il controllo da parte della Corte dei Conti riguarda la legittimità e la regolarità della gestione nonché i risultati di quest'ultima rispetto agli obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa.

La Corte di Conti svolge un controllo di tipo collaborativo in sinergia con il controllo interno, il cui corretto funzionamento è oggetto di verifica da parte della stessa.

Il Ministero dell'Economia e della Finanze assurge a funzioni di alta vigilanza insieme al Ministero della Sanità che si concretizzano nell'analisi dei risultati economici periodici degli enti del SSR al fine di comparare le diverse situazioni territoriali e nella verifica e revisione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

1.3 Il contesto della Regione Lazio

La Regione Lazio, dal 2007 ad oggi, è stata sottoposta al piano di rientro per ristabilire l'equilibrio economico-finanziario del comparto sanità pertanto segue un programma di ristrutturazione finalizzato alla verifica della qualità delle prestazioni ed al raggiungimento dell'equilibrio dei conti dei servizi sanitari regionali. Il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze affiancano e monitorano la Regione costantemente. In modo particolare le azioni sulle quali si è concentrato ed ancora si concentra, il piano di rientro sono relative a:

- riorganizzazione della rete ospedaliera, con riduzione di posti letto ospedalieri e incentivazione dei processi di deospedalizzazione:
- introduzione della distribuzione diretta dei farmaci e meccanismi di rimborso dei prezzi correlati ai farmaci meno costosi;
 - blocco delle assunzioni e del turn-over;
- determinazione dei budget per gli erogatori privati, nonché adeguamento delle tariffe a quelle stabilite a livello nazionale;
- acquisti centralizzati e monitoraggio degli stessi per evitare incrementi dei volumi di spesa;
- impiego del sistema tessera sanitaria per gli interventi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescritti-

Inoltre, la normativa dei Piani di rientro stabilisce:

- in via generale, l'incremento delle aliquote fiscali fino al livello massimo stabilito dalla legislazione vigente;

Studi e Ricerche

- in caso di mancato rispetto degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo, l'incremento delle aliquote IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente e fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi mentre, nel caso in cui si ottengano risultati migliori di quelli programmati, la possibilità di ridurre le aliquote fiscali per un importo corrispondente.

Il sistema sanitario della Regione Lazio è articolato in: 12 Aziende sanitarie locali, 3 Aziende ospedaliere, 3 Irccs pubblici, 2 Policlinici universitari, 1 Emergenza e 28 Presidi pubblici di Asl. La quota del fondo sanitario regionale è stata pari, negli ultimi anni, a circa 10 miliardi di euro ed i disavanzi regionali, negli ultimi 4 anni, al lordo delle coperture previste sono stati pari a: € 1.074 milioni nel 2010, € 682 milioni nel 2011, € 613 milioni nel 2012 e € 670 milioni nel 2013; tali dati sono stati reperiti dai verbali del Tavolo di verifica dei ministeri vigilanti.

2. Gli obiettivi, l'impianto teorico e la metodologia introdotti dalla normativa in materia di certificabilità

2.1 Gli obiettivi e l'impianto teorico

L'impianto predisposto dalla normativa in materia di certificabilità dei bilanci risponde a diverse esigenze che, se soddisfatte, porteranno ad una sempre minore distanza tra il pubblico ed il privato. In altri termini, i temi cardine della normativa sono riconducibili ai seguenti ambiti: i) sistema di controllo interno indipendente; ii) adeguata segregazione dei compiti; iii) definizione di una procedura di predisposizione dei budget; iv) verifica dell'attendibilità dei saldi di bilancio.

Per le aziende sanitarie l'aspetto del controllo interno deve essere inteso come il complesso delle procedure, delle prassi e dei processi, atti a rilevare, correggere e prevenire i rischi derivanti dallo svolgimento dell'attività aziendale. Infatti, un sistema di controllo interno adeguato è un sistema idoneo a identificare i rischi significativi o gli errori significativi in bilancio.

L'applicazione del principio della segregazione dei compiti, ovvero la suddivisione delle attività/responsabilità, relative ad un determinato processo aziendale, tra differenti funzioni/individui, è un elemento caratterizzante di un sistema di controllo interno affidabile in quanto risponde all'obiettivo di prevenire frodi ed errori in bilancio. Tale impianto metodologico in materia di controllo interno fa riferimento a quanto previsto dal principio di revisione internazionale (ISA) 315 "L'identificazione e la valutazione dei rischi di errori significativi mediante la comprensione dell'impresa e del contesto in cui opera".

L'introduzione di specifiche azioni riguardanti le procedure di predisposizione e controllo del budget consentono, invece, un più efficace monitoraggio della spesa.

L'ultimo aspetto riguarda le azioni che dovranno garantire la correttezza e l'attendibilità delle voci di maggior significatività dello stato patrimoniale degli enti del SSR.

2.2 La metodologia

Il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze con il decreto 1° marzo 2013, ha definito i requisiti comuni a tutte le Regioni del Piano Attuativo di Certificabilità. In modo particolare,

sono stati definiti gli obiettivi che le Regioni ed i propri enti del SSR devono conseguire per il raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci sulle seguenti aree ed entro un termine massimo di 36 mesi:

a) requisiti generali per gli enti del SSR, ovvero standard organizzativi, contabili e procedurali;

b) gestione sanitaria accentrata;

c) consolidato regionale;

d) area immobilizzazioni;

e) area rimanenze;

f) area crediti e ricavi;

g) area disponibilità liquide;

h) patrimonio netto;

i) area debiti e costi.

Le regioni per raggiungere le condizioni di certificabilità hanno predisposto il proprio Percorso Attuativo della certificabilità definendo il programma di azioni da mettere in atto per conseguire i requisiti individuati dal decreto. Al completamento del percorso verrà verificata la certificabilità attraverso la revisione contabile dei bilanci degli enti del SSN, delle Gestioni Sanitarie Accentrate nonché dei Consolidati regionali.

L'attuazione delle azioni poste alla base dei singoli PAC aziendali devono essere svolte, ai sensi dell'art. 2 del D.M. 17 settembre 2012, sotto il coordinamento delle Regioni che devono a tal proposito nominare il responsabile del coordinamento per l'attuazione del PAC.

Pertanto le Regioni devono predisporre il PAC dettagliando per ogni obiettivo previsto per ogni area le specifiche azioni da intraprendere o da avviare, nonché le scadenze programmate per la loro implementazione. Le azioni e le relative scadenze devono tener conto delle caratteristiche, dello stato di implementazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali di ciascun ente del SSR e del consolidato regionale.

Una ulteriore novità introdotta dal predetto decreto è relativa alla possibilità per le Regioni di prevedere per ciascun obiettivo, delle revisioni limitate, ovvero delle procedure concordate, durante il piano attuativo di certificabilità.

Il decreto definisce anche i contenuti della relazione periodica di accompagnamento al PAC che deve essere predisposta dalle Regioni con cadenza trimestrale, per le Regioni in piano di rientro sanitario, ed annuale, per le Regioni non in piano di rientro sanitario. È stato, altresì espressamente previsto il coinvolgimento attivo dei collegi sindacali che devono segnalare eventuali criticità e/o punti miglioramento al PAC durante la sua attuazione.

La verifica sullo stato di avanzamento del PAC, per ogni singola azione prevista per il conseguimento degli obiettivi alla base dei PAC, deve contenere l'indicazione circa il livello di implementazione dell'azione secondo la seguente legenda:

a) obiettivo pienamente conseguito, attraverso le azioni descritte nel PAC e pienamente implementate dagli enti del SSR;

b) obiettivo in corso di conseguimento, attraverso le azioni descritte nel PAC e parzialmente implementate dagli enti del SSR;

c) azioni implementate, ma obiettivo non conseguito;

d) azioni non implementate e obiettivo non conseguito.

Alla luce delle indicazioni riportate nei decreti in materia le Regioni hanno predisposto il proprio PAC entro il termine del 30 giugno 2013. Le Regioni in piano di rientro sanitario hanno dovuto attendere l'approvazione dei Ministeri vigilanti.

3. Il caso della Regione Lazio: la predisposizione del PAC ed il primo anno di avvio delle attività

La Regione Lazio, alla luce delle disposizioni normative in materia, con il supporto professionale di una società esterna, ha predisposto il proprio PAC definendo il programma delle attività necessarie ai fini del raggiungimento degli obiettivi specifici dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) aziendali nonché quello della Gestione Sanitaria Accentrata e del Bilancio Consolidato Regionale.

In prima istanza, si è proceduto all'analisi delle risultanze provenienti dalla valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili, secondo quanto previsto dall'art. 11 comma 1 del Patto per la Salute per il triennio 2010, in attuazione dell'art. 1 comma 291, della L. 23 dicembre 2005 n. 266, avente come riferimento l'anno 2009 (ovvero l'anno 2008 qualora per l'anno 2009 non fossero completi e disponibili dati necessari allo scopo).

Sulla base delle indicazioni riportate nell'allegato A del decreto interministeriale Salute-Economia-Finanze 1° marzo 2013 contenente "I Percorsi Attuativi della Certificabilità. Requisiti comuni a tutte le regioni", la Regione ha condotto un'attività di valutazione e validazione dello stato attuale delle procedure amministrativo-contabili delle Aziende sanitarie tramite la compilazione per intervista di una checklist informativa.

La rappresentazione resa tramite tale checklist ha costituito la base informativa per la definizione del piano delle azioni funzionali all'attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità partendo dalle specifiche esigenze aziendali.

Gli obiettivi alla base del Percorso Attuativo della Certificabilità rappresentano le fondamenta di un sistema di controllo interno inteso come il complesso di strutture e di meccanismi atti a prevenire, individuare e correggere errori che possano avere impatto significativo in bilancio pertanto, sono state individuate anche delle specifiche azioni, definite in termini di standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a soddisfare i suddetti obiettivi

Per quanto concerne la definizione delle scadenze delle azioni previste dal PAC specifico per ciascun ente del SSR sono stati considerati i seguenti aspetti:

- le risultanze della valutazione dello stato attuale delle procedure amministrativo-contabili;
- le priorità strategiche assegnate alle singole aree di intervento da parte della Regione;
- il livello di difficoltà di implementazione di ogni specifico punto di controllo.

La Regione ha individuato quale responsabile il direttore della Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria ed ha richiesto ai singoli enti del SSR di nominare un responsabile aziendale per l'attuazione dello specifico PAC. Quest'ultima figura ha la funzione di monitorare lo stato di avanzamento delle azioni poste

alla base del PAC e di curare i rapporti con la Regione

Tale fase di analisi del "punto di partenza" delle procedure amministrativo contabili nonché del sistema di controllo interno degli enti del SSR, si è conclusa con la predisposizione del PAC e della relativa relazione di accompagnamento della Regione Lazio, approvato con DCA n. 292 del 2 luglio 2013 avente ad oggetto: "Piano attuativo di Certificabilità (PAC) e Relazione di accompagnamento al Piano Attuativo di Certificabilità: definizione ed adozione. Individuazione del responsabile del coordinamento per assicurare la corretta e completa attuazione del PAC". Tale decreto commissariale è stato sottoposto all'approvazione del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza. A seguito di tale decreto i singoli enti del SSR hanno provveduto ad adottare i Percorsi Attuativi della Certificabilità individuando anche il proprio soggetto responsabile dell'attuazione.

Nella attesa della formale approvazione del PAC, la Regione Lazio ha avviato una serie di attività, nell'ambito per proprio ruolo di coordinamento. In modo particolare, le azioni definite all'interno del PAC regionale hanno risposto a due ordini di intervento: procedurale e sostanziale; rispetto ai primi la Regione ha avviato un processo di definizione di linee guida per la stesura dei manuali delle procedure amministrativo-contabili per ciascuna area afferente i diversi cicli di bilancio: ovvero ciclo attivo, passivo, immobilizzazioni, rimanenze, patrimonio netto, tesoreria e personale che, quando recepite dalle singole aziende, consentiranno una omogeneità nei processi e una garanzia di affidabilità del sistema di controllo interno. Mentre, per quanto attiene gli aspetti sostanziali, che rispondono all'obiettivo di garantire l'attendibilità e la correttezza delle poste di bilancio ritenute significative, gli enti hanno iniziato ad avviare le azioni previste ma in maniera autonoma.

La scelta regionale di definire le linee guida, sopra citate, ha soddisfatto le seguenti esigenze:

- fornire una guida metodologica e operativa per agevolare lo sviluppo di procedure e istruzioni operative finalizzate alla redazione della documentazione;
- garantire un adeguato livello di uniformità e comparabilità delle procedure amministrativo contabili applicate ai fini della produzione e consolidamento dei dati regionali.

Nel primo anno di avvio del PAC, la Regione ha emanato le linee guida per il ciclo passivo, attivo ed immobilizzazioni grazie al lavoro prodotto dai gruppi di lavoro composti da referenti regionali e dal personale degli enti del SSR. Questa metodologia di lavoro ha favorito la condivisione delle conoscenze e delle competenze presenti presso la regione e gli enti coinvolti dei diversi gruppi di lavoro ed ha fatto sì che le linee guida rispondessero esattamente alle esigenze richieste.

Per quanto concerne il monitoraggio sullo stato di avanzamento del PAC, in attesa della approvazione formale da parte dei Ministeri vigilanti, nel mese di settembre 2014, la Regione ha avviato le attività di monitoraggio sullo stato di stato di implementazione delle azioni poste alla base dei singoli PAC aziendali al 30 giugno 2014, ovvero corrispondenti ai primi quattro trimestri e per adempiere alla scadenza del 30 settembre 2014 fissata dal Tavolo degli adempimenti e Comitato LEA, in rela-

zione all'adeguamento PAC. Il monitoraggio è stato effettuato attraverso degli incontri con i responsabili del PAC degli enti per individuare, per la azioni di tipo procedurale, la fase di implementazione ovvero le seguenti cinque fasi attuative:

- 1) analisi;
- 2) definizione di procedure;
- 3) implementazione;
- 4) applicazione a regime;
- 5) verifica della corretta applicazione.

In riferimento, invece, alle attività afferenti i saldi di bilancio ovvero alle azioni di tipo sostanziale (per le quali la correttezza viene valutata attraverso specifiche verifiche di validità intese ai sensi del principio internazionale ISA 330 "sull'efficacia operativa dei controlli nel prevenire od individuare e correggere errori significativi a livello di asserzioni") riconducibili alle seguenti fasi:

- a) ricostruzione dati per cambiamento principi di cui al D.Lgs. n. 118 e smi";
 - b) riconciliazione Co.Ge.-Co. Sezionale;
- c) inventario dell'attività o della passività è stato indicato se l'azione è stata svolta oppure no.

Da tale monitoraggio è emerso che la realizzazione del PAC regionale non prosegue secondo il piano di lavoro programmato ed approvato e si prevede che le azioni da implementare consentiranno il raggiungimento degli obiettivi contenuti nel PAC, ma sarà necessario riprogrammare ed approvare i tempi di attuazione.

In modo particolare, in fase di monitoraggio è emerso che le attività per le quali gli enti del SSR hanno riscontrato maggiori difficoltà di attuazione hanno riguardato i seguenti ambiti:

- 1) definizione di un sistema di contabilità analitica finalizzata al miglioramento della funzione di controllo di gestione:
- 2) rilevazione dell'esistenza fisica della giacenze e del patrimonio;
- 3) attivazione di una funzione di controllo interno con definizione di compiti e responsabilità dei soggetti coinvolti:
- 4) valutazione dell'adeguatezza del sistema informatico alle esigenze contabili;
- 5) applicazione della procedura di "circolarizzazione" delle partite attive e passive riportata nelle linee guida regionali.

Le attività di monitoraggio sono state riportate nella relazione di accompagnamento che la Regione ha trasmesso al Comitato degli adempimenti LEA.

I Ministeri vigilanti nella riunione congiunta del 18 dicembre 2014 hanno approvato il PAC regionale richiedendo alla Regione di valutare eventuali modifiche e/o integrazioni al percorso originario. Pertanto, dopo un anno, il PAC aggiornato e rivisto è stato adottato dalla Regione, con DCA n. 59 del 12 febbraio 2015, che ha previsto una ulteriore riprogrammazione delle scadenze.

4. I principali risultati, le criticità riscontrate e le implicazioni future

La Regione Lazio e gli enti del SSR, in questo primo anno di lavoro, hanno iniziato a prendere consapevolezza circa l'importanza delle tematiche alla base del PAC, al di là del mero adempimento normativo. In altri termini, in questo primo anno, sono state avviate le attività legate alla definizione delle nuove procedure amministrativo-contabili che devono garantire l'implementazione dei punti di controllo ma si è verificato un ritardo rispetto alla programmazione delle azioni previste; per analizzare tale ritardo, non si possono non considerare i vincoli strutturali del contesto in cui operano gli enti del SSR e la Regione stessa.

La "riforma" che si dovrà realizzare necessità di:

- una adeguata integrazione e riorganizzazione dei sistemi di controllo esterno ed interno;
 - adeguate competenze in materia;
- una struttura organizzativa in grado di realizzare una corretta segregazione dei ruoli e delle responsabilità a garanzia di una corretta gestione dei rischi e rafforzare o introdurre un ufficio deputato al controllo interno;
- adeguati sistemi informativi che rispondano alle esigenze di controllo e prevenzione di errori contabili;
- un efficace monitoraggio dell'interno processo che sia in grado di verificare l'effettivo livello di implementazione di una procedura, il corretto funzionamento di un processo, la verifica dei saldi di bilancio, ecc.;
 - un efficace sistema di contabilità analitica.

Nel caso della Regione Lazio, la forte attenzione della governance sulle azioni di contenimento della spesa sanitaria imposti per il rientro del disavanzo ed i relativi vincoli che da esso ne scaturiscono, principalmente relativi all'autonomia finanziaria ed al blocco del turnover, hanno, ad oggi, aggiunto delle ulteriori criticità al percorso di certificabilità. In modo particolare, si citano le problematiche di natura contabili che, la Regione sta affrontando nell'ambito degli adempimenti previsti dai Ministeri vigilanti come, ad esempio, la sistemazione contabile delle poste del netto, la riconciliazione tra i residui passivi presenti nel bilancio regionale e le poste di credito presenti in GSA e nei bilanci degli enti.

Si evidenzia, inoltre, che la Regione Lazio ha recepito gli standard elaborati dal Comitato LEA per la riduzione delle unità operative complesse e semplici sanitarie, pertanto, occorre tener presente degli impatti organizzativi, dovuti alle riorganizzazioni e dagli interventi sulla rete ospedaliera, che potranno comportare dei rallentamenti sull'andamento dei PAC degli enti coinvolti. A titolo esemplificativo si citano alcuni significativi interventi di riorganizzazione previsti:

- trasformazione del San Filippo Neri da Azienda Ospedaliera a Presidio Ospedaliero a gestione diretta della ASL Roma E, mediante fusione per incorporazione del S. Filippo Neri nella ASL Roma E;
 - integrazione tra la ASL Roma A e la ASL Roma E;
- totale dismissione del Presidio Ospedaliero Forlanini con trasferimento dell'attività sanitaria al Presidio San Camillo.

Nei prossimi anni, alla luce di suddette premesse, si dovrà lavorare sulle attività di natura sostanziale previste dal PAC regionale, che nella maggior parte degli enti del SSR non sono state mai svolte; queste ultime rappresentano una criticità rilevante in termini di completezza ed affidabilità dei dati riportati in bilancio nonché in termini di investimento in competenze del personale dedicato.

Parallelamente, occorrerà lavorare sul raggiungimento degli obiettivi di certificabilità della GSA e del consolidato regionale dando esecuzione alle azioni poste alla base degli specifici PAC.

Nell'ambito del suo ruolo di coordinamento, la Regione dovrà continuare nel percorso di definizione delle linee guida sui controlli amministrativo contabili per i cicli aziendali rimanenti: *i)* rimanenze, *ii)* tesoreria; *iii)* patrimonio netto; *iv)* personale per porre le basi per la definizione di un sistema di controllo interno in grado di gestire i rischi amministrativo-contabili.

La sfida più importante è rappresentata dell'investimento nella diffusione della cultura del controllo interno in termini di: *i*) efficienza ed efficacia dei processi aziendali, *ii*) regolarità nella gestione, *iii*) attendibilità, completezza ed accuratezza delle informazioni contabili e gestionali, *iv*) affidabilità ed integrità del sistema informativo, *v*) salvaguardia dei beni aziendali, *vii*) rispetto della normativa vigente e delle procedure aziendali, *vii*) funzionalità della struttura e dei processi e *viii*) oggettività dei processi decisori.

Considerazioni finali

La "certificabilità" nasce dall'esigenza di garantire la chiarezza, la veridicità e la correttezza dei dati riportati in bilancio richiedendo delle modifiche agli assetti organizzativi, la governance pertanto si può ritenere una tematica che nella pubblica amministrazione, ma, soprattutto nella sanità, trasversale in quanto pervade la cultura aziendale, le strutture organizzative, i sistemi dei controlli interni ed esteri nonché i flussi informativi.

A partire dal Titolo II del D.Lgs. 118/2011 e con i successivi decreti sulla certificabilità, è stato avviato un percorso normativo dedicato al "bilancio" degli enti del SSN che è ancora oggi in fase di completa definizione; ci si aspettano, pertanto, degli ulteriori chiarimenti, delle modifiche, delle integrazioni che richiederanno una necessaria rivisitazione dell'impostazione del sistema.

Per quanto concerne il primo tassello sul quale occorrerà concentrarsi, ovvero sulla diffusione della cultura del controllo interno, nel grafico che segue, sono state individuate delle possibili situazioni che si possono paventare prendendo in considerazione il livello di l'affidabilità del sistema di controllo interno ed il grado di pervasività dell'apparato dei controlli esterni. In particolare:

- il livello di affidabilità del controllo interno è dato

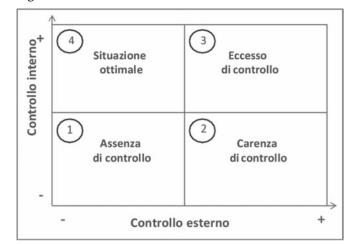


Fig. 1 – Schema sul livello di coordinamento dei controlli

Fonte: Elaborazione propria

dalla presenza di procedure, prassi e processi aziendali che garantiscono il presidio dei rischi amministrativo contabili significativi;

- il grado di pervasività del controllo esterno è dato dall'ampiezza e dalle tipologie di verifiche che i soggetti deputati al controllo si trovano a dovere attuare anche in relazione al livello di affidabilità del controllo interno.

Il quadrante 1 rappresenta una situazione estrema in cui il sistema controllo interno sostanzialmente presidia taluni rischi aziendali o specifici cicli aziendali ed allo stesso tempo questa carenza non viene colmata da un efficace controllo esterno.

I quadranti 2 e 3 rappresentano le situazioni in cui vi è una elevata attività di verifica demandata ai soggetti esterni accompagnata nel quadrante 2 dall'esigenza di sopperire all'assenza di adeguati controlli interni su taluni rischi aziendali o specifichi cicli aziendali mentre, nel quadrante 3, dal mancato coordinamento di tutti i soggetti deputati al controllo.

Il quadrante 4 rappresenta la situazione caratterizzata da un adeguato coordinamento tra i due sistemi di controllo. In tale ambito la cultura aziendale è fortemente orientata al controllo che si concretizza nella presenza di adeguate procedure, prassi e processi che garantiscono il presidio dei rischi amministrativo-contabili ritenuti significativi pertanto, i soggetti esterni deputati al controllo sono chiamati a svolgere le loro funzioni ordinarie sulle aree di propria competenza e magari senza generare inutili aggravi all'amministrazione.

Con la finalità di giungere alla situazione ottimale, congiuntamente all'introduzione della revisione contabile, si renderà necessaria una riorganizzazione dell'intero assetto dei controlli esterni ridefinendo, tra gli altri, i compiti e le responsabilità del collegio sindacale.

In fine, per fare sì che l'interno percorso di "certificabilità" si compia in maniera efficace e senza spreco di risorse, occorrerebbe:

- 1) prevedere un coordinamento a livello centrale che accompagni le regioni nella fase di implementazione così come è stato previsto per il Titolo I del D.Lgs. 118 sul tema dell'armonizzazione contabile; in questo modo si potrà intervenire con dei chiarimenti e/o con delle modifiche normative su quelle criticità che si manifesteranno durante l'operatività dei PAC;
- 2) dotare gli enti del SSN di competenze e professionalità adeguate soprattutto in quei contesti regionali che, negli ultimi decenni, si sono dovuti focalizzare quasi esclusivamente sul raggiungimento degli obiettivi di equilibrio economico-finanziario previsti dal piano di rientro sanitario:
- 3) prevedere un adeguato sistema sanzionatorio che coinvolga le figure istituzionali regionali e degli enti del SSN

Alla stato attuale la strada che gli enti del SSN hanno intrapreso è ancora tutta in salita.

Ringraziamenti

L'Autrice ringrazia il Prof. Luca Del Bene, che ha supervisionato la stesura del project work su cui si basa questo lavoro nell'ambito del Master universitario di II Livello Management delle Aziende Sanitarie della LUISS Business School, i suoi colleghi ed il personale regionale.

Il lungo e difficile processo per l'istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Francesca Romana Greco

Si avvia forse a conclusione il percorso, intrapreso nel nostro Paese fin dal 2008, attraverso il quale dovrebbe divenire realtà concreta, a livello intra e interregionale, nazionale e anche europeo, lo strumento operativo che va sotto la denominazione di «Fascicolo sanitario elettronico» e che può essere considerato come la realizzazione di una completa, moderna sanità digitale. Ai primi dello scorso settembre, è stato finalmente varato l'atteso Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che approva il Regolamento concernente i contenuti del FSE e disciplina la sua alimentazione e consultazione, con riguardo in particolare alla tutela dei dati sulla salute del paziente, rendendo così possibile l'attivazione, entro il 31 dicembre 2015, dell'infrastruttura operativa informatica finalizzata ad assicurare l'interoperabilità del sistema del FSE a livello regionale, nazionale ed europeo.

Funzione e finalità del Fascicolo Sanitario Elettronico

Il FSE - secondo la definizione dell'art. 12 del D.L. n. 179/2012 - «è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito».

Per sua natura, il FSE ha carattere individuale, nel senso che è riferito alla persona di ciascun cittadino, del quale raccoglie, in formato elettronico, la documentazione clinica, generata dai vari attori del Sistema sanitario, di tutti gli eventi sanitari che nell'arco dell'intera vita lo abbiano riguardato. Esso rappresenta "il punto di aggregazione e di condivisione delle informazioni e dei documenti clinici afferenti al cittadino".

Suo obiettivo primario è quello di fornire ai clinici, e ai medici in genere, una visione globale e unificata dello stato di salute dei soggetti che hanno in cura. Infatti, le tipologie di informazioni contenute nel FSE riguardano: i ricoveri ospedalieri; le prestazioni specialistiche ambulatoriali; quelle farmaceutiche; l'assistenza residenziale e la domiciliare; gli accessi al Pronto Soccorso.

Tuttavia, il citato art. 12 indica, come finalità del FSE, accanto a «prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione», anche «studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico», nonché «programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria».

Allo strumento, pertanto, hanno facoltà di accedere, oltre agli operatori dipendenti e convenzionati del SSN e dei servizi socio-sanitari regionali - «che l'assistito abbia previamente abilitato e limitatamente alle informazioni pertinenti al processo di cura in atto» - anche le regioni, le province autonome e il Ministero della salute, esclusivamente per finalità di ricerca e di programmazione sanitaria nonché il Ministero del lavoro e delle politiche sociali solo per finalità di programmazione. Per questi fini, l'accesso delle pubbliche amministrazioni è consentito limitatamente ad informazioni e dati resi anonimi.

L'inserimento nel FSE di dati e informazioni concernenti l'assistito può avvenire solo dopo che l'interessato sia stato informato sulla tipologia dei dati e delle finalità del trattamento da parte del personale del SSN, nonché dopo che il medesimo abbia espresso il suo preventivo consenso (sempre facoltativo), sia all'inserimento, sia alla sua consultazione.

La legge stabilisce che il FSE deve essere accessibile anche al cittadino, del quale deve contenere, al fine di facilitarne la consultazione, anche il cd. "Profilo sanitario sintetico" o patient summary che riassume la storia clinica del paziente e la sua situazione corrente, accompagnata da dati clinici significativi utili in caso di emergenza. Questo documento sintetico dovrebbe essere creato e aggiornato dal medico di fiducia del medesimo. L'interessato può chiedere che vi siano inseriti dati medici in suo possesso.

Nell'ambito del FSE, una sezione - denominata "Taccuino personale del cittadino" - può essere riservata all'inserimento diretto, da parte di quest'ultimo, di dati ed informazioni personali, ancorché "non certificate", in suo possesso (es. dati sull'attività sportiva o sul nucleo familiare, misure dei parametri di monitoraggio, ecc.).

Questa struttura informatica, squisitamente pazientecentrica, è dunque alimentata in maniera continuativa, permettendo la navigazione fra i documenti clinici in modalità differenti a seconda del tipo di indagine che si intenda svolgere.

Il punto sull'attivazione del FSE

L'istituzione del FSE è compito delle regioni e province autonome, che devono provvedervi «nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali» (art. 12, co. 2).

Purtroppo, come per la digitalizzazione della generalità dei servizi offerti dalla pubblica amministrazione, anche per la realizzazione di questo strumento di straordinaria utilità per una migliore e più economica gestione dei processi operativi in sanità, si registra una situazione di ritardo, dovuta, oltre che alle lungaggini burocratiche, alla mancanza della cd. banda larga, a causa della quale la connettività a Internet è, nel nostro Paese, tra le più lente in Europa.

Dai dati resi disponibili al riguardo dal Ministero della Salute, si desume, tuttavia, che se i risultato voluto non è stato ancora raggiunto, piuttosto diffuso è stato ed è invece l'impegno delle regioni per l'istituzione del FSE.

In effetti, il processo attuativo è stato rallentato negli anni passati dal fatto che in esso interagiscono numerosi organismi istituzionali: Ministero della Salute, Agenzia per l'Italia Digitale, Regioni e Province Autonome, Garante per la protezione dei dati personali, ognuno investito per legge del compito di contribuire, per la parte di competenza, alla realizzazione dell'innovativo sistema informatico di raccolta dei dati clinici del paziente; causa prima, probabilmente, del notevole ritardo verificatosi nell'emanazione dei decreti attuativi previsti dall'art. 12 del D.L. n. 179/2012.

Nella legge, il percorso di attuazione del FSE era articolato, infatti, in quattro scadenze: entro la prima di queste, fissata al 19 marzo 2013 (data di entrata in vigore della legge di conversione del D.L. n. 179), il Ministro della Salute e quello per l'Innovazione tecnologica avrebbero dovuto regolamentare, con uno o più decreti, gli aspetti essenziali del FSE: dal suo contenuto, ai compiti e responsabilità dei soggetti che concorrono ad implementarlo; dalle modalità di accesso, alle garanzie e misure di sicurezza nel trattamento dei dati personali dell'assistito; e così via, fino ai criteri per l'interoperabilità del FSE a livello regionale, nazionale ed europeo, nel rispetto delle regole tecniche del sistema pubblico di connettività (art. 12, co. 7).

Peraltro, come stabilito dal citato art. 12, D.L. n. 179, l'Agenzia per l'Italia Digitale e il Ministero della salute hanno varato, alla prescritta data del 31 marzo 2014, le *Linee guida per la presentazione dei piani di progetto regionali per la realizzazione del FSE* entro il 30 giugno dello stesso anno. Era inoltre previsto che Regioni e P.A. avrebbero attivato il FSE entro il 30 giugno 2015, data poi prorogata al 31 dicembre prossimo.

Il termine per la presentazione dei piani di progetto è stato sostanzialmente rispettato dalle regioni e province autonome, ma l'AGID e il Ministero competente hanno potuto provvedere solo informalmente, a causa proprio della mancanza dei predetti decreti attuativi, alla loro validazione richiesta dalla legge.

L'entrata in vigore del Regolamento - la cui approvazione è avvenuta con DPCM anziché "con uno o più decreti" interministeriali, come previsto in origine - dovreb-

be consentire di completare rapidamente tale adempimento, in modo di consentire alle regioni di rispettare il termine del 31 dicembre per l'immissione in Rete a livello nazionale i rispettivi FSE.

Naturalmente, per raggiungere appieno l'obiettivo, occorre che sia anche realizzata l'Infrastruttura nazionale di interoperabilità tra le regioni, da definire secondo le specifiche tecniche di interoperabilità già da tempo pubblicate dall'AGID. Come evidente si tratta di uno strumento strategico che, evitando il ricorso a infrastrutture regionali tra loro incompatibili, deve rendere concreta l'interazione tra i FSE presenti nelle piattaforme regionali, vale a dire la possibilità dello scambio delle informazioni su scala nazionale ed europea.

Non resta che attendere l'effettiva implementazione dell'infrastruttura e sperare che, con l'inizio del nuovo anno, il FSE sia finalmente a disposizione degli operatori sanitari e dei cittadini con modalità uniformi sull'intero territorio nazionale.

In base al Regolamento, le regioni e le province autonome sono tenute ad assicurare, già in sede di prima applicazione delle disposizioni in esso contenute, «la disponibilità dei servizi per l'accesso dell'assistito al proprio FSE; dei servizi per il collegamento e l'abilitazione all'accesso ed alla alimentazione del FSE da parte dei medici di base e delle strutture sanitarie; dei servizi a supporto dell'interoperabilità; dei servizi per la gestione dei referti di laboratorio; dei servizi per la definizione del Profilo sanitario sintetico».

È evidente, dunque, che dovendo l'infrastruttura tecnologica per l'interoperabilità del FSE "integrare tra loro tutte le strutture che a vario titolo concorrano alla produzione (e/o alla consultazione) di eventi concernenti l'interazione del singolo cittadino con il SSN", la sua mancata attivazione impedirebbe alle regioni di garantire sia la consultazione di documenti che lo compongono, sia la gestione dell'evoluzione temporale degli stessi.

I RILIEVI DEL GOVERNO NAZIONALE SUL NUOVO SISTEMA SANITARIO LOMBARDO

Non si sono fatte attendere le reazioni del Governo rispetto alla radicale riforma del sistema socio sanitario regionale, approvato in Lombardia prima della pausa estiva.

Con l'esplicita previsione di un possibile ricorso alla Corte Costituzionale, affinché ne valuti la conformità ai principi fondamentali dell'ordinamento sanciti dalla legislazione nazionale - che quella concorrente delle regioni è tenuta ad osservare ai sensi dell'art. 117 Cost. - il Ministro Lorenzin, nel corso di una riunione al Ministero della Salute, ha presentato ai due Relatori della legge regionale (Fabio Rizzi, Lega Nord e Angelo Capelli, NCD), intervenuti in rappresentanza della Regione Lombardia, le osservazioni del suo Dicastero e quelle dei Ministeri dell'Economia e della Giustizia, in merito agli aspetti che, a parere del Governo, devono essere rivisti e corretti.

Le riserve ministeriali si riferiscono, in primo luogo, all'eccessiva autonomia conferita alle nuove Aziende socio sanitarie territoriali (ASST), preposte ad un sistema unitario, comprensivo dell'assistenza sanitaria e di quella sociale, che accentra nelle medesime l'attività e le competenze sia degli ospedali (non più autonomi, quand'anche di rilievo nazionale) preposti alla cura delle acuzie, sia delle strutture distrettuali e territoriali in genere preposte all'assistenza residenziale e domiciliare ai cronici, ai disabili e agli anziani.

In tale contesto, le perplessità governative si appuntano, nello specifico, sui criteri stabiliti per la liquidazione delle precedenti aziende ospedaliere; sulla possibilità di addivenire, a livello regionale, alla stipula di contratti collettivi di lavoro, in aggiunta a quello nazionale, nei confronti degli operatori sanitari; sulla previsione di una nuova disciplina dell'attività libero professionale intramoenia, al cui espletamento sarebbero ammessi anche talune figure di professionisti sanitari non medici. Con riferimento a quest'ultima norma, è stata sottolineata la necessità di tenere presente la recente sentenza della Corte Costituzionale, secondo la quale, alla luce della normativa vigente, soltanto ai medici (e non anche agli infermieri) può essere consentito di eseguire, alle condizioni e nei limiti previsti dalla legge, prestazioni a pagamento all'interno degli ospedali del SSN.

Il Governo avrebbe chiesto, inoltre, che in sede di revisione del testo della riforma sia adottata, anche per sanità lombarda, la denominazione di "servizio" in luogo di "sistema" sociosanitario.

Risulta che dall'incontro è scaturito un accordo per cui il Consiglio regionale provvederebbe senz'altro al riesame e all'adeguamento delle parti del provvedimento oggetto dei rilievi ministeriali, condivisi dai rappresentanti regionali.

Questi ultimi, nel dichiararsi soddisfatti dell'intesa raggiunta, hanno rilevato che essa, in definitiva, lascia sostanzialmente "immutato l'impianto complessivo della riforma, riconoscendo la specificità e l'autonomia del sistema lombardo": in effetti, le parti avrebbero anche deciso di prevedere un periodo di "sperimentazione" per valutare se e quali benefici la riforma apporterà al Servizio sanitario della Regione. (*F.R.Greco*)

Rassegna di Giurisprudenza

a cura di Mario Greco Esperto di Legislazione sanitaria

L'indicazione dei capi d'incolpazione, in sede disciplinare, si configura sempre come attività lecita oltre che necessaria

Corte di Cassazione, Sez. III civ. - Sentenza 24 giugno 2015, n. 19246

FATTO - Un avvocato iscritto all'Albo dell'Ordine professionale di Gorizia citava in giudizio davanti al locale Tribunale i componenti di quel Consiglio dell'Ordine per sentirli condannare al risarcimento dei danni arrecatigli da due procedimenti disciplinari promossi nei suoi confronti. La sentenza del Tribunale di Gorizia, che ha rigettato la domanda, è stata poi confermata dalla Corte d'appello di Trieste con sentenza del 25 giugno 2013. Avverso tale decisione il professionista ha proposto ricorso per cassazione.

DIRITTO - La sentenza della Suprema Corte osserva anzitutto che, correttamente, la Corte d'appello ha qualificato l'oggetto della controversia come accertamento della responsabilità dei singoli componenti del Consiglio dell'Ordine per i danni cagionati al ricorrente con il loro voto ed ha ritenuto che la fattispecie doveva essere inquadrata nell'ambito dell'art. 2043 c.c.; che mancava in radice il fatto illecito generatore di responsabilità, non potendo essere tale l'aver concorso all'apertura di un procedimento disciplinare in quanto dalla legge professionale vigente all'epoca, ed in particolare dal disposto dell'art. 38 del R.D. 1578/33, si ricava che tale procedimento non era altro che il mezzo attraverso il quale il Consiglio dell'Ordine degli avvocati accerta se il soggetto incolpato abbia posto o meno in essere comportamenti contrari alla dignità e al decoro professionale. Di conseguenza, essendo l'esercizio dell'azione disciplinare da parte dei componenti del Consiglio dell'ordine attività non solo lecita e legittima, ma anzi doverosa, mancava l'antigiuridicità della condotta. Nell'ambito di tale sistema, la formulazione di capi d'incolpazione si configura non solo come attività lecita, ma necessaria al fine di garantire il principio del contraddittorio o di permettere al professionista di difendersi, di talché quanto in essi contestato non può configurarsi come ingiuria e diffamazione. (Omissis)

In relazione a tale motivazione della sentenza d'appello, la Corte di cassazione ha quindi ritenuto tutti infondati i sei motivi di censura addotti dal ricorrente, ed ha così motivato la propria decisione anche alla luce della pregressa giurisprudenza delle Sezioni Unite:

«La decisione adottata dai giudici di merito è conforme a quanto affermato dalle Sezioni Unite con sentenza n. 15873/2013, vale a dire che il codice deontologico forense non ha carattere normativo ma è costituito da un insieme di regole che gli organi di governo degli avvocati si sono date per attuare i valori caratterizzanti la professione e garantire la libertà, la sicurezza e la inviolabilità della difesa, con la conseguenza che la violazione di detto codice rileva in sede giurisdizionale, solo in quanto sì colleghi all'incompetenza, l'eccesso di potere o la violazione di legge, cioè ad una delle ragioni per le quali il R.D.L. n. 1578/1933, art. 56, co. 3, convertito con modificazioni nella L. n. 36/1934, consente il ricorso alle sezioni unite della Cassazione, che è possibile esclusivamente in caso di uso del potere disciplinare dagli ordini professionali per fini diversi da quelli per cui la legge lo riconosce (cfr. S.U., n. 21584/2011; n. 2637/2009; e n. 20360/2007).

Inoltre, premesso che il codice deontologico forense prevede l'obbligo generale per gli avvocati di "adempiere al loro ministero con dignità e decoro, come si conviene all'altezza della funzione che sono chiamati ad esercitare nell'amministrazione della giustizia" e, in particolare, di «comportarsi in giudizio con lealtà e probità» (articoli 12, co. 1, R.D.L. n. 1578/1933 e 88, co. 1, c.p.c.), è da dire che, mentre l'accertamento della non conformità della condotta degli iscritti agli ordini professionali ai canoni della dignità e del decoro professionale è rimesso agli ordini medesimi - i quali hanno il potere di emanare norme di deontologia che gli iscritti sono tenuti ad osservare sotto pena d applicazione di sanzioni disciplinari - il rispetto dell'autonomia degli ordini rende inammissibile la censura di violazione di legge avverso le decisioni del Consiglio nazionale forense in materia disciplinare che si risolva nella prospettazione di un asserito contrasto di dette decisioni con le norme deontologiche (cfr., in terminis, Cass., S.U. civ., sent. n. 762/2002; sent. n. 5164/2004).

8. A tali principi si sono attenuti i giudici di merito ritenendo che il comportamento degli ordini professionali non era altro che il mezzo per esercitare il controllo loro demandato affinché il comportamento dell'incolpato non sia contrario alla dignità e al decoro professionale.»

LE MASSIME - L'accertamento della non conformità della condotta degli iscritti agli Ordini professionali ai canoni della dignità e del decoro professionale è rimesso agli Ordini medesimi, i quali hanno il potere di emanare norme di deontologia che gli iscritti sono tenuti a osservare sotto pena di applicazione di sanzioni disciplinari.

Nell'ambito dell'azione disciplinare la formulazione di capi d'incolpazione si configura non solo come attività lecita, ma necessaria al fine di garantire il principio del contraddittorio o di permettere al professionista incolpato di difendersi.

La figura del massaggiatore masso-fisioterapista non può essere ricompresa nell'ambito delle professioni sanitarie

Consiglio di Stato, Sez. III - Sentenza 9 luglio 2015, n. 4572

FATTO - Con ricorso al TAR Umbria, l'Associazione dei Fisioterapisti italiani (AIFI) impugnava la delibera G.R. n. 909/2006, con cui la Regione pianificava la formazione del personale dei servizi sanitari per il triennio 2005/2008 e disponeva l'attivazione presso l'Istituto privato "Enrico Fermi" di Perugia, nell'ambito dei "profili sanitari non oggetto di formazione universitaria", del corso di "massaggiatore massofisioterapista" con ridefinizione del relativo percorso formativo, che da biennale diveniva triennale. Impugnava, altresì, la delibera di G.R. n. 1105/2009 con cui, nel pianificare la formazione per il triennio successivo 2009-2011, si autorizzava la prosecuzione dei corsi, nonostante l'invito rivolto dall'Associazione ricorrente alla Regione a revocare la precedente delibera, e si disponeva, inoltre, l'attivazione di corsi per "massaggiatore sportivo", senza contemplare la possibilità di accesso dei fisioterapi-

Lamentava l'AIFI che tale decisione si pone in contrasto con la vigente normativa e denota eccesso di potere per manifesta contraddittorietà, difetto d'istruttoria, travisamento dei fatti, incongruenza e insufficienza della motivazione, sviamento. La questione, nel merito, riguardava la collocazione nell'ambito del SSN della figura del massaggiatore masso-fisioterapista, che sarebbe stata soppressa (salvo le qualifiche ad esaurimento e i massaggiatori non vedenti) invadendo la sfera di attribuzioni della figura del fisioterapista, disciplinata positivamente e la cui qualificazione avviene, ormai, a livello di diploma universitario.

Nel 2010, il TAR Umbria rigettava il ricorso, tranne che per la parte in cui la delibera regionale n. 1105 del 2009 non consente l'accesso dei fisioterapisti ai corsi per massaggiatore sportivo.

L'AIFI ha quindi proposto appello al CdS, deducendo la violazione e falsa applicazione della L.R. n. 69/1981 (artt. 2 e 3) e delle Leggi dello Stato sul riordino delle professioni sanitarie non mediche; nonché la violazione dei criteri di riparto delle competenze tra lo Stato e le Regioni ai sensi dell'art. 117, co. 2, Cost.

Il Consiglio di Stato ha così motivato la sentenza di rigetto dell'appello.

DIRITTO - «1. - L'appello è infondato.

(Omissis)

4. - Ad avviso del Collegio, la sentenza (impugnata) muove correttamente dalla disciplina di cui all'art. 1 della L. n. 43/2006: mentre il co. 1 si occupa delle professioni sanitarie (individuandole in quelle previste dal D.M. Sanità 29 marzo 2001, in attuazione della L. n. 251/2000) che svolgono attività di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione in forza di titolo abilitativo rilasciato dallo Stato; il co. 2 prevede che resta ferma la competenza delle regioni nell'individuazione e formazione di profili di "operatori di interesse sanitario", non riconducibili alle professioni sanitarie come definite dal co. 1, che si connotano per la mancanza di autonomia professionale e a cui corrisponde una formazione di livello inferiore.

L'argomento centrale di questa interpretazione è rappresentato, per un verso, dalla constatazione della mancata espressa soppressione della figura del massaggiatore nel momento in cui sono state riordinate le professioni sanitarie non mediche (tanto che non sono state chiuse le Scuole regionali di Catania e Palermo e quelle statali di Firenze e Napoli e non è stata modificata la possibilità di accesso da parte degli alunni vedenti).

Per altro verso, la previsione del comma 2 dell'art. 1 citato, ha un tenore inequivocabile in quanto espressamente prevede figure sanitarie di formazione regionali "atipiche" (operatori di interesse sanitario), diverse da quelle ricomprese nel primo comma dell'art. 1 (a numero chiuso, che sono solo quelle individuate dal D.M. 29 marzo 2001, salvi i successivi aggiornamenti). In tal senso, si è già espressa questa Sezione con sent. n. 3325/2013, affermando che "la figura del masso-fisioterapista, il quale abbia conseguito un titolo di formazione regionale, ben può rientrare nel novero degli operatori di interesse sanitario, con funzioni ausiliarie, anche se non può in alcun modo essere ricompreso nell'ambito delle professioni sanitarie, trattandosi comunque di una attività pur sempre di carattere "servente ed ausiliaria" rispetto alle pertinenti professioni sanitarie (cfr. Corte Cost. n. 300/2007)".

Non può che ribadirsi, dunque, conformemente alla giurisprudenza di questa Sezione, che non essendo intervenuto atto di individuazione della figura del masso fisioterapista come una di quelle da riordinare, né tantomeno atti di riordinamento del relativo corso di formazione o di esplicita soppressione, la professione (e relativa abilitazione) de qua è in sostanza rimasta configurata nei termini del vecchio ordinamento (con la natura giuridica di libera professione, ai sensi della L. n. 403/1971; cfr. C.d.S., Sez. IV, n. 567/1985), con conseguente conservazione dei relativi corsi di formazione (cfr. C.d.S., Sez. IV, n. 3218/2011; Sez. III, n. 3325/2013 cit.).

Peraltro, alla luce della richiamata sentenza di questa Sezione n. 3325/2013, va rigettata anche la censura circa la mancata istituzione da parte della Regione del "nuovo profilo" di masso fisioterapista quale "operatore d'interesse sanitario", previa individuazione delle relative mansioni e del fabbisogno.

Giurisprudenza

4.1 - Neppure è pertinente il richiamo alla sentenza della Corte Costituzionale n. 449/2006, in quanto non si versa nell'ipotesi di introduzione di una nuova figura professionale, né del mantenimento in vita di figure soppresse, né di prevedere un percorso formativo diverso da quanto previsto dal legislatore statale (la sentenza afferma che nella materia delle "professioni", debbono ritenersi riservate allo Stato sia l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili ed ordinamenti didattici (sent. n. 40/2006; n. 424, n. 355 e n. 319 del 2005), sia la disciplina dei titoli necessari per l'esercizio delle professioni (sent. n. 153/2006), sia l'istituzione di nuovi albi (sent. n. 40/2006; n. 424 e n. 355/2005).

I masso-fisioterapisti formati dall'Istituto Fermi su autorizzazione regionale corrispondono, invece, al profilo previsto dalla L. n. 403/1971 e dal D.M. 7 settembre 1976, avente ad oggetto i programmi di insegnamento presso le scuole professionali statali per non vedenti di Firenze e Napoli.

5. - Per tutte le argomentazioni già svolte, va affermato che la permanente validità dei corsi di formazione regionale, per il mancato riordino della figura professionale, legittimava la Regione Umbria all'adozione del piano di cui alla delibera n. 1105 del 27 luglio 2009 anche nella parte in cui, nel disporre l'attivazione di corsi per "massaggiatore sportivo", ha consentito l'accesso ai masso-fisioterapisti, senza distinzione circa l'epoca di conseguimento del titolo presupposto.»

LA MASSIMA - La figura del masso-fisioterapista, che abbia conseguito un titolo di formazione regionale, ben può rientrare nel novero degli "operatori di interesse sanitario, con funzioni ausiliarie", anche se non può in alcun modo essere ricompreso nell'ambito delle professioni sanitarie, trattandosi comunque di una attività pur sempre di carattere "servente ed ausiliaria" rispetto alle pertinenti professioni sanitarie. Non essendo intervenuto alcun atto di individuazione della figura del masso fisioterapista, detta professione rimane configurata nei termini del vecchio ordinamento, con formazione a livello regionale.

È legittimo il licenziamento per giusta causa dell'infermiere per grave negligenza in servizio, causa di un possibile pregiudizio alla persona dell'assistito

Corte di Cassazione, Sez. Lavoro - Sentenza 19 febbraio 2015, n. 16336

FATTO - Una Cooperativa Sociale a r.l. onlus di XXY ha contestato a un proprio dipendente a tempo indeterminato, con qualifica di infermiere professionale (categ. D, livello D2), due addebiti: il primo, di essersi accinto ad effettuare un prelievo di sangue ad una paziente per la quale non era previsto, operazione, peraltro, che non aveva

in effetti eseguito per la pronta reazione della paziente medesima; il secondo, di aver inviato presso il pronto soccorso del vicino ospedale una paziente accompagnata da scheda sanitaria e copia del documento di identità di altra paziente, causando così ritardi nelle prescrizioni degli esami diagnostici e l'errata archiviazione degli esami eseguiti nel sistema applicativo. A seguito di procedimento disciplinare, il lavoratore è stato licenziato per giusta causa senza preavviso, con lettera raccomandata.

L'interessato ha impugnato il licenziamento, ai sensi dell'art. 1, co. 48, L. n. 92/2012, dinanzi al Tribunale di Bologna, che ha rigettato l'impugnativa con ordinanza. Proposto il ricorso in opposizione, anch'esso è stato rigettato dal Tribunale. La relativa sentenza è stata impugnata dinanzi alla Corte d'appello di Bologna, la quale ha accolto il gravame e, per l'effetto, ha annullato il licenziamento; ha ordinato l'immediata reintegrazione del lavoratore nel posto di lavoro precedentemente occupato; ha condannato la Cooperativa al risarcimento del danno subito dal lavoratore, liquidato in dodici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, oltre agli accessori di legge, nonché alla regolarizzazione della posizione contributiva e assistenziale del lavoratore ha infine condannato la medesima al pagamento delle spese delle precedenti fasi del giudizio.

Contro la sentenza d'appello, il datore di lavoro ha proposto ricorso per cassazione sostenuto da un unico articolato motivo. Il lavoratore ha resistito con controricorso.

DIRITTO - La Suprema Corte - respinta preliminarmente l'eccezione di inammissibilità del controricorso, sollevata dalla Cooperativa - ha così motivato l'accoglimento del motivo di ricorso e il conseguente annullamento della impugnata decisione con rinvio alla Corte d'Appello di Bologna in diversa composizione.

«7. Il motivo di ricorso ha ad oggetto la violazione e la falsa applicazione dell'art. 42, lettera E) del ccnl per i lavoratori delle cooperative del settore sociosanitario assistenziale, educativo e di inserimento lavorativo del 2006-2009, sottoscritto il 30 luglio 2008, nonché la violazione e la falsa applicazione dell'art. 2119 c.c. Esso è articolato sotto quattro diversi profili.

8. a) Sotto il primo profilo, ... la sentenza ... non avrebbe dato il dovuto rilievo non solo al "potenziale grave pregiudizio" che sarebbe potuto derivare dalla condotta tenuta dal lavoratore, ma anche alla gravità della negligenza in cui questo era incorso, considerato che l'errore circa la documentazione di accompagnamento della paziente era stato scoperto e riparato solo dal personale del pronto soccorso e solo dopo circa un'ora e mezzo dall'arrivo della paziente, che non aveva accompagnatori ed era in coma. La condotta addebitata era dunque inquadrabile nell'ipotesi di cui all'art. 42, lettera E), che prevede il licenziamento in caso di "grave negligenza nell'esecuzione dei lavori che implichino pregiudizio all'incolumità delle persone o alla sicurezza degli ambienti affidati".

- 9. b) Sotto il secondo profilo, nell'addebitare la violazione degli artt. 1362 e 1363 c.c., la Corte non ha tenuto conto delle espressioni letterali usate nella norma citata ed ha ritenuto che i fatti rientrassero nell'ipotesi sanzionata con la multa (art. 42, lett. c): "negligenza nei propri compiti, quando non abbia arrecato danno").
- 10. c) Sotto il terzo profilo ... la sentenza non ha dato rilievo al precedente disciplinare in cui era incorso il lavoratore e per il quale gli era stato inflitto il richiamo verbale, a causa di comportamenti negligenti e non professionali tenuti in servizio (irreperibilità durante i turni di servizio) e inadeguati nei confronti di ospiti e familiari; non aveva altresì considerato le dichiarazioni rese sul punto dai parenti dei pazienti ricoverati.
- 11. d) Sotto il quarto profilo la ricorrente ... inquadra la condotta del lavoratore tra le "azioni in grave contrasto con i principi della cooperativa", che legittimano il licenziamento ai sensi dello stesso art. 42, ritenendo erronea l'affermazione della Corte secondo cui perché sussista tale ipotesi è necessario l'elemento intenzionale. Inoltre, il Collegio d'appello non aveva considerato che gli errori commessi dal lavoratore potevano costituire un'ipotesi di inadempimento da parte della stessa cooperativa degli obblighi nascenti dal contratto di servizio con la ASL di XXY, con grave pregiudizio anche economico di essa cooperativa.
 - 12. Il motivo è fondato nella sua intera articolazione.
- 13. È opportuno premettere che, secondo principi pressoché consolidati di questa Corte (v. ex multis, Cass., n. 5095/2011), la giusta causa di licenziamento, quale fatto "che non consenta la prosecuzione, anche provvisoria, del rapporto", è una nozione che la legge allo scopo di un adeguamento delle norme alla realtà, articolata e mutevole configura con una disposizione inquadrabile nelle cosiddette clausole generali, di contenuto limitato e generico che richiede di essere specificato in sede interpretativa, mediante la valorizzazione sia di fattori esterni relativi alla coscienza generale, sia di principi che la stessa disposizione tacitamente richiama. Tali specificazioni del parametro normativo hanno natura giuridica e la loro disapplicazione è quindi deducibile in sede di legittimità come violazione di legge (Cass., n. 21575/2008).
 - 14. (Omissis)
- 15. Nel formulare il giudizio sulla sussistenza della giusta causa, il giudice deve valutare, da un lato, la gravità dei fatti addebitati al lavoratore, in relazione alla portata oggettiva e soggettiva dei medesimi, alle circostanze nelle quali sono stati commessi ed all'intensità dell'elemento intenzionale, dall'altro la proporzionalità fra tali fatti e la sanzione inflitta, stabilendo se la lesione dell'elemento fiduciario su cui si basa la collaborazione del prestatore di lavoro sia in concreto tale da giustificare o meno la massima sanzione disciplinare (Cass., n. 25608/2014). E anche nell'ipotesi in cui la disciplina collettiva preveda un determinato comportamento quale giusta causa di licenziamento, il giudice investito della legittimità di tale recesso deve comunque valutare alla stregua dei parametri di cui all'art. 2119 c.c., l'effettiva gravità del

- comportamento stesso alla luce di tutte le circostanze del caso concreto, con l'ulteriore precisazione che la previsione di ipotesi di giusta causa di licenziamento contenuta in un contratto collettivo non vincola il giudice, dato che questi deve sempre verificare, stante l'inderogabilità della disciplina dei licenziamenti, se quella previsione sia conforme alla nozione di giusta causa, di cui all'art. 2119 c.c., e se, in ossequio al principio generale di ragionevolezza e di proporzionalità, il fatto addebitato sia di entità tale da legittimare il recesso, tenendo anche conto dell'elemento intenzionale che ha sorretto la condotta del lavoratore (Cass., n. 16260/2004; n. 2906/2005; n. 6498/2012).
- 16. Alla luce di questi principi, la valutazione compiuta dalla corte territoriale, nel pervenire al giudizio di illegittimità del licenziamento intimato al XXX, non è appagante.
- 17. I fatti contestati al lavoratore sono ormai incontrovertibilmente accertati e riguardano due diversi episodi, collocati a breve distanza di tempo l'uno dall'altro: (omissis)
- 18. La corte territoriale ha ritenuto entrambe queste condotte caratterizzate da "disattenzione del lavoratore nell'esecuzione della propria prestazione", ma ha escluso che esse integrassero un comportamento di "grave contrasto con i principi della cooperativa". Ha altresì negato che esse potessero inquadrarsi nell'ipotesi di cui alla lett. e) dell'art. 42 ccnl richiamato, in assenza di un pregiudizio all'incolumità e all'integrità psico-fisica di entrambe le pazienti. Per contro, ha sostenuto che i fatti dovessero rientrare nell'ipotesi di "irregolarità di servizio, abusi, disattenzione, negligenza nei propri compiti, quando non abbiano arrecato un danno" per cui il ccnl prevede la sanzione della multa (art. 42 lett. c). Ha quindi aggiunto che la contrattazione collettiva, nel distinguere la "grave negligenza" da cui sia derivato un "pregiudizio all'incolumità delle persone" (per cui è previsto il licenziamento senza preavviso), dalla disattenzione o negligenza che non arrechino danno (e per cui è prevista la sanzione della multa), "esclude radicalmente che, al fine di valutare la condotta del dipendente, possa farsi riferimento al concetto di potenzialità del danno evocato da parte reclamata".
- 19. Il giudizio espresso dalla Corte d'appello non appare coerente sul piano logico e non è rispettoso della volontà delle parti come espressa nella norma di cui all'art. 42 del ccnl. Le sue considerazioni sia in ordine al giudizio di "gravità" della negligenza, che pure riconosce nella condotta del lavoratore, sia in ordine al concetto di "pregiudizio per l'incolumità", poste come presupposto della valutazione (negativa) della gravità della condotta del lavoratore, anche nel giudizio di proporzionalità, sono meramente assertive e non possono essere ricondotte ai canoni giuridici delle massime di esperienza, o dei fatti notori, come precisati dalla giurisprudenza di questa Corte.
- 20. In particolare, i giudici bolognesi non hanno tenuto in adeguato conto le specifiche mansioni di infermiere professionale attribuite al lavoratore, le particolari condizioni di soggezione e di inferiorità psico-fisica in cui versavano le due pazienti (la seconda, in coma e senza ac-

Giurisprudenza

compagnatore), e in genere le persone di cui egli è tenuto a prendersi cura (essendo incontestato che la Cooperativa gestisce una casa di residenza per anziani di medicina) nell'ambito dei compiti inerenti al suo profilo professionale ed il tipo di disattenzione commessa. Ed infatti la Corte territoriale non ha valutato compiutamente la condotta dell'incolpato, riguardante un trattamento non disposto dai sanitari, la cui esecuzione (a differenza di quanto assume, non senza una certa disinvoltura, la Corte territoriale, che ritiene "notorio" che un prelievo di sangue non possa compromettere la salute del paziente) non può essere considerato un fatto di per sé innocuo, trattandosi in ogni caso di un intervento sanitario che incide sull'integrità psico-fisica del soggetto, e per il quale è necessario che sussistano gli estremi, oltre al consenso dell'interessato. Per di più, il comportamento del lavoratore, relativo all'errata trasmissione della documentazione sanitaria e anagrafica, avrebbe potuto indurre i sanitari del pronto soccorso a scelte inappropriate, sia sotto il profilo diagnostico sia sotto quello terapeutico. Con particolare riguardo a questo secondo episodio, il giudizio della Corte circa la (non) gravità della negligenza ascritta non è rispettoso delle regole di comune esperienza, giacché non si è considerato che il pregiudizio all'incolumità della paziente non si è verificato non già perché la condotta del lavoratore fosse di per sé inidonea a procurarlo, quanto piuttosto perché vi è stata competenza e attenzione da parte del sanitario del pronto soccorso che, dopo circa un'ora dall'arrivo della paziente, si è reso conto dell'errore, richiedendo alla Cooperativa l'esatta scheda sanitaria. A ciò devono aggiungersi, quali ulteriori elementi di valutazione, non correttamente ponderati dal giudice di merito, la vicinanza temporale dei due episodi, il precedente disciplinare del richiamo verbale per comportamenti negligenti tenuti dal lavoratore (irreperibilità durante i turni di servizio), le dichiarazioni rese da parenti degli ospiti della struttura, che lamentavano comportamenti inadeguati nei loro confronti degli assistiti posti in essere dal XXX. Al riguardo, occorre precisare che tali comportamenti, quand'anche non sanzionati e non direttamente rilevanti ai fini della sanzione da applicare, ben possono e devono essere considerati ai fini della valutazione, sotto il profilo soggettivo, del fatto addebitato (Cass., n. 12958/2008; n. 27104/2006; cfr. su un caso analogo, Cass., n. 7543/2006).

21. Tutti questi elementi devono essere valutati nel loro complesso, e non già in modo atomistico come invece emerge dal testo della sentenza impugnata (cfr. Cass., n. 3703/2012 e n. 26022/2011), e rapportati alle specifiche mansioni attribuite al lavoratore, tra cui rientra come obbligo fondamentale quello di garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche-terapeutiche (Cass., n. 7543/2006, cit.).

22. L'interpretazione della Corte appare viziata anche nell'esame delle norme del ccnl. Erroneamente il giudice territoriale ha ritenuto che il riferimento contenuto nella lett. *e*) dell'art. 42 del ccnl - che prevede il licenziamento

in caso di "grave negligenza nell'esecuzione dei lavori che implichino pregiudizio all'incolumità delle persone o alla sicurezza degli ambienti affidati" - al pregiudizio all'incolumità delle persone richieda, per l'irrogazione della sanzione espulsiva, che tale pregiudizio sia effettivo e non meramente potenziale.

23. Una corretta lettura della norma induce a ritenere che il "pregiudizio all'incolumità delle persone o alla sicurezza degli ambienti" deve collegarsi causalmente non già alla negligenza, seppur connotata da gravità, quanto piuttosto ai lavori o agli ordini i quali involgano, per il loro contenuto oggettivo, persone (e la loro incolumità) o gli ambienti (e la sicurezza). Si è voluta cioè differenziare la "grave negligenza" in ragione del settore in cui si esplica l'attività del lavoratore, a seconda che esso sia, per così dire, neutro o riguardante direttamente beni primari. In altri termini, la norma in esame rimarca l'indubbio diverso peso, sotto il profilo disciplinare, della grave negligenza del medico o dell'infermiere rispetto a quella, ad esempio, dell'usciere o dell'addetto alle pulizie. E anche la scelta del verbo "implicare", la cui valenza è senz'altro più ampia di quella di altri verbi come "produrre" o "determinare", è sintomatica di una volontà delle parti di attribuire rilievo a fatti che di per sé, per la loro gravità e per la connessione con lavori o ordini incidenti sull'incolumità delle persone o sulla sicurezza degli ambienti, possano condurre, come necessariamente o come logica conseguenza, ad un pregiudizio. Da nessun dato testuale è dato di evincere che il pregiudizio dev'essere necessariamente attuale, ma è sufficiente che esso sia anche solo potenziale, purché concreto e non meramente ipotetico.»

LE MASSIME - Nel formulare il giudizio sulla sussistenza della giusta causa di licenziamento, il giudice deve valutare, da un lato, la gravità dei fatti addebitati al lavoratore, in relazione alla portata oggettiva e soggettiva dei medesimi, alle circostanze nelle quali sono stati commessi ed all'intensità dell'elemento intenzionale, dall'altro la proporzionalità fra tali fatti e la sanzione inflitta, stabilendo se la lesione dell'elemento fiduciario su cui si basa la collaborazione del prestatore di lavoro sia in concreto tale da giustificare o meno la massima sanzione disciplinare.

Allo stesso fine, il "pregiudizio all'incolumità delle persone o alla sicurezza degli ambienti", cui si riferisce la disciplina collettiva, deve collegarsi causalmente non già alla negligenza, seppur connotata da gravità, quanto piuttosto ai lavori o agli ordini i quali involgano, per il loro contenuto oggettivo, persone (e la loro incolumità) o ambienti (e la sicurezza).

La "grave negligenza" valutata e differenziata in ragione del settore in cui si esplica l'attività del lavoratore, a seconda che esso sia, per così dire, neutro o riguardante direttamente beni primari. È come dire che, sotto il profilo disciplinare, la grave negligenza del medico o dell'infermiere ha un peso indubbiamente diverso rispetto a quella, ad esempio, dell'usciere o dell'addetto alle pulizie.

Il pregiudizio per le persone o l'ambiente non dev'essere necessariamente attuale, ma è sufficiente che esso sia anche solo potenziale, purché concreto e non meramente ipotetico.

NORME PER GLI AUTORI

Mondo Sanitario pubblica esclusivamente articoli originali. La responsabilità del contenuto è esclusivamente dell'Autore. La proprietà degli articoli viene ceduta alla Casa Editrice e ne è vietata la riproduzione non autorizzata, anche parziale, in qualsiasi forma e con qualunque mezzo.

Gli articoli vengono valutati dal Comitato Scientifico e dai Revisori.

I manoscritti accettati possono andare incontro ad una revisione editoriale e, se necessario, a riduzioni della lunghezza, comunque concordate con l'Autore. L'Autore riceverà una risposta sull'accettazione o meno del manoscritto entro quattro settimane.

Ogni articolo viene valutato da almeno due Revisori indipendenti. In caso di accettazione, l'Autore riceverà le bozze di stampa in formato pdf tramite posta elettronica. Eventuali correzioni dovranno essere comunicate entro la data indicata nel modulo di accompagnamento che contiene anche l'autorizzazione alla stampa e che deve essere sottoscritta dall'Autore.

A stampa avvenuta, l'Autore riceverà un abbonamento on line alle Riviste edite dalla FRG Editore valido per un anno dalla pubblicazione dell'articolo.

Norme generali per l'elaborazione dei manoscritti

Il manoscritto, realizzato in word, deve pervenire tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica info@frgeditore.it e deve essere strutturato come segue:

- 1. *la prima pagina* deve contenere:
 - a) titolo
 - b) nome e cognome dell'Autore/i
- c) istituzione di appartenenza e qualifica rivestita
 - d) parole chiave (non più di 5)
- *e)* indirizzo per la corrispondenza con: nome dell'Autore a cui inviare la corrispondenza; indirizzo; telefono; fax; e-mail;
- 2. *riassunto strutturato* (obiettivi, metodi, risultati, conclusioni) di massimo 250 parole;
 - 3. *testo*, suddiviso in:

- *a*) introduzione
- b) materiali e metodi
- c) risultati
- d) conclusioni;
- 4. ringraziamenti (eventuali);
- 5. bibliografia, limitata alle voci essenziali. I riferimenti devono venire identificati nel testo con l'indicazione del cognome dell'autore seguito dall'anno di pubblicazione. In caso di più di due autori si indicherà il cognome del primo seguito dalla dizione "et al.". Gli autori vanno indicati con il cognome, seguito dall'iniziale del nome e, tra parentesi, l'anno di pubblicazione. All'interno dell'ordine alfabetico vale l'ordine cronologico; in caso di pubblicazioni relative allo stesso autore e allo stesso anno si utilizzino le lettere (es. 2009a, 2009b).

Di seguito si riportano alcuni esempi di ci-

- rivista: Mastrobuono I., Bova D. (2001): I livelli essenziali di assistenza e i fondi sanitari e sociosanitari volontari, fiscalmente agevolati, *Organizzazione Sanitaria*, XXIV, 3-4: 22-33, Edizioni SECuP, Roma.
- libro: Monteduro F. (2006): Le aziende sanitarie non profit. Rilevanza, ruolo e collaborazione con il settore pubblico, McGraw-Hill, Milano.
- capitolo di libro: Caruso B. (1997): "L'Europa, il diritto alla salute e l'ambiente di lavoro", in Montuschi L. (a cura di): Ambiente, salute e sicurezza: per una gestione integrata dei rischi da lavoro, Ed. Giappichelli;
- 6. tabelle/figure, con didascalie adeguate ed eventuale citazione della fonte, numerate con numeri arabi. Dovranno essere realizzate tenendo conto del formato della rivista. Andranno citate nel testo come segue (tab. 1/fig. 1);
- 7. acronimi e riferimenti legislativi. Si utilizzino le formule più semplici: in maiuscolo la sola lettera iniziale, seguita dalle altre senza punteggiatura. Ad esempio: Ssn, Psn, Asl, Ao, Drg, Rod, Fsn. Si indichino le lettere iniziali minuscole delle parole che li compongono. Ad esempio: L. 833/1978; D.Lgs. 229/1999; D.M. 15 aprile 1994, L.R. 4 agosto 1997, n. 42.

LISTINO ABBONAMENTI 2015

Rivista	ISSN	Abbonamenti Italia/Estero	Copia fascicolo in pdf	Articolo in pdf
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (Vol. XXXIX - trimestrale)	1827-9724	115,00	30,00	16,00
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (accesso annate precedenti)	-	80,00		
MONDO SANITARIO (Vol. XXII - mensile 11 fascicoli)	1970-9374	175,00	19,00	16,00
MONDO SANITARIO (accesso annate precedenti)		120,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO	-	230,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO (accesso annate precedenti)	-	150,00		
CODICE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA (consultazione on line) (Vol. XXV)	1970-9722	219,60		

Modalità di pagamento e fatturazione:

Bonifico Bancario - Banca Popolare di Sondrio (IBAN IT 34 Z 05696 03209 000010918X94) intestato a FRG Editore, indicando nella causale il Agli Abbonati che ne faranno richiesta verrà inviato direttamente all'indirizzo di posta elettronica comunicato copia in pdf dei fascicoli pubblicati Entro 24-48 ore dalla ricezione del pagamento verrà comunicata la user e la password che consentono l'accesso on line alle Riviste acquistate. titolo della rivista e inviando copia del pagamento alla e mail info@frgeditore.it o al fax 06.50932756 segnalando un indirizzo email valido. Per l'acquisto del Codice dell'Ospedalità Privata verrà inviata una scheda di sottoscrizione da compilare e sottoscrivere.

FATTURAZIONE - Per ricevere la fattura è indispensabile comunicare codice fiscale o partita iva contestualmente al pagamento.