

MONDO SANITARIO

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

IN QUESTO NUMERO:

L'umanizzazione come fondamentale indicatore dello stato di salute del Servizio Sanitario Regionale

Modello organizzativo gestionale di risk management nel centro di riabilitazione territoriale accreditato

Valutazione del grado di soddisfazione lavorativa degli infermieri italiani: una prospettiva di cambiamento

SOMMARIO

Analisi e Commenti

- 1 L'umanizzazione come fondamentale indicatore dello stato di salute del Servizio Sanitario Regionale**
L. Gallo, P. Sabatini, S. Pizzi, F. Colavita

Studi e Ricerche

- 9 Modello organizzativo gestionale di risk management nel centro di riabilitazione territoriale accreditato**
A. Ferrazza
- 22 Valutazione del grado di soddisfazione lavorativa degli infermieri italiani: una prospettiva di cambiamento**
A. Marino, C. Vitale

Giurisprudenza

- 31 Rassegna di Giurisprudenza**
(a cura di M. Greco)

MONDO SANITARIO

rivista mensile

Fondatore
Mario Greco

Tribunale di Roma, n. 59 del 18 febbraio 1994 (1^a reg.)
Tribunale di Roma, n. 142 del 25 giugno 2013 (2^a reg.)
Iscritto al Registro Nazionale della Stampa al n. 5441

Direttore responsabile
Nicola Nante

Finito di stampare: *gennaio 2018*

Comitato Scientifico
Roberto Cursano, Mario Gabrielli,
Cosimo Maiorino, Isabella Mastrobuono,
Gabriele Messina, Marino Nonis

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

Comitato di Redazione
Francesco Colavita, Michela Coluzzi,
Roberto Grinta, Alessia Marino, Gianmarco Troiano,
Agnese Verzuri, Alessio Vitullo

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

L'umanizzazione come fondamentale indicatore dello stato di salute del Servizio Sanitario Regionale

LOLITA GALLO

Direttore Generale, Direzione Generale per la Salute della Regione Molise

PAOLA SABATINI

Referente Scientifico, Direzione Generale per la Salute della Regione Molise

STEFANIA PIZZI

Referente Amministrativo, Direzione Generale per la Salute della Regione Molise

FRANCESCO COLAVITA

Collaboratore, Direzione Generale per la Salute della Regione Molise

Riassunto: *Può l'umanizzazione delle cure trasformarsi in un indicatore di sistemi complessi come quelli sanitari regionali? In quest'articolo è rappresentata l'esperienza del Molise, regione che sta man mano ristrutturando la propria rete socio-sanitaria per renderla più funzionale ed efficiente. Attraverso l'excursus dei passaggi fondamentali, anche alla luce degli ultimi riferimenti normativi, dei Progetti nazionali per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione, il lavoro descrive quanto si sia fatto tra Istituzioni regionali, Strutture pubbliche e private accreditate, Associazioni di volontariato, per incardinare l'umanizzazione nelle scelte di programmazione sanitaria. Migliorare l'assistenza tenendo ben presente il punto di vista della persona produce effetti diretti sui cittadini/utenti, ed effetti indiretti anche sui costi che un percorso assistenziale comporta. C'è in effetti una relazione forte tra i luoghi di cura, le pratiche medico assistenziali e la soddisfazione degli assistiti.*

Parole chiave: *umanizzazione, patient centred care, empowerment, capabilities, valutazione partecipata*

Il tema dell'umanizzazione delle cure, sia in ambito ospedaliero che nell'assistenza territoriale, è riconosciuto come fondamentale indicatore da una serie di leggi e decreti per l'analisi complessiva del sistema sanitario.

Umanizzazione è la "capacità di rendere i luoghi di cura e le pratiche medico assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino" (Ministero della Salute, 2006). In questa definizione si ritrova il senso di quanto nella "diagnosi" dello stato di salute di ogni cittadino incidano determinanti che non sono esclusivamente cliniche, ma anche di contesto e di servizio.

Il termine umanizzazione si lega indissolubilmente al tema dell'*empowerment*, ed ha intrinseco un significato che in parte trascende dall'attuale senso comune.

Per *empowerment* è da intendersi il processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita (Zimmerman, 2000).

Per completezza di quadro, è riportato nella fig. 1, lo schema di riferimento del sistema italiano per la valutazione dell'assistenza sanitaria, da cui è stato poi espresso il criterio dell'*empowerment* che, come prima specificato,

muove molte delle leve legate all'umanizzazione delle cure.

Già il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 dedicava un capitolo specifico, il Titolo IV, "Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini", specificando nell'art. 14 che "al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, un sistema di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro degli affari sociali, si avvale della collaborazione

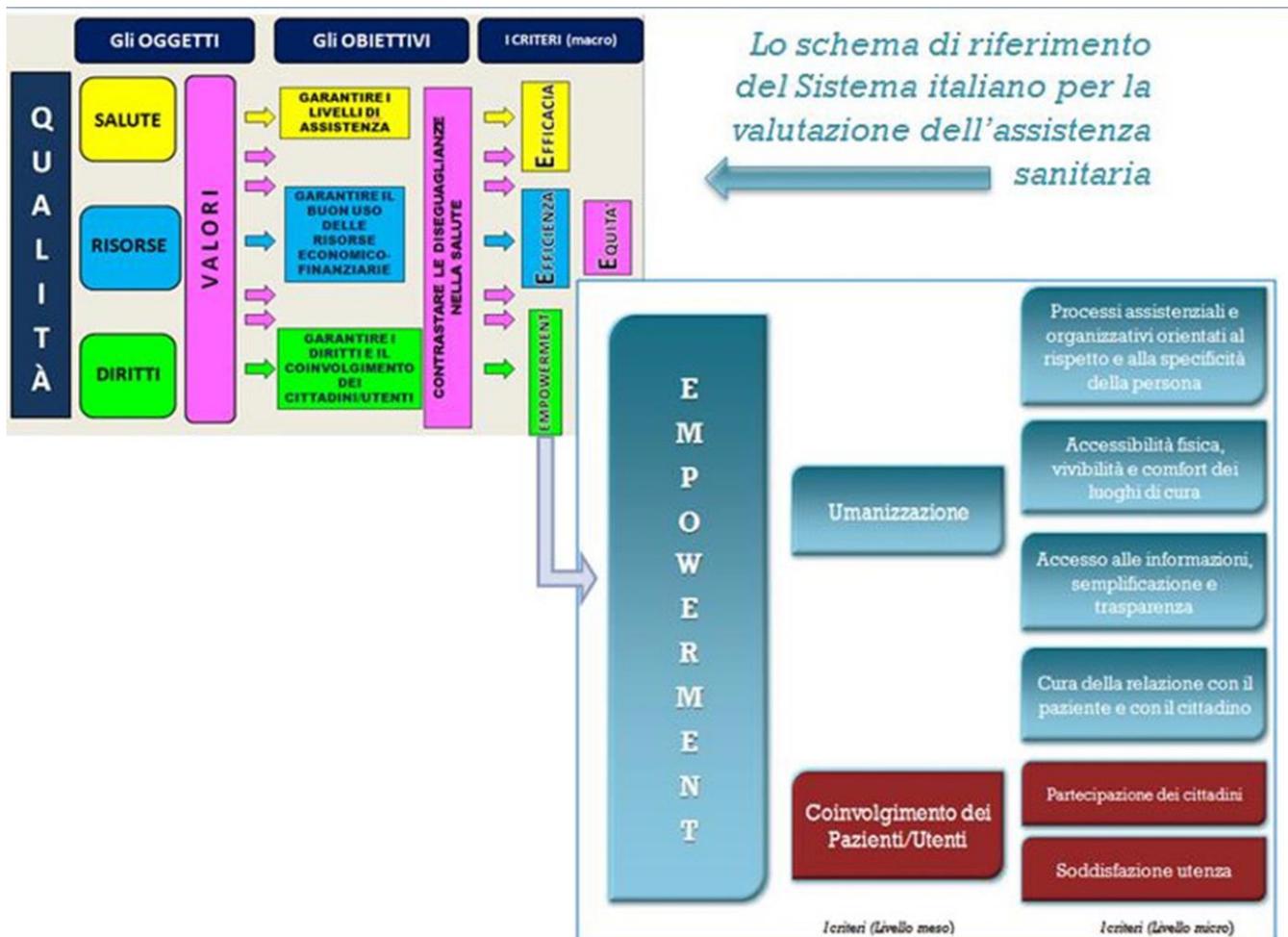
delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti".

Sempre all'art. 14 del D.Lgs. 502/1992, il legislatore prevedeva che "le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini".

Nel 2001 l'Institute of Medicine (IOM) cominciava a discutere del tema nel rapporto "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century", facendo un'elencazione delle caratteristiche più rilevanti per questo argomento:

- 1) Safe;
- 2) Effective;
- 3) Patient-Centred;
- 4) Timely;

Fig. 1 - Schema di riferimento del sistema italiano per la valutazione dell'assistenza sanitaria



- 5) Efficient;
- 6) Equitable.

È palese quindi la necessità di delineare, anche nella letteratura scientifica, perimetri nitidi dove poter ricavare un ruolo centrale del paziente/utente/cittadino nel processo decisionale relativo alla propria terapia.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel proprio Report 2006, confermava come l'*empowerment* fosse una valida strategia di sanità pubblica capace di portare a migliori esiti di salute e ridurre le disuguaglianze d'accesso e di fruizione di sanità.

Per l'OMS la salute è uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia e di infermità". Salute perciò è "stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società".

Essere in salute non è quindi il semplice prodotto di un'organizzazione sanitaria efficiente, ma il risultato di una serie di fattori di tipo sociale, ambientale, economico e genetico.

Non si parla più (solo) di sanità, ma si discute di un concetto ben più esteso e che ha al suo interno variabili importanti che ne determinano la buona riuscita: la salute. Questa, appunto, da "stato" diventa così "processo", trasformando in attori l'individuo e la comunità: è appunto mediante il potenziamento delle loro *capabilities* che possono aumentare il controllo sulla propria salute e migliorarla, divenendo cioè "empowered".

L'approccio per capacità mira a restituire dignità alla persona attraverso la centralità dell'essere umano (Biggeri, Bellanca, 2010, pag. 4). L'insieme delle capacità individuali è composto da opportunità, abilità e dalla loro interazione con l'accesso alle risorse (Biggeri, Bellanca, 2010, pag. 14). Questo concetto trova le sue origini nei lavori di Amartya Sen, professore di economia e filosofia all'Università di Harvard, vincitore del Premio Nobel per la scienza economica e la teoria della politica sociale. Sen aveva teorizzato una nuova impostazione delle teorie e delle politiche dello sviluppo, considerando quest'ultimo come un processo di ampliamento delle possibilità dei soggetti.

La teoria del *capability approach* sostiene che questo approccio restituisca dignità alla persona attraverso la centralità dell'essere umano. Quin-

di il rafforzamento delle *capabilities* consente di superare le differenze concentrandosi sulla situazione specifica e sui bisogni del singolo, per raggiungere lo stesso stato di benessere tra le persone.

Per *empowerment*, quindi, è da intendersi, nell'accezione moderna, l'assunzione di potere inteso come rafforzamento delle competenze, quindi un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita. Le esperienze di *empowerment* possono essere di tipo individuale, organizzativo, di comunità. Sviluppare l'*empowerment* del paziente significa renderlo partecipe del processo decisionale, anche per accrescere la sua soddisfazione e migliorare l'efficacia dei risultati clinici, aumentando l'accettabilità al trattamento.

L'*empowerment* delle comunità, delle organizzazioni, dei professionisti e dei cittadini è diventata quindi una strategia di sanità pubblica che consente che "le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscano competenza sulle proprie vite e possano cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita" (Wallerstein, 2006).

L'argomento si è guadagnato uno spazio importante nelle recenti politiche sanitarie italiane. Già con l'Atto di Indirizzo per l'anno 2013, il Ministero della Salute asseriva che "l'umanizzazione delle cure richiede l'analisi dei reali bisogni delle persone, compresa l'analisi dei contesti, delle relazioni tra persone e ambienti, dei processi cognitivi ed emotivi individuali e di gruppo e della metodologia di analisi della domanda, in modo da individuare i bisogni latenti e di contestualizzare le richieste esplicite. La relazione medico-paziente è il centro di ogni percorso diagnostico e terapeutico: l'obiettivo prioritario è prendere in carico la persona in modo globale e integrato, offrendo piani individualizzati sulla base dei bisogni riconosciuti, nonché l'elaborazione e la definizione di processi di valutazione sia da parte degli utenti che degli operatori sui singoli obiettivi di umanizzazione".

Nel più recente documento programmatico sanitario italiano, il Patto per la Salute 2014-2016, il Ministero della Salute ha voluto inquadrare l'umanizzazione delle cure come "obbli-

go” per le Regioni italiane. Infatti l’art. 4 del Patto si occupa interamente dell’argomento:

1) Nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome s’impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell’assistenza.

2) In coerenza con quanto previsto nell’Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l’utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell’art. 1, comma 34 e 34-bis, della L. 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, a decorrere dal 2013 e per tutta la vigenza del presente Patto, il Ministero della salute propone un documento contenente gli ambiti prioritari di intervento al fine di dare attuazione all’umanizzazione delle cure, da sancire con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell’art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281.

3) Si conviene di predisporre un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda la definizione di almeno un’attività progettuale in tema di formazione del personale ed un’attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente alle seguenti aree assistenziali: Area critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia, Assistenza domiciliare.

4) Al fine di monitorare il grado di soddisfazione dei cittadini è previsto l’utilizzo sistematico e continuativo di strumenti di valutazione della qualità percepita. Tali strumenti, omogenei e condivisi in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, dovranno essere utili a valutare eventuali scostamenti della percezione della qualità erogata rispetto alla qualità “progettata” e consentire l’avvio delle coerenti azioni di miglioramento nello specifico ambiente dell’umanizzazione delle cure.

Inoltre, sin dal 2014, il Ministero della Salute ha inteso utilizzare la leva delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale (art. 1, comma 34 e 34-bis della L. 23 dicembre 1996, n. 662), dedicando un canale esclusivo con la Linea Progettuale n. 2 - Sviluppo dei processi di uma-

nizzazione all’interno dei percorsi assistenziali (CSR, 2015), per dare ancor più sostegno al raggiungimento di quanto sopra descritto, anche in termini di risorse economiche.

Tramite queste possibilità, perciò, le Regioni sono chiamate ad elaborare annualmente specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ed approvate in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministro della Salute, individuando i progetti ammessi a finanziamento ed utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo Sanitario Nazionale.

Un ulteriore e fondamentale tassello alla creazione di una discussione nazionale e locale sul tema dell’umanizzazione delle cure è stato poi sicuramente apportato dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) con i suoi progetti “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino”, che nelle loro annualità hanno contribuito a far maturare nelle organizzazioni e nelle amministrazioni l’importanza dell’argomento.

È quindi evidente come il management sanitario moderno sia stato ormai chiamato ad una ulteriore, esplicita ed avvincente sfida: proporre cioè soluzioni che impattino non solo sui bilanci delle proprie Regioni o delle Aziende sanitarie, ma che tengano ben presente la centralità dell’individuo all’interno dei percorsi assistenziali. Un *change management* complessivo, che determini un definitivo mutamento del paradigma di sanità verso quello di salute passando soprattutto per la qualità dei percorsi assistenziali, a vari livelli e non solo a quelli ospedalieri, che il sistema sanitario costruisce per la persona.

In questo contesto fatto di norme nazionali e di buoni propositi, la Regione Molise, attraverso la Direzione Generale per la Salute, ha provato ad innestare i principi dell’umanizzazione all’interno della profonda riorganizzazione dei servizi sanitari che si è impegnata a realizzare mediante il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 (POS 2015-2018).

Il POS, validato d’intesa con i Ministeri e approvato nell’agosto 2016 in Conferenza Stato-Regioni, è l’atto che dovrà determinare una “rivoluzione” amministrativa, clinica e organizzativa dell’intero sistema regionale.

L'intenzione dichiarata che è alla base del POS è quella di garantire un'assistenza sanitaria basata sui tre principi cardine: sostenibilità, equità ed appropriatezza delle cure. E per incrementare i valori di efficacia delle cure e di equità nell'uso delle risorse, la partecipazione ed il coinvolgimento dei cittadini, dei pazienti e degli stessi operatori come determinanti utili per garantire il diritto alla salute di tutti i molisani, la Direzione ha concepito il "Documento programmatico in tema di umanizzazione delle strutture ospedaliere della Regione Molise" approvato con determinazione della Direzione Generale per la Salute n. 123 del 2 luglio 2015. Questo, anche per quanto previsto dal già citato art. 4 del Patto per la Salute, è il primo atto tematico ufficiale regionale.

Il processo di stesura ha visto coinvolta una Cabina di Regia (organismo poi istituzionalizzato in seno alla Direzione e di cui si dirà più avanti) di cui erano attori i principali protagonisti del SSR, i quali avevano già preso parte al Progetto Ricerca Corrente dell'AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) come appunto la Direzione Generale per la Salute, l'ASReM, la Fondazione Giovanni Paolo II, CittadinanzAttiva e diverse Associazioni di volontariato della realtà ospedaliera molisana.

Il Documento programmatico in tema di umanizzazione delle strutture ospedaliere della Regione Molise è stato quindi il primo, piccolo grande passo che ha in parte accompagnato, con l'aiuto della professionalità degli operatori e delle associazioni, la ristrutturazione della sanità regionale anche spingendo sulla condivisione di valori partecipati.

Nella tabella 1 sono riportati i risultati, espressi in una scala da zero a dieci, scaturiti nelle valutazioni per l'anno 2015, e che hanno fatto da base di partenza alla discussione basata su dati certi.

Tra gli "obblighi" previsti dal Documento, vi è anche quello per la Regione di istituzionalizzare all'interno della Direzione per la Salute la Cabina di Regia.

Il Documento fa specifico riferimento ad una pratica assai diffusa nella sanità moderna, la *Patient Centred Care* (prevista come già detto in precedenza dall'*Institute of Medicine*), che legittima la centralità della persona prima ancora che del paziente/utente. La Determina 123/2015 è nata appunto come documento embrionale, ma che ha segnato un buon punto di partenza per il Molise nel tentativo di omogeneizzare il grado di umanizzazione dell'assistenza organizzandola attorno ai bisogni della persona, orientandola alla trasparenza, alla semplificazione delle procedure, alla facilità e all'equità di accesso alle prestazioni ed al rispetto delle diversità culturali.

Migliorare l'assistenza soprattutto dal punto di vista della persona produce effetti diretti sui cittadini/utenti, ed effetti indiretti anche sui costi che una degenza comporta. C'è in effetti una relazione forte tra i luoghi di cura, le pratiche medico assistenziali e la soddisfazione degli assistiti. Tanto più è "umanizzato" il luogo di cura dove l'assistito è ricoverato, tanto poco è traumatica la permanenza in ospedale, tanto più è veloce il recupero delle condizioni pre-ricovero e dell'aspetto "umano" e personale.

Il tentativo dichiarato è stato quello di dare delle direttive alla sanità regionale in modo da eliminare, eventualmente, le barriere fisiche, temporali e relazionali concretamente inutili alla cura del malato garantendone la privacy, con l'aiuto importante dei cittadini. A questi è stato dato "incarico" informale di svolgere, soprattutto attraverso l'*empowerment*, un ruolo sempre più attivo, in partnership con le amministrazioni, per incidere con efficacia sul miglioramento generale e per favorire un innalzamento della

Tab. 1 - Punteggio adjust Valutazione Umanizzazione Molise. Media regionale strutture

	Area 1	Area 2	Area 3	Area 4	Totale
MOLISE	Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	Cura della relazione con il paziente e con il cittadino	Punteggio finale senza pesatura
Punteggio medio	6,13	7,49	6,98	6,35	6,85

qualità complessiva dei servizi per la salute.

La Cabina di Regia ha inserito nel Documento alcuni obiettivi comuni per le Direzioni soprattutto delle strutture ospedaliere, come ad esempio:

- la rimodulazione degli orari dei reparti per i visitatori e per i familiari per attenuare il disagio della degenza;
- l'incremento degli investimenti mirati per la ristrutturazione degli spazi ospedalieri in favore di una migliore fruizione, garantendo la privacy;
- la dignità e l'ospitalità, nonché la sicurezza dell'utenza e degli operatori;
- la semplificazione delle modalità di prenotazione e di accesso alle prestazioni;
- la strutturazione di linee guida per le dimissioni protette;
- la definizione di modelli adattabili alle diverse articolazioni dell'Azienda per la cura del dolore e per le patologie gravi;
- la realizzazione di strumenti interattivi che garantiscano informazioni istantanee sull'utenza dei Pronto Soccorso;
- la possibilità per l'utenza di accedere facilmente all'organizzazione dei servizi (Ufficio con le Relazioni con il Pubblico, gestione dei reclami, numero verde) anche attraverso gli strumenti di *e-participation*;
- l'aggiornamento, miglioramento e predisposizione delle Carte dei Servizi delle Unità Operative;
- l'incentivazione ed istituzionalizzazione di audit civici periodici tra associazioni e amministrazioni come forme efficaci di partecipazione dei cittadini alla gestione dei servizi sanitari;
- lo sviluppo di proposte e progetti di qualità in una logica *bottom up* direttamente dalle Unità Operative, dai Dipartimenti e dalle Associazioni.

Uno degli obblighi previsti nel Documento e ricadenti nelle competenze della Direzione Generale per la Salute della Regione Molise, come già precedentemente anticipato, era l'istituzione di una Consulta che potesse mettere intorno ad un tavolo gli attori del Sistema molisano e le Associazioni di rappresentanza dei cittadini. Questo Organismo, ufficialmente costituito con Determinazione del Direttore Generale per la Salute 57/2016 «Determinazione direttoriale n. 123/2015. Costituzione "Consulta Civica Regionale per la sanità (C.IV.LE)". Provvedimenti» si riunisce con cadenza periodica e rappresenta un

piccolo esempio, forse replicabile a più larga scala, di come le Istituzioni, le Strutture, le Associazioni ed i cittadini possano lavorare insieme e verso un'unica direzione: la salute dei molisani. La novità sta appunto nell'integrazione d'interessi di diversi livelli, finalizzati ad un unico scopo comune e non più solo amministrativo.

La Consulta C.IV.LE è stata concepita anche luogo di confronto, dove si sperimentano iniziative di audit civico all'interno di un percorso condiviso con le Istituzioni che hanno l'onere di pianificare, organizzare e gestire l'assistenza ospedaliera. Quest'organismo mira ad assicurare il coinvolgimento degli *stakeholder* e costituisce l'organismo di riferimento per progetti nazionali relativi ai temi dell'*empowerment*, della centralità della persona e dell'umanizzazione.

La fase di ascolto di cittadini e operatori che ha preceduto la redazione dell'Atto, ha dato come indicazione una richiesta di maggior sostegno e accompagnamento comunicativo in relazione ai servizi e percorsi socio-sanitari e assistenziali, anche per meglio orientare i cambiamenti organizzativi e le diverse modalità di cura. L'indicazione contenuta nel "Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe" (OMS, 2011) di una salute condivisa da tutti può essere perseguito attraverso un insieme congiunto di azioni da parte degli attori sanitari e sociali che a vario titolo risultano coinvolti in questo processo, determinando l'assoluta priorità di amalgamare e mettere a sistema l'insieme degli interventi e delle strategie perseguite.

In conclusione, quindi, è evidente che la sanità in Molise sia al centro di un profondo e radicale cambiamento, che produrrà effetti diretti sui cittadini, oltre che sugli operatori. Si va incontro alla realizzazione di scelte dettate dalla necessità di un forte efficientamento della rete di tutti i servizi regionali.

In questo contesto, quindi, il Documento e la Consulta rappresentano un piccolo esempio, forse replicabile a più larga scala, di come le Istituzioni, le Strutture, le associazioni ed i cittadini possano lavorare insieme e verso un'unica direzione. Il Molise ha provato a fare una scelta precisa, che parte da lontano: puntare anche sull'umanizzazione delle cure, con l'obiettivo di costruire i percorsi assistenziali intorno alla persona, prima ancora che all'utente.

Fig. 2 - Riunione della Consulta C.IVILE - 2017



Bibliografia

AGENAS-Cittadinanzattiva (2014): *La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino - Il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero*, (presentazione del progetto), www.cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/6836-umanizzazione.html.

Biggeri M., Bellanca N. (2010): *Dalla relazione di cura alla relazione di prossimità*, Liguori, Napoli.

Delle Fave A., Marsicano S. (2004): *L'umanizzazione dell'ospedale. Riflessione ed esperienze*, Franco Angeli Editore.

Health Equality Europe (2008): *Understanding Health Technology Assessment*.

Ministero della Salute (2006): *Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini*, presentate in audizione dal Ministro della Salute alla Comm. Affari Sociali della Camera dei Deputati, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_530_allegato.pdf.

Ministero della Salute (2013): *Linee guida per l'umanizzazione degli spazi di cura*.

Ministero della Salute (2013): *Progetti di umanizzazione per i pazienti fragili*.

Moreira M.A.D.M., Moreira A.L., Dutra F. et al. (2015): Public Humanization policies: integrative literature review, *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(10): 3231-3242.

NICE Guidelines (2015): *Transition between inpatient hospital settings and community or care home setting for adults with social care needs*, www.nice.org.uk/guidance.

OMS (1978): *La Dichiarazione di Alma Ata*, Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria.

OMS (1986): *La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute*.

OMS (1997): *La Dichiarazione di Jakarta sulla promozione della salute nel 21° secolo*.

OMS (2008): *La Carta di Tallin: i sistemi sanitari per la salute ed il benessere economico*.

OMS (2011): *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*.

Wallerstein N. (2006): *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf).

Zimmerman, M.A. (2000): "Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Com-

munity Levels of Analysis". In: Rappaport J., Seidman E., *Handbook of Community Psychology*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.

Normativa di riferimento

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e smi, art. 14, comma 2 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.

D.L. 12 maggio 1995, n. 163 convertito in L. 11 luglio 1995, n. 273 "Adozione da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici di proprie Carte dei servizi".

D.L. 6 luglio 2012, n. 95 convertito in L. 7 agosto 2012, n. 135 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" (art. 15, comma 13).

Conferenza Stato-Regioni 16 luglio 2014, n. 2539 "Patto della Salute 2014-2016".

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - Accordo 24 gennaio 2013, n. 20/CSR "Deliberazione sulla proposta del Ministero della salute di ammissione a finanziamento del progetto interregionale

"Portale della trasparenza dei servizi per la salute" con l'utilizzo delle risorse accantonate con la delibera CIPE n. 16 del 20 gennaio 2012 (Ripartizione delle quote vincolate per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale nell'ambito del FSN 2011) per il finanziamento di un progetto interregionale in materia di comunicazione ai cittadini per l'accesso ai servizi sanitari".

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - Accordo 30 luglio 2015, n. 126 "Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014".

Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011, recepita in Italia con D.Lgs. n. 38 del 4 marzo 2014 (diritto all'informazione dei pazienti nell'attuazione dell'assistenza sanitaria transfrontaliera).

Regione Molise, Direzione Generale per la Salute. Determinazione n. 238 del 19 maggio 2015.

Regione Molise, Direzione Generale per la Salute. Determinazione n. 123 del 2 luglio 2015.

Regione Molise, Direzione Generale per la Salute. Determinazione n. 57 del 30 marzo 2016.

Modello organizzativo gestionale di risk management nel centro di riabilitazione territoriale accreditato

ANGELO FERRAZZA

Responsabile risk management, CMPH Centro di Riabilitazione, Roma

Riassunto: Il risk management (RM), volto alla prevenzione e gestione degli eventi avversi, è considerato il fulcro gestionale del governo clinico di tutte le strutture sanitarie. La gestione del rischio clinico, per essere efficace, deve essere strutturata in un modello organizzativo che preveda la selezione di specifici standard di sicurezza misurati da relativi indicatori di monitoraggio per la prevenzione degli errori latenti legati all'organizzazione e degli errori attivi legati agli operatori.

Scopo del lavoro: proposta di un modello organizzativo gestionale di RM che preveda la gestione del rischio clinico in tutte le fasi dell'intero processo, identificazione, analisi, trattamento del rischio, in un centro di riabilitazione territoriale.

Metodo: 1) analisi delle principali cause di errore latente e attivo che possono verificarsi in un centro di riabilitazione. 2) selezione degli standard di sicurezza generali e specifici per la prevenzione degli errori latenti e attivi. 3) selezione dei relativi indicatori di monitoraggio. 4) elaborazione della matrice del modello che identifichi, nelle varie fasi del processo di RM, gli strumenti operativi idonei a valutare standard di sicurezza preventivamente selezionati. 5) verifica degli standard di sicurezza utilizzando gli strumenti operativi identificati nella matrice. 6) mappatura del rischio di errore latente e attivo della struttura.

Risultati: i dati relativi all'elenco degli standard di sicurezza selezionati, alla matrice del modello e alla mappatura del rischio di errore latente e attivo sono riportati nelle relative tabelle.

Conclusioni: il modello proposto identifica strumenti operativi, standard di sicurezza generali e specifici e indicatori di monitoraggio e consente una gestione appropriata del rischio in tutte le fasi dell'intero processo di risk management. L'utilizzo degli indicatori selezionati nella verifica periodica degli standard di sicurezza generali e specifici permette, sia una prevenzione efficace degli errori latenti e degli errori attivi, sia una reale mappatura del rischio globale nel centro di riabilitazione territoriale.

Parole chiave: risk management, gestione rischio clinico, standard e indicatori di sicurezza, modello organizzativo gestionale di sicurezza, sicurezza nel centro di riabilitazione territoriale

Introduzione

Il risk management (RM) in sanità, inizialmente nato come risposta ad esigenze di tipo economico/sanitario a causa del crescente livello di contenziosità medico-legale, si è arricchito sempre più di valenze deontologiche entrando a far parte degli interventi per il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie.

Le procedure relative all'accreditamento delle strutture sanitarie si sono preoccupate di stabilire sia standard di sicurezza sia standard di qualità secondo il principio che la *clinical governance*

di una struttura sanitaria deve basare la sua attività gestionale su due aree prioritarie rappresentate appunto dalla qualità e sicurezza delle cure. La gestione del rischio rappresenta, pertanto, una ulteriore implementazione di queste due aree secondo l'assunto che a una maggiore sicurezza delle cure corrisponde un più elevato livello di qualità.

Le prime Linee guida del Ministero della sanità del 2003 considerano l'errore medico come fonte di conoscenza e di miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie e promuovono una sostanziale rivoluzione culturale mirata al

passaggio dalla cultura della colpevolizzazione alla cultura dell'apprendimento; la gestione del rischio per poter essere efficace deve essere integrata e deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico assistenziale del paziente.

La legge di stabilità in vigore dal 1° gennaio 2016 (L. 28 dicembre 2015, n. 208) rafforza ulteriormente tali concetti affermando che la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Servizio sanitario nazionale (SSN) perché consente maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente.

La recentissima legge sulla responsabilità professionale in sanità (L. 8 marzo 2017, n. 24) rappresenta la disposizione legislativa più importante in tema di risk management in quanto aggancia il concetto di sicurezza delle cure al codice deontologico sulla responsabilità professionale degli operatori sanitari.

Tale documento stabilisce innanzitutto che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute e deve essere perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività; alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle aziende sanitarie è tenuto a concorrere tutto il personale compresi i liberi professionisti.

Gli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle prestazioni sanitarie si atten-gono alle buone pratiche clinico assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate dalle società scientifiche e pubblicate sul sito internet dell'Istituto Superiore di Sanità. In tale legge viene sostanzialmente ribadito che la sicurezza delle cure è al tempo stesso un dirit-

to del paziente e un dovere del medico e si realizza soprattutto sulla medicina basata sulle evidenze scientifiche.

Le attività di risk management a cui tutte le strutture sanitarie sono chiamate ad assolvere sono essenzialmente finalizzate alla prevenzione degli errori latenti legati all'organizzazione/ambiente di lavoro e agli errori attivi legati al personale sanitario che possono verificarsi in modo involontario o volontario (violazioni).

Per poter svolgere tali compiti è necessario riferirsi ad un modello organizzativo gestionale di risk management che contem-pi, strumenti operativi, selezione di standard di sicurezza e relativi indicatori di monitoraggio per poter procedere ad una mappatura del rischio relativo, sia ai processi aziendali, sia alle attività cliniche degli operatori sanitari.

Impianto teorico

Gli errori nelle strutture sanitarie

Gli eventi avversi che possono verificarsi in una struttura sanitaria possono essere dovuti sia a errori latenti insiti nella organizzazione sia ad errori attivi commessi dagli operatori. Le attività di risk management dovranno pertanto essere volte alla prevenzione e analisi di entrambi gli errori al fine di limitare e gestire gli eventi avversi. Tra gli eventi avversi particolare attenzione dovrà essere posta agli eventi sentinella che per la loro gravità possono causare seri danni al paziente fino all'*exitus* finale (fig. 1). Nella tab. 1 è riportata la terminologia di riferimento con attribuzione del relativo significato.

Fig. 1 - Patogenesi dell'errore in medicina (fonte: "La teoria dell'errore latente" di J.T. Reason, 2000)



Tab. 1 - Glossario di risk management

Evento avverso: Ogni accadimento che ha causato danno o ne aveva la potenzialità causato dalla gestione clinica (errore) piuttosto che dalla patologia del paziente (complicanza). Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.
Evento sentinella: è un evento avverso che sollecita ulteriori analisi ed indagini ogni volta che si verifica. Il verificarsi di un solo evento sentinella è già sufficiente per dar luogo ad una indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili.
Quasi evento (Near Miss): ogni evento che avrebbe potuto ma non ha originato un evento avverso, per fortuna o per abilità di gestione.
Complicanza: è un accadimento che ha causato danno ed è dipeso dalla patologia del paziente piuttosto che da un errore della gestione clinica
Errore umano: è il fallimento di una o più azioni pianificate per il raggiungimento di uno scopo desiderato.
Errore attivo: sono atti insicuri commessi dalle persone che sono a diretto contatto con il paziente; hanno un impatto diretto ed immediato sull'integrità delle difese del sistema.
Errori latenti: sono condizioni che favoriscono l'errore dovute a decisioni strategiche e organizzative inappropriate e ad aspetti insicuri dell'ambiente di lavoro. Le loro conseguenze possono restare latenti nel sistema e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema.

Il processo di gestione del rischio clinico costituisce un vero e proprio processo aziendale ed è costituito da varie tappe gestionali che dovranno essere monitorate periodicamente al fine di valutare l'adesione agli standard di sicurezza e a mettere in atto eventuali misure correttive e di implementazione (fig. 2).

Scopo del lavoro è elaborare un modello or-

ganizzativo gestionale di risk management che identifichi, strumenti operativi, standard di sicurezza generali e specifici nella prevenzione degli errori latenti e attivi e indicatori di monitoraggio per la verifica degli standard selezionati e per la mappatura del rischio di struttura.

Con l'obiettivo di:

- elaborare la matrice del modello che identi-

Fig. 2 - Il processo di gestione del rischio clinico

- ha come obiettivo la riduzione dei livelli di rischio di una struttura sanitaria
- le tappe fondamentali del processo:
 - ❖ Identificazione dei rischi
 - ❖ Valutazione e analisi dei rischi
 - ❖ Trattamento dei rischi
 - ❖ Monitoraggio



fichi gli strumenti operativi di risk management della struttura che intervengono nella analisi degli standard di sicurezza nelle varie fasi dell'intero processo di gestione del rischio: identificazione del rischio, analisi e trattamento del rischio;

- identificare i principali standard di sicurezza generali e specifici nella prevenzione degli errori latenti e degli errori attivi misurati da relativi indicatori;

- verificare la adesione agli standard di sicurezza e procedere alla mappatura e valutazione del rischio di errore attivo e latente.

Metodo

La matrice del modello

Sulla base delle considerazioni teoriche e dopo la formulazione degli obiettivi è stata elaborata la matrice del modello nella quale vengono indicati i principali strumenti operativi che intervengono nelle varie fasi dell'intero processo di risk management del Centro CMPH. Il ruolo attribuito ai vari strumenti operativi sarà quello di valutare l'adesione agli standard di sicurezza generali e specifici di seguito selezionati che riguardano sia l'organizzazione che le attività degli operatori. Il monitoraggio dell'intero processo sarà garantito dalla identificazione di una griglia di indicatori di sicurezza generali e speci-

fici che consentiranno, attraverso l'analisi dei risultati ottenuti, la mappatura e la valutazione del rischio di errore attivo e di errore latente (tab. 2).

Selezione degli standard di sicurezza

STANDARD GENERALI - Le attività di risk management, a cui tutte le strutture sanitarie sono chiamate ad assolvere, sono dunque essenzialmente finalizzate alla prevenzione degli errori latenti legati all'organizzazione/ambiente di lavoro e agli errori attivi legati al personale sanitario che possono verificarsi in modo involontario o volontario (violazioni). Partendo da una analisi dei requisiti minimi autorizzativi e dei requisiti ulteriori di accreditamento sono stati individuati i principali standard di sicurezza che un centro di riabilitazione deve osservare per una gestione appropriata del rischio volta a prevenire gli errori latenti insiti nella struttura.

Gli errori legati a decisioni strategiche non appropriate, a processi organizzativi non strutturati o a ad un ambiente di lavoro insicuro costituiscono il substrato latente fonte della maggioranza di cause di errore e quindi di possibile danno al paziente. In questa ottica, sono state definiti gli standard di sicurezza generali di sistema di risk management (tab. 3).

Tab. 2 - Matrice del modello

Fasi processo	Strumenti operativi	Modulistica	Monitoraggio
Identificazione rischio	Incident Reporting IR Mappatura del rischio Documentazione clinica	Modulo IR Mappa del rischio Consenso informato	Indicatori generali
Analisi proattiva rischio	Questionario Soddisfazione Pazienti (QSP) Questionario Soddisfazione Operatori (QSO) Questionario Rischio Clinico (QRC) Cartella Clinica Riabilitativa Safety Work Round (SWR) Report Formazione Ricerca (RFR)	Moduli questionari specifici CCR standardizzata Questionario SWR Grafico di RFR	Indicatori specifici
Analisi reattiva rischio	Root Cause Analysis RCA Audit clinico Cartella clinica riabilitativa	Modulo RCA Report di audit CCR standardizzata	Indicatori specifici
Trattamento rischio	Assicurazione RC Struttura e Operatori	Contratti assicurazione	Indicatori generali

Legenda: IR=Incident Reporting; QSP=Questionario Soddisfazione Pazienti; QSO=Questionario Soddisfazione Operatori; QRC=Questionario Rischio Clinico; CCR=Cartella Clinica Riabilitativa; SWR=Safety Work Round; RFR=Report Formazione Ricerca; RCA=Root Cause Analysis; RC=Responsabilità Civile

Tab. 3 - Standard di sicurezza generali

AREA: RM
Sono definite le decisioni strategiche gli obiettivi e l'assetto organizzativo della struttura
L'identificazione e la prevenzione dei rischi di reati intra-aziendali è contemplata da apposito modello organizzativo-gestionale
L'identificazione e la prevenzione dei rischi ambientali e personali dei lavoratori è garantita da un apposito documento
L'identificazione e prevenzione dei rischi legati alla sicurezza, integrità e privacy dei dati sanitari è garantita da apposito documento
L'identificazione di norme comportamentali che garantiscono la sicurezza e qualità delle prestazioni sanitarie è contenuta in specifico codice etico
Le attività assistenziali sono regolate da definite procedure
I ruoli e le responsabilità degli operatori sono definite
Sono definite e diffuse l'articolazione organizzativa e i servizi offerti dalla struttura
La sicurezza delle cure è parte integrante dei diritti dei pazienti
La documentazione clinica è redatta secondo standard di qualità misurati da relativi indicatori
È attivo un sistema informativo sanitario che favorisce la comunicazione e lo scambio sicuro dei dati sensibili
Lo stato di rischi di sinistri e la garanzia di eventuali risarcimenti è resa operativa dalla struttura

Tab. 4 - Standard di sicurezza specifici

AREA: RM
La cartella clinica riabilitativa è redatta secondo standard di qualità previsti dalle linee guida di riabilitazione e misurati da relativi indicatori
È valutata l'efficacia della prevenzione, analisi e gestione degli eventi avversi
È valutata la soddisfazione degli operatori in merito alla identificazione dei ruoli, efficacia della comunicazione interna, formazione e clima interno
È valutata la soddisfazione del paziente in merito alla efficacia della comunicazione ricevuta dagli operatori, alla sicurezza e qualità dell'assistenza
Sono valutati la qualità della formazione e l'aggiornamento professionale continuo e strutturato e la produzione scientifica
Sono operativi e strutturati audit clinici, giro della sicurezza e Root Cause Analysis RCA
Il trattamento delle varie patologie è strutturato in percorsi clinico assistenziali PTCA

STANDARD SPECIFICI - Dopo aver definito gli standard generali si è provveduto a identificare standard specifici di processo/esito indirizzati al contesto operativo del centro di riabilitazione territoriale accreditato. Gli standard selezionati sono finalizzati soprattutto alla prevenzione del-

le principali cause di errore attivo che possono verificarsi nel corso delle attività assistenziali riabilitative (tab. 4).

STANDARD CARTELLA CLINICA - Nel contesto della selezione degli standard di sicurezza

specifici del risk management, la cartella clinica riabilitativa (CCR), assume un ruolo preminente in quanto acquisisce un significato molto più ampio, non più circoscritto alla sola mera compilazione, ma esteso a formidabile strumento di prevenzione e gestione del ri-

schio clinico. In tale ambito infatti la documentazione sanitaria è uno strumento di identificazione, prevenzione e di analisi del rischio clinico e a tal fine esercita al tempo stesso sia un ruolo proattivo sia un ruolo reattivo (tab. 5).

Tab. 5 - Standard cartella clinica riabilitativa

AREA: CCR
È identificata la necessità riabilitativa
È identificata la complessità clinico-assistenziale
Sono valutate le abilità residue
È valutata la disabilità presente
È garantita la interdisciplinarietà dell'assistenza
È garantita la comunicazione medico/paziente
È garantita la continuità delle cure
Sono indicate le Linee guida di riferimento

Tab. 6 - Indicatori generali

Macro area	Indicatore	Tipo	Significato
Autorizzazione	Atto aziendale	Struttura	Definisce le decisioni strategiche, gli obiettivi e l'articolazione organizzativa
Autorizzazione	Documento privacy	Struttura	Garantisce la sicurezza e la privacy dei dati sanitari
Autorizzazione	Organigramma	Struttura	Identifica ruoli e responsabilità di tutti gli operatori dell'organizzazione. Elimina le "zone grigie"
Autorizzazione	Piano sicurezza	Struttura	Garantisce la sicurezza dei pazienti e degli operatori
Autorizzazione	Sistema Informativo Sanitario	Struttura	Garantisce la corretta acquisizione di dati amministrativi e sanitari. Favorisce la comunicazione interna ed esterna tramite sito Web e Intranet aziendali
Accreditamento	Manuale della qualità	Struttura	Garantisce attraverso procedure specifiche modalità omogenee per l'appropriato svolgimento delle attività assistenziali
Accreditamento	Carta dei servizi	Struttura	Garantisce una corretta e trasparente informazione al paziente sui servizi offerti dall'azienda e l'impegno ad erogarli in modo appropriato ed efficiente
Accreditamento	Carta dei diritti	Struttura	Garantisce il rispetto del diritto alla sicurezza delle cure del paziente
Accreditamento	Codice etico	Struttura	Garantisce norme comportamentali etiche a garanzia della qualità e sicurezza delle cure
Legislazione	Modello organizzativo gestionale	Struttura	Definisce misure preventive idonee alla prevenzione di reati intra-aziendali
Accreditamento	Cartella clinica riabilitativa	Struttura	Garantisce la completezza della documentazione sanitaria e del P.R.I.
Legislazione	Contratto di assicurazione	Struttura	Garantisce la valutazione dello stato di rischio e l'eventuale risarcimento dei danni procurati ai pazienti

Selezione degli indicatori di monitoraggio (tabelle 6, 7 e 8)

INDICATORI GENERALI - Nella tab. 6 sono riportati gli indicatori generali che misurano l'adesione agli standard di sicurezza propri dell'organizzazione per la prevenzione degli errori latenti.

INDICATORI SPECIFICI - Nella tab. 7 sono rappresentati i principali indicatori del Centro di riabilitazione CMPH, per valutare la qualità e la sicurezza dell'assistenza nei principali processi ed esiti assistenziali specifici della struttura.

INDICATORI CARTELLA CLINICA - Nella tab. 8 sono rappresentati in modo analitico gli indicatori della cartella clinica riabilitativa elaborati in adesione alle linee guida sulla riabilitazione. Per ogni indicatore sono specificati, l'area di valutazione, il tipo e il significato che assume nella valutazione di qualità del risk management.

Verifica degli standard di sicurezza

La verifica degli standard di sicurezza è stata realizzata mediante l'utilizzo dei vari strumenti operativi.

Il *Questionario di soddisfazione del paziente* ha permesso di evidenziare quali situazioni di rischio potenziale:

- 1) la comunicazione medico-paziente che dovrà essere più dettagliata ed esaustiva;
- 2) la Carta dei diritti, alla quale dovrà essere posta maggiore attenzione;
- 3) la privacy che dovrà essere maggiormente rispettata (figure 3 e 4).

Questionario soddisfazione degli operatori

Il questionario ha valutato il "clima interno", la adeguatezza della formazione e la sicurezza logistica e operativa. Situazioni di rischio potenziale sono rappresentate da:

Tab. 7 - Indicatori specifici

MACRO AREA	INDICATORE	TIPO	SIGNIFICATO
RM Centro di riabilitazione	Cartella clinica riabilitativa	Processo	Garantisce l'appropriatezza e la completezza compilativa secondo standard di Qualità misurati da relativi indicatori Strumento proattivo e reattivo di RM
	Questionario soddisfazione pazienti	Esito	Valuta la soddisfazione del paziente in relazione alla Qualità e Sicurezza della assistenza ricevuta
	Questionario soddisfazione operatori	Esito	Valuta la soddisfazione degli operatori in merito alla efficacia della comunicazione e al clima interno (BURN-OUT)
	Questionario rischio clinico	Processo/Esito	Valuta l'efficacia della prevenzione e la gestione degli eventi avversi
	Report formazione produzione scientifica	Esito	Valuta l'aggiornamento professionale degli operatori e la produzione scientifica
	Report di audit	Processo/Esito	Garantisce la prevenzione degli eventi avversi evitabili e la gestione condivisa degli eventi avversi accaduti
	Percorsi clinico assistenziali	Processo/Esito	Garantisce che le varie patologie sono trattate in modo interdisciplinare secondo linee Guida di riferimento

Tab. 8 - Indicatori cartella clinica

MACRO AREA	INDICATORE	TIPO	SIGNIFICATO
RM CCR	COD. ICD10 Diagnosi principale	Processo	Identifica il tipo di necessità riabilitativa oggetto di intervento
	COD. ICD10 Diagnosi secondaria	Processo	Identifica la complessità clinico-assistenziale
	COD. I.C.F.	Processo	Identifica le abilità residue
	Scale disabilità	Processo	Valuta la disabilità presente
	Équipe multidisciplinare	Processo	Garantisce la interdisciplinarietà dell'assistenza
	Lettera dimissione	Processo	Garantisce la continuità delle cure
	Linee guida	Processo	Garantisce la appropriatezza delle cure
	Consenso Informato	Processo	Garantisce l'efficacia della comunicazione medico-paziente e la condivisione degli obiettivi e dei rischi legati al trattamento riabilitativo

- 1) comunicazione interna non sempre efficace;
 - 2) formazione interna implementabile.
- Il clima interno è stato valutato favorevole (fig. 5).

Questionario rischio clinico

Tale questionario ha permesso di evidenziare l'assenza di potenziali condizioni di rischio strutturale e operativo. L'unico evento avverso occorso è stato appropriatamente gestito (tab. 9).

Fig. 3 - Questionario soddisfazione pazienti/operatori

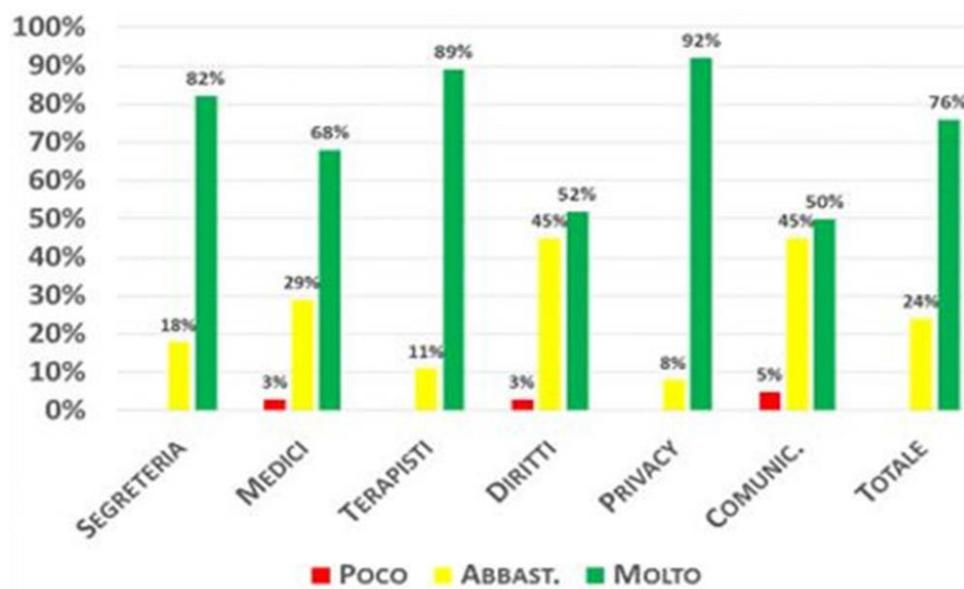


Fig. 4 - Questionario soddisfazione pazienti/struttura

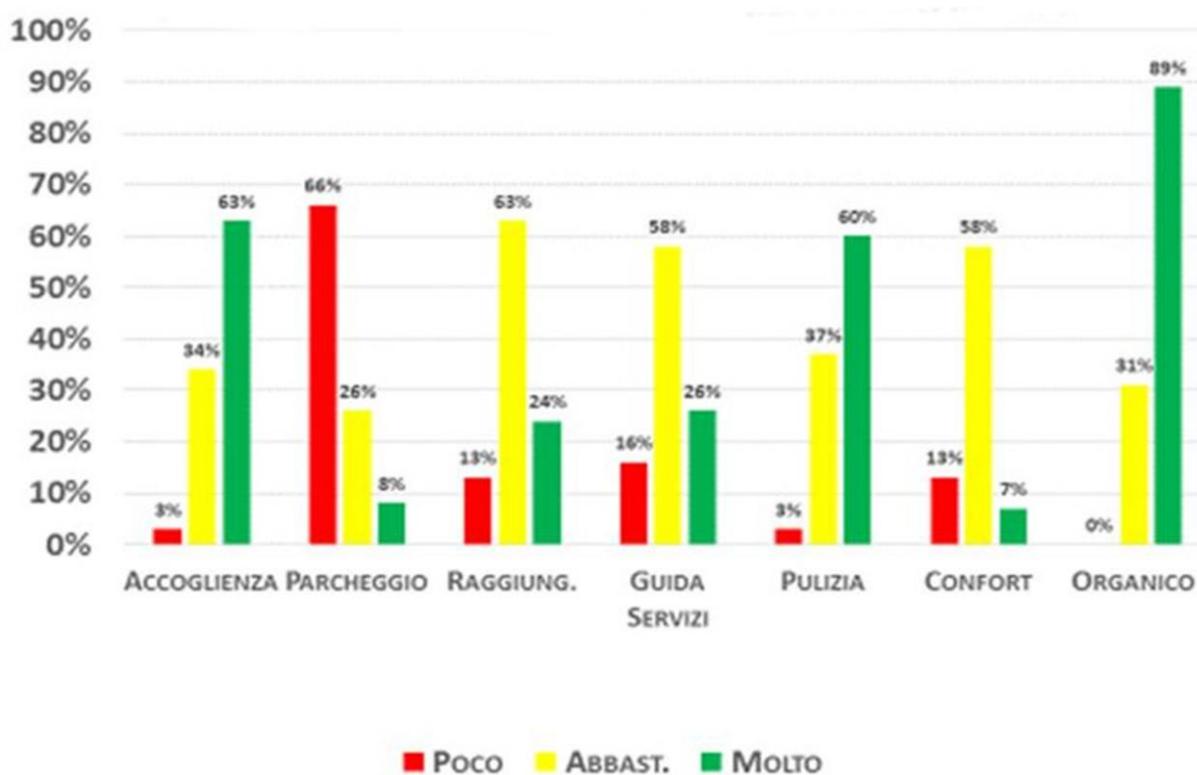
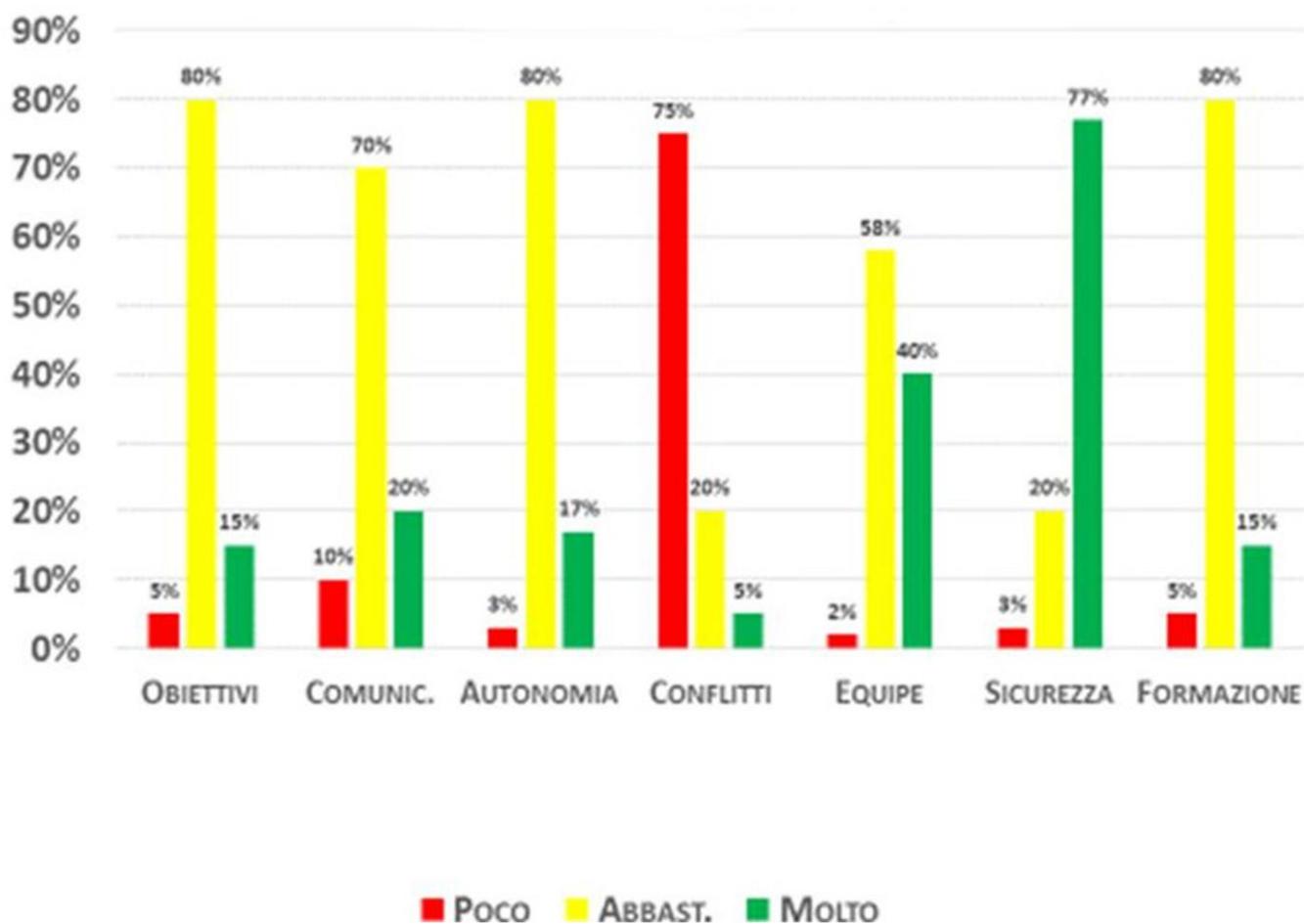


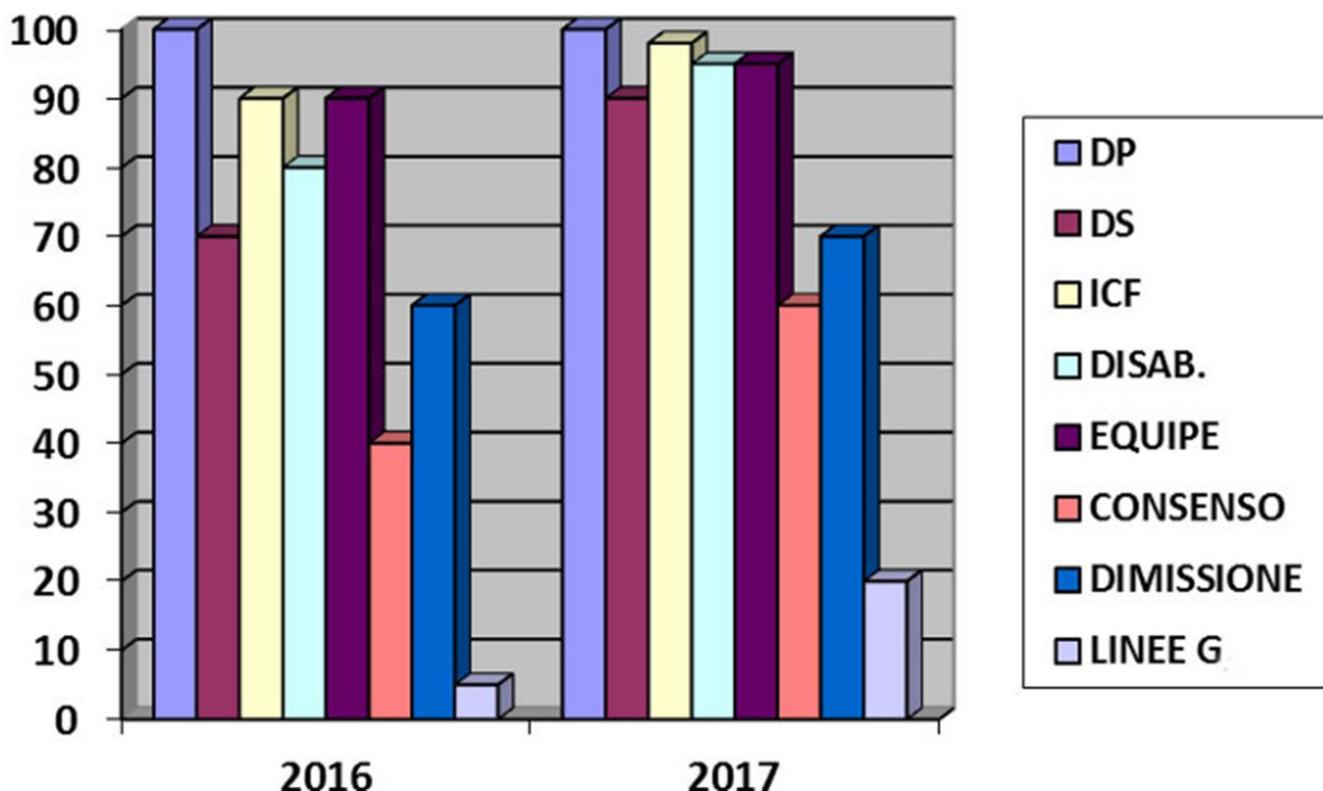
Fig. 5 - Questionario soddisfazione operatori



Tab. 9 - Questionario rischio clinico

Macro area valutazione	Elementi di valutazione	Risultati
Risk management	Eventi avversi accaduti	Un caso: crisi lipotimica paziente adulto, sede Via Livorno. Evento avverso non prevenibile
	Eventi avversi scongiurati	Nessuno
	Fattori di rischio ambientali	Nessuna rilevazione
	Fattori di rischio operativi	Nessuna rilevazione
	Fattori di rischio contestuali	Nessuna rilevazione
	Misure preventive proposte	Corso P-BLS per tutti gli operatori Verifica periodica arredi e giocattoli Verifica periodica carrello PS e farmaci Presenza medica negli orari di assistenza
	Azioni implementative attuabili	Giro della sicurezza periodico Modulo di segnalazione di evento avverso occorso/scongiurato/potenziale

Fig. 6 - Indicatori RM cartella clinica riabilitativa



Legenda: DP=Diagnosi principale; DS=Diagnosi Secondaria; ICF=International Classification Functioning; DISAB=Scale Valutazione Disabilità; EQUIPE=Composizione Figure Professionali; CONSENSO=Consenso Informato; DIMISSIONE=Lettera di Dimissione; LINEE G=Adesione a Linee Guida

Cartella Clinica Riabilitativa CCR

La fig. 6 confronta in due periodi la adesione degli standard selezionati relativi alla cartella clinica misurati dai relativi indicatori. Azioni

correttive andranno intraprese relativamente alla adesione alle Linee Guida, alla compilazione della lettera di dimissione e del consenso informato.

Report formazione e aggiornamento

Il Report evidenzia un crescente grado di aggiornamento professionale e di attività scientifica degli operatori nei due periodi considerati (fig. 7).

Mappatura e valutazione del rischio di errore

Metodologia

La valutazione del rischio di errore attivo e latente è stata effettuata sulla base dell'analisi delle verifiche degli standard di sicurezza.

La presentazione dei risultati avviene tramite matrici che, per ogni tipo di errore, riportano il grado di rischio. Di seguito vengono forniti i criteri di assegnazione del valore di rischio per ogni tipo di errore.

Gradi di valutazione dei rischi di errore (attivo-operatori/latente-struttura)

Rischio alto (A): alta possibilità di accadimento della commissione dell'errore;

Rischio medio (M): media possibilità di accadimento della commissione dell'errore;

Rischio basso (B): bassa possibilità di accadimento della commissione dell'errore.

La valutazione del rischio in una di queste tre categorie deriva dai valori rilevati in relazione alle due componenti del rischio "probabilità di accadimento = P" e "livello di vulnerabilità = V", secondo i criteri di valutazione adottati dalla Società.

In particolare il livello di rischio è calcolato come riportato nella fig. 8.

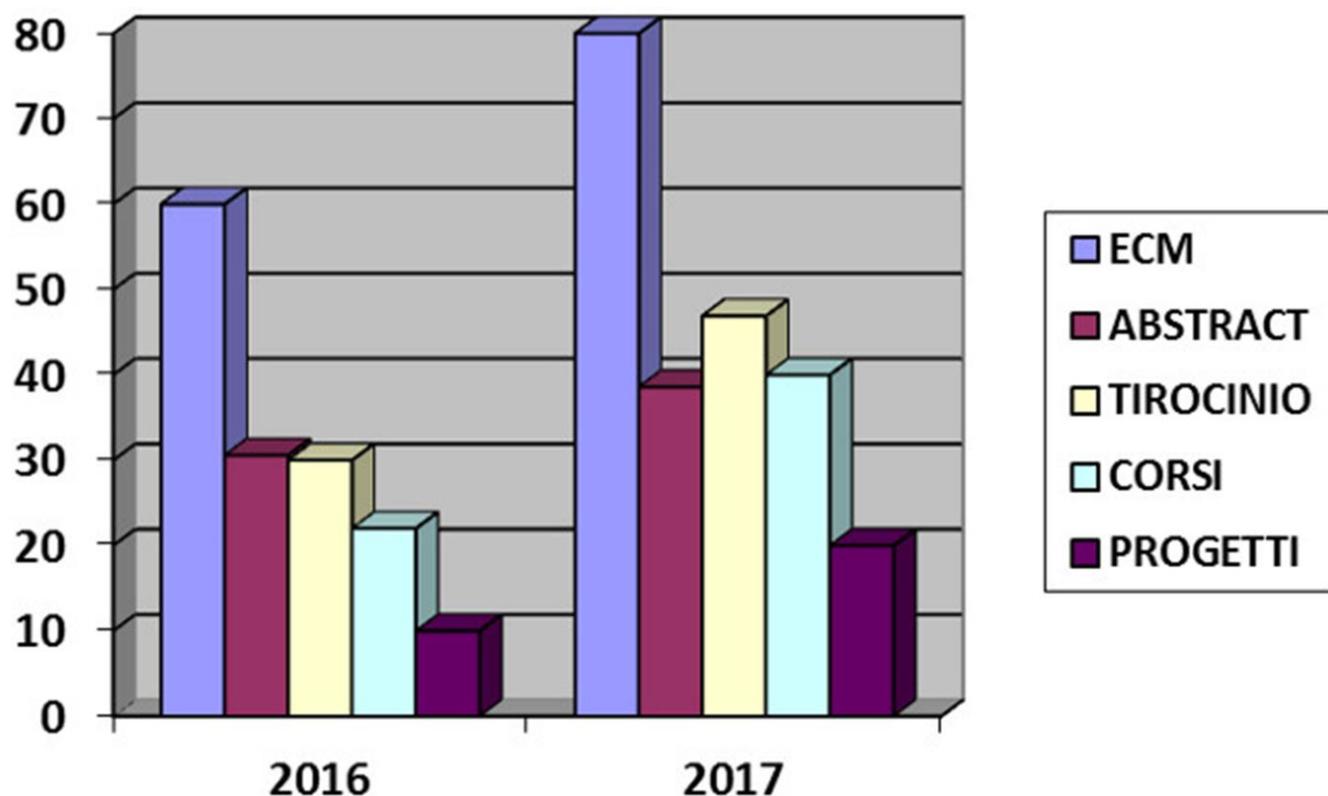
Mappatura del rischio

Nelle tabelle 10 e 11, viene riportata la mappatura dei rischi di errore attivo legato alle attività degli operatori e di errore latente legato ai processi aziendali.

Conclusioni

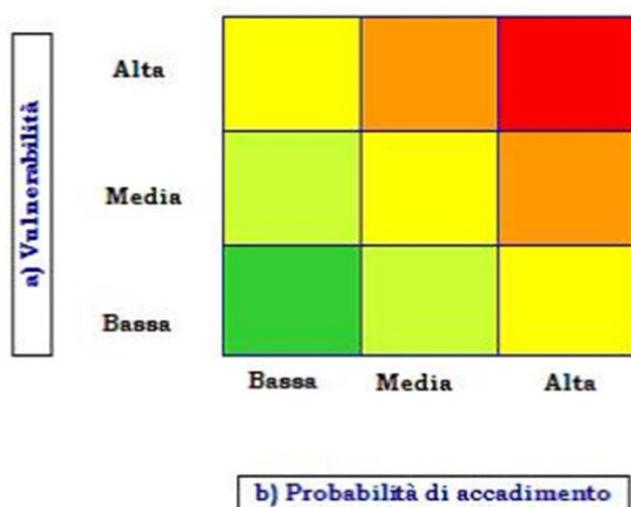
Le organizzazioni sanitarie moderne sono sempre più strutturate secondo uno schema organizzativo di tipo orizzontale, a matrice e declinano le proprie funzioni in processi operativi, di supporto e strategici che debbono necessariamente essere sottoposti a verifica di qualità. Nelle strutture sanitarie il manage-

Fig. 7 - Indicatori RM formazione/aggiornamento



Legenda: ECM=Crediti Formativi Acquisiti; ABSTRACT=Comunicazioni Scientifiche; TIROCINIO=Attività di Tutor; CORSI=Partecipazione a Corsi di Formazione; PROGETTI=Partecipazione a Progetti di Ricerca

Fig. 8 - Evidenziazione dell'entità del rischio



ment della gestione del rischio prevede che il risultato dei processi aziendali debba essere orientato verso la sicurezza del paziente e degli operatori.

La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente. La sicurezza delle cure infatti è considerata un diritto del paziente e un dovere degli operatori sanitari.

La *clinical governance* affonda le sue radici in due aree gestionali fondamentali rappresentate dalla qualità e sicurezza delle cure; il risk management rappresenta la sintesi di queste due aree

gestionali in quanto assicurando la sicurezza delle cure ne eleva conseguentemente anche la qualità.

In tale ottica, gli standard e gli indicatori di monitoraggio selezionati in questo modello possono rappresentare il vero "termometro" della sicurezza attesa nella gestione del rischio in un centro di riabilitazione accreditato. L'adesione a standard di sicurezza generali e specifici, misurata dai relativi indicatori individuati nel modello, assume un fondamentale ruolo nella prevenzione degli errori latenti legati alla organizzazione e degli errori attivi legati più propriamente alle attività assistenziali. Tra gli standard di sicurezza specifici, la corretta e completa compilazione della cartella clinica riabilitativa ha assunto un ruolo preminente in quanto ha rappresentato un vero e proprio strumento proattivo e reattivo di analisi del rischio clinico.

L'applicazione del modello proposto nel centro di riabilitazione territoriale CMPH ha permesso una gestione completa di tutte le tappe del processo di risk management e, attraverso la verifica degli standard di sicurezza selezionati, ha consentito una mappatura e valutazione globale del rischio di errore, sia latente, sia attivo, dell'intera struttura.

Bibliografia

Agenzia Regionale di Sanità (2004): "Villa Fabbricotti" La qualità dell'assistenza in riabilitazione, giornate di studio regionali, Firenze.

Tab. 10 - Errori attivi: attività operatori

Attività	Funzioni	Errore potenziale	Valutazione rischio	Misure preventive
Compilazione cartella clinica	Medici/Terapisti Direzione Sanitaria	Omissione dati Incompletezza Informazioni	Medio	Standard/Indicatori qualità CCR
Comunicazione con il paziente	Medici/Terapisti	Incompletezza Incomprensibilità Carenza	Basso	Questionario soddisfazione paziente
Comunicazione tra operatori	Medici/Terapisti Direzione Sanitaria	Rispetto Ruoli/Competenze Responsabilità	Basso	Organigramma Formazione Audit
Aggiornamento professionale	Medici/Terapisti	Carenza Crediti ECM Formazione	Medio	Report Aggiornamento Formazione
Comportamento sul luogo di lavoro	Operatori	Violazioni	Basso	MOG ODV Codice Etico

Tab. 11 - Errori latenti: processi aziendali

Processi aziendali	Funzioni	Errore potenziale	Valutazione rischio	Misure preventive
Definizione organizzazione	Direzione Generale Responsabile qualità	Carenza/Incompletezza Organigramma Atto Aziendale	Basso	Sistema qualità Verifica procedure requisiti
Comunicazione con il paziente	Direzione Generale Responsabile qualità	Incompletezza Carta dei Servizi Guida ai Servizi	Basso	Questionario soddisfazione paziente
Gestione informatica delle attività	Direzione Generale Responsabile SIS	Inappropriatezza Sistema informatico	Basso	Aggiornamenti software hardware
Formazione interna operatori	Responsabile formazione	Corsi di formazione non strutturati e permanenti	Medio	Questionario soddisfazione operatori
Sicurezza strutturale operativa	Responsabile sicurezza	Carente valutazione rischio cadute	Basso	Piano sicurezza Questionario rischio clinico
Clima interno	Responsabile qualità	Carente valutazione Burn-Out	Medio	Questionario soddisfazione operatori
Qualità/Sicurezza delle cure	Responsabile qualità	Carente valutazione opinione pazienti/operatori	Basso	Questionario soddisfazione pazienti/operatori
Garanzia privacy	Responsabile privacy	Carenza/assenza documento privacy	Basso	Documento DPS

Bonaldi A., Focarile F. (1994): *Curare la qualità*, Guerini e Associati, Milano, 44-7.

Cavicchi I. (2010): *Medicina e sanità: snodi cruciali*, Edizioni Dedalo, Bari.

Cochrane A. (1999): *Efficienza ed efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Donabedian A. (1990): *La qualità dell'assistenza sanitaria*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Gattai A. (1990): *La cartella clinica*, OEMF, Milano.

Heneghan C., Badenoch D. (2007): *La medicina basata sulle prove*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Ministero della Salute (2003): *Risk Management in sanità. Il problema degli errori*.

Ministero della Salute (2011): *Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità*.

Ministero della Salute (2015): *Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella*, 5° Rapporto (settembre 2005-dicembre 2012).

Morosini P. (2004): Indicatori di valutazione e miglioramento continuo della qualità professionale, Istituto Superiore di Sanità, Roma, *Rapporti Istisan*, 04/29.

Natalucci G. (2010): 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.

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.

Riferimenti normativi

D.I. Lavoro, Salute e Politiche Sociali 11 dicembre 2009: "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio degli errori in sanità".

D.L. 13 settembre 2012, n. 158: "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", convertito in L. 8 novembre 2012, n. 189 (c.d. Decreto Balduzzi).

D.P.R. 7 aprile 2006: "Piano Sanitario Nazionale 2006-2008".

L. 14 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Valutazione del grado di soddisfazione lavorativa degli infermieri italiani: una prospettiva di cambiamento

ALESSIA MARINO

Infermiera pediatrica, AORN Santobono Pausillipon, Napoli

CONCETTA VITALE

Infermiera pediatrica - Libero Professionista

Riassunto: Il tema della soddisfazione e benessere lavorativo del personale sanitario è analizzato da molto tempo nei contesti anglosassoni e americani, mentre in Italia solo da alcuni decenni è oggetto di ricerche in ambito psicosociale e organizzativo. Si è quindi dimostrato opportuno valutare il grado di soddisfazione lavorativa degli infermieri italiani e individuare interventi da mettere in atto per migliorare la situazione attuale. Per la finalità dello studio è stato utilizzato un questionario somministrato ad un campione casuale di 120 infermieri italiani con esperienza lavorativa. Il questionario è stato costruito ad hoc mediante un modulo di analisi on-line utilizzando la piattaforma G-Drive di Google. Dai dati più rilevanti emerge un elevato grado di insoddisfazione professionale nonché scarsa possibilità di carriera per il personale a cui è stato somministrato il questionario ma nonostante questo il 75% intraprenderebbe nuovamente la professione di infermiere. Inoltre, il 79,1% ritiene di avere troppa responsabilità durante il turno lavorativo e il 78,6% dichiara di non avere autonomia decisionale. In conclusione occorre intraprendere un percorso che consenta di guardare l'organizzazione, volerne capire la natura, coglierne le peculiarità, centrando l'attenzione meno al suo aspetto strutturale e più alle sue risorse invisibili.

Parole chiave: soddisfazione lavorativa, burnout, qualità assistenziale, survey, infermieri

Introduzione

La soddisfazione sul lavoro influenza il benessere psichico, la salute fisica e, in generale, la comparsa di malattie dovute a stress. Lo confermano i risultati di un'indagine svolta presso un ospedale del centro Italia dai ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità, nel corso della quale solo il 27% dello staff ha espresso soddisfazione per la propria occupazione.

Un uomo soddisfatto del proprio lavoro, lavorando in armonia con l'organizzazione, produce di più e meglio. La soddisfazione per il lavoro si correla positivamente con la motivazione, ovvero gli individui più soddisfatti tendono ad essere anche i più motivati.

Cosa si intende con il termine "Motivazione"? Secondo Maslow, la motivazione riveste un

ruolo centrale nella vita dell'essere umano: è il motore delle azioni di un individuo, la molla che ne spiega le scelte, le aspirazioni e il grado di impegno nello svolgimento di un compito. Per tale ragione, tutti i comportamenti umani sono determinati da un perché, da un motivo e ovviamente, anche le attività lavorative intraprese dall'individuo, hanno uno scopo ben preciso. Bisogna però tener presente, che la motivazione al lavoro, non è rappresentata (come molti credono) esclusivamente dalla remunerazione economica; poiché anche il collaborare verso il raggiungimento di un risultato professionale, il sentirsi parte di un gruppo, ricevere le giuste gratificazioni sono degli obiettivi lavorativi. Non bisogna dimenticare poi che la motivazione diviene fondamentale affinché i lavoratori diano il meglio di sé nello svolgimento delle proprie

mansioni, perché solo i soggetti che credono in quel che fanno, che perseguono il proprio obiettivo con lo spirito giusto, saranno quelli che foriranno performance lavorative migliori.

Il tema della soddisfazione e benessere lavorativo del personale sanitario è analizzato da molto tempo nei contesti anglosassoni e americani, mentre in Italia solo da alcuni decenni è oggetto di ricerche in ambito psicosociale e organizzativo. Tradizionalmente le indagini che hanno trattato temi attinenti la definizione e la misurazione dei livelli di soddisfazione lavorativa sono state identificate con variabili di natura economica; negli ultimi anni, grazie anche al contributo di idee e di analisi offerte da numerosi filosofi, economisti ed esperti di organizzazione quali P. Dasgupta, J.B. Rawls e A. Sen, si è promosso un nuovo approccio che considera la soddisfazione lavorativa come un fenomeno multidimensionale.

Uno dei problemi più rilevanti nello studio della soddisfazione lavorativa è la sua misura. Il costrutto, infatti, è un concetto complesso e difficile da misurare oggettivamente, dato che è influenzato da un ampio *range* di variabili correlate a fattori individuali, sociali, culturali, organizzativi e ambientali (Maeran, 1999). Sono diverse le ragioni per cui può essere utile ad un'organizzazione svolgere un'indagine sulla soddisfazione delle persone che vi lavorano, tra le quali la diagnosi e la comprensione di problematiche, come ad esempio l'assenteismo o il turnover, la valutazione delle conseguenze di un cambiamento promosso e avviato, la volontà di rendere più efficace la comunicazione interna, o ancora la necessità di favorire un maggiore coinvolgimento delle risorse (Arnold, Feldman, 1986). Alla luce di queste brevi considerazioni, diventa sempre più importante studiare questo tema nel contesto sanitario al fine non solo di prevenire fenomeni di stress e di *burnout*, ma anche di promuovere il benessere sul posto di lavoro. Si è quindi dimostrato opportuno sondare il grado di soddisfazione lavorativa degli infermieri italiani e identificare strategie per migliorare la situazione attuale.

Obiettivo

Gli obiettivi di questo studio sono di valutare il grado di soddisfazione lavorativa degli infer-

mieri italiani per verificare il livello di benessere lavorativo del personale infermieristico ospedaliero, di evidenziare eventuali criticità, di proporre una serie di interventi migliorativi. Tutto ciò attraverso il coinvolgimento di un numero significativo di infermieri ai quali viene proposta la compilazione di un questionario.

Materiali e metodi

Per la finalità dello studio è stato utilizzato un questionario somministrato ad un campione causale di 120 infermieri italiani con esperienza lavorativa. Il questionario è stato costruito *ad hoc* mediante un modulo di analisi on-line utilizzando la piattaforma G-Drive di Google.

Il questionario realizzato risulta composto da 16 domande (14 a risposta chiusa e 2 a risposta aperta) ed è suddiviso in due parti: una prima parte in forma anonima che raccoglie i dati socio-anagrafici (età, sesso, anni di esperienza, regione di appartenenza), e una seconda parte in cui vengono analizzati alcuni aspetti fondamentali della professione infermieristica: in particolare si indaga la qualità assistenziale in relazione all'organizzazione del lavoro, la percezione del carico di lavoro, la qualità delle relazioni interpersonali, le possibilità di sviluppo professionale e il profilo tecnico-economico (allegato 1).

I dati raccolti sono stati utilizzati a scopo scientifico-epidemiologico. Ad ogni somministrazione sono state chiarite le finalità dell'indagine in quanto riportate come nota introduttiva all'inizio di ogni questionario. La compilazione era del tutto facoltativa ed assolutamente anonima. I tempi per la realizzazione dello studio ed elaborazione dati sono stati di 30 giorni.

La ricerca è stata preceduta da un esame della letteratura nazionale e internazionale attraverso le principali banche dati (Pubmed, Cinahl), il tutto integrato con articoli, riviste e libri in commercio. Sono state incluse nell'indagine le seguenti Unità Operative: Neurochirurgia, Cardiologia, Geriatria, Ortopedia, Chirurgia, Oncomeatologia, Pronto Soccorso, Rianimazione, Pediatria, Neuropsichiatria, Gastroenterologia, Terapia intensiva Neonatale, Patologia Neonatale. In seguito allo spoglio e alla selezione dei dati, questi sono stati inseriti e classificati attraverso il foglio di calcolo elettronico Excel, elabo-

rando successivamente grafici e tabelle per i principali risultati.

Risultati

L'adesione allo studio da parte del campione è stata del 100%. Sono stati somministrati e ritirati 120 questionari. Dall'indagine emerge che il 63% è di sesso femminile mentre il 38% è di sesso maschile.

Gli infermieri che hanno partecipato allo studio compilando il questionario sono in servizio presso le unità operative di aziende ospedaliere pubbliche e/o private in diverse regioni di Italia (tab. 1).

La maggior parte del campione ha un'età compresa tra i 30 e i 40 anni (37,5%), il 35% ha tra i 21 e i 30 anni, il 16,6% tra i 40 e i 50 anni e solo il 10,8% ha un'età superiore ai 50 anni. Il 46,6% del campione ha un'esperienza lavorativa di 2-5 anni, il 25% inferiore ai due anni e il 15% un'esperienza pluridecennale (tab. 2).

Si è successivamente indagato circa i fattori che maggiormente comportano insoddisfazione lavorativa. Il 79,1% ritiene di avere troppa responsabilità durante il turno lavorativo e il

78,6% dichiara di non avere autonomia decisionale. Dai dati emerge che solo al 15% del campione non viene richiesto di fare cose che esulano dalla propria responsabilità professionale.

Nonostante si evince nella maggioranza del campione un elevato grado di insoddisfazione professionale nonché scarsa possibilità di carriera, il 75% intraprenderebbe nuovamente la professione di infermiere. Inoltre, l'80% degli infermieri sostiene che il carico di lavoro è eccessivo (tab. 3).

Attraverso il questionario è stato chiesto di indicare quali fossero i principali fattori di disagio lavorativo. Il 45% correla il disagio lavorativo allo scarso riconoscimento di meriti e professionalità, il 42,5% alla fatica mentale e fisica, il 37,5% alla retribuzione, l'11,6% al rapporto con medici e colleghi. Inoltre un solo partecipante ha selezionato l'opzione "Altro" ritenendo la scarsa formazione ricevuta durante l'Università come fattore predominante di disagio lavorativo.

In taluni casi la soddisfazione e il benessere lavorativo del personale infermieristico, assumono significati ben diversi. Dall'analisi delle diverse opzioni si riscontra che è possibile per il 40% del campione aumentare la soddisfazione

Tab. 1 - Distribuzione del campione per unità operativa e Regione

Regioni	Unità operative	Partecipanti	
		N.	%
Calabria	Chirurgia Cardiologia	4	3,3%
Campania	Rianimazione Pediatria Pediatria specialistica Oncoematologia Malattie rare e metaboliche	25	20,8%
Lazio	Patologia Neonatale Chirurgia Pronto Soccorso	12	10%
Marche	Geriatria Oncoematologia	18	15%
Liguria	Patologia neonatale Terapia intensiva neonatale Ortopedia	22	18,3%
Veneto	Gastroenterologia Chirurgia Cardiologia	26	21,6%
Sicilia	Neurochirurgia Rianimazione	13	10,8%
Totale		120	

lavorativa mediante la riduzione del carico di lavoro, il 35% con maggiore riconoscimento professionale, il 20,8% con maggiori possibilità di carriera e il 18,3% attraverso l'incremento economico (fig. 2).

Tale risposta è in linea con i dati emersi dalla

domanda "Potresti offrire un'assistenza migliore ai pazienti se avessi più tempo da dedicargli?" (fig. 3). Il 90% asserisce di poter migliorare la qualità assistenziale se avesse più tempo da dedicare ai pazienti; ciò potrebbe essere ottenuto mediante riduzione del carico di lavoro e aumento del personale.

Tab. 2 - Caratteristiche generali del campione

<i>Fasce di età (anni)</i>	<i>Partecipanti</i>	
	<i>N.</i>	<i>%</i>
21- 30 anni	42	35%
30-40anni	45	37,5%
40-50 anni	20	16,6%
>50 anni	13	10,8%
<i>N. anni di servizio</i>		
<2 anni	30	25%
2-5 anni	56	46,6%
5-10 anni	18	15%
>10 anni	16	13,3%

Tab. 3 - Valutazione dell'insoddisfazione lavorativa degli infermieri

	<i>Partecipanti</i>	
	<i>N.</i>	<i>%</i>
<i>Pensi di avere troppa responsabilità durante il tuo turno di lavoro?</i>		
Si	95	79,1%
No	25	20,8%
<i>Nel tuo lavoro hai autonomia decisionale?</i>		
Si	34	28,3%
No	86	78,6%
<i>Talvolta sul lavoro ti viene chiesto di fare cose che esulano dalla tua responsabilità?</i>		
Si	102	85%
No	18	15%
<i>Se avessi la possibilità di ricominciare da capo, intraprenderesti nuovamente la professione di infermiere?</i>		
Si	90	75%
No	30	25%
<i>Nel tuo reparto i medici cooperano con gli infermieri?</i>		
Si	62	51,6%
No	58	48,3%
<i>Pensi che il carico lavorativo sia adeguato per ogni infermiere all'interno del tuo reparto?</i>		
Si	24	20%
No	96	80%
<i>Pensi di avere possibilità di carriera all'interno del reparto in cui lavori?</i>		
Si	44	36,6%
No	76	63,3%

Discussione

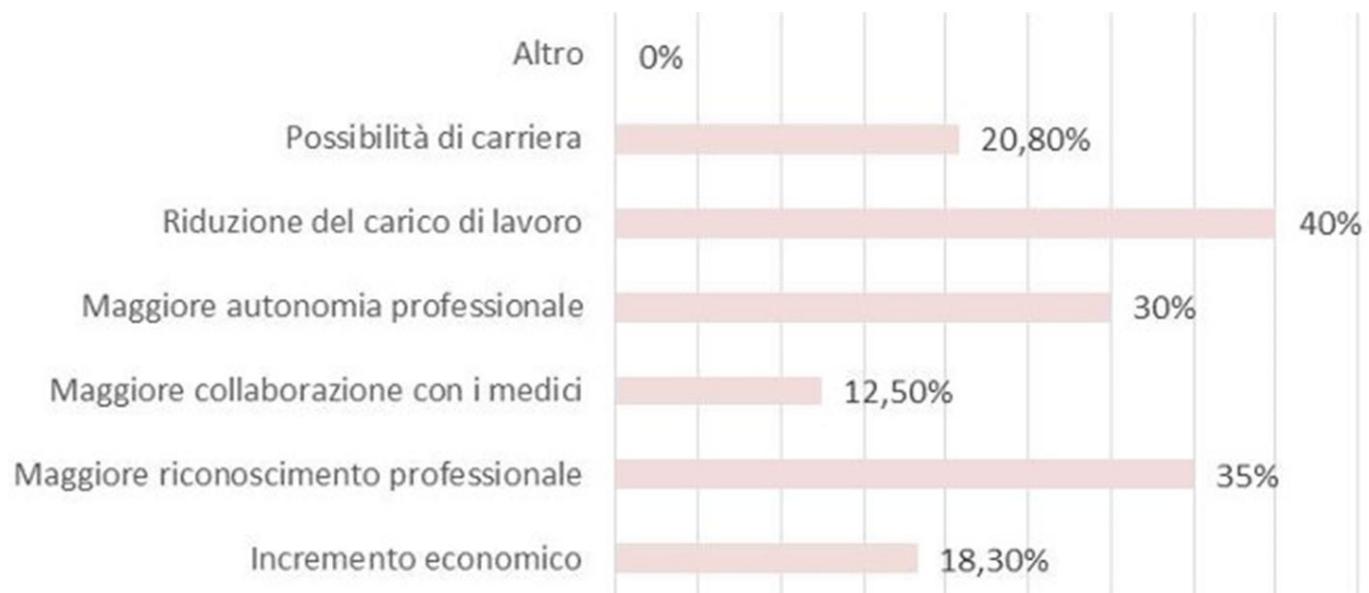
Recenti studi in ambito infermieristico hanno approfondito la relazione tra soddisfazione lavorativa e specifiche componenti individuali or-

ganizzative, come l'autonomia, le opportunità professionali e le relazioni all'interno dell'équipe multi-professionale. Nel panorama italiano, Taddia et al. (2007) osserva che sono più soddisfatti coloro che ricoprono posizioni

Fig. 1 - Principali fattori di disagio lavorativo



Fig. 2 - Principali fattori di miglioramento del grado di soddisfazione lavorativa



funzionali caratterizzate da maggior coinvolgimento e responsabilizzazione.

Tali studi vengono avvalorati dalla ricerca di Alvaro et al. (2007), in cui gli aspetti che la popolazione infermieristica ritiene più critici riguardano i rapporti con il management aziendale, in relazione all'assenza di sviluppo professionale, allo scarso riconoscimento e al limitato coinvolgimento nei processi decisionali.

Nell'attuale scenario socio-sanitario, la conoscenza della soddisfazione lavorativa degli infermieri rappresenta indubbiamente una leva strategica, diretta al miglioramento delle organizzazioni socio-sanitarie e nel contempo alla prevenzione di fenomeni dannosi come l'abbandono precoce del lavoro o il *burnout*.

Dunque, lo studio rappresenta un ottimo punto di partenza per valutare il grado di soddisfazione lavorativa degli infermieri italiani. Infatti se da un lato il campione studiato proviene solo da alcune regioni Italiane, dall'altro risulta diversificato circa il contesto organizzativo per cui sarebbe comunque auspicabile estendere questo tipo di indagine a un campione più ampio, al fine di ottenere un quadro più completo della situazione.

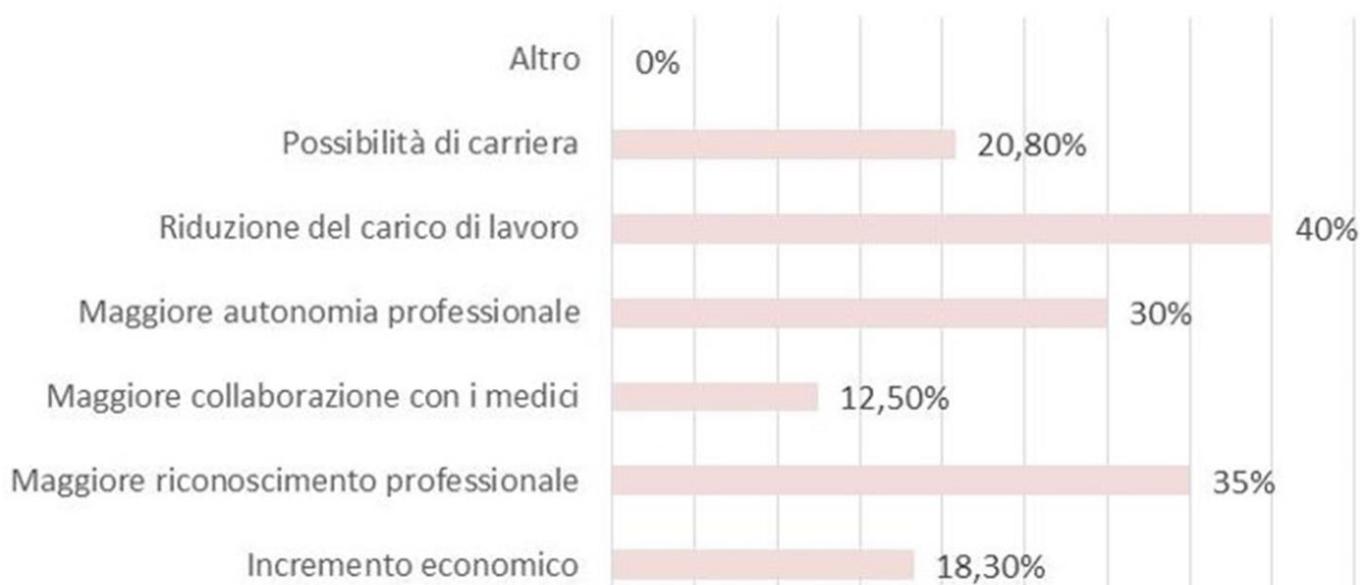
Dalla domanda relativa ai principali fattori di disagio lavorativo si evince che il personale infermieristico, nel svolgere il proprio lavoro, accusa un senso di eccessivo affaticamento mentale e fisico (il 42,5%) le cui cause possono essere ritrovate in un sovraccarico di lavoro, frequenti

contatti con le persone e un forte senso di responsabilità nelle attività assistenziali che purtroppo nella maggior parte dei casi non vengono riconosciute in maniera adeguata. Questi elementi possono generare un sovraccarico emotivo, se i compiti da svolgere non sono sufficientemente supportati da valorizzazione dell'impegno e delle iniziative (valorizzazione delle competenze), se il senso di equità e di giustizia sono poco presenti in azienda comportando, di conseguenza, l'emergere di una condizione di stress.

Attraverso il questionario è stato possibile reperire anche informazioni circa i fattori che migliorerebbero il grado di soddisfazione lavorativa degli infermieri. Tali fattori quali l'incremento dello stipendio, il lavoro di équipe, la riduzione del carico di lavoro e quindi l'incremento di personale nonché la maggiore autonomia professionale, possono contribuire ad identificare i punti sui quali intervenire per favorire un ambiente di lavoro in "salute". Promuovere tra gli infermieri la loro partecipazione attiva ai processi di cambiamento, non significa solamente sapere che vengono loro assicurati maggiori spazi e ambiti di decisione, ma il vero significato di ciò, si configura nell'offrire al personale possibilità concrete di valorizzazione del loro talento.

Altro punto saliente relativo alla insoddisfazione del personale infermieristico è rappresentato dalla scarsa possibilità di carriera e sviluppo

Fig. 3 - Miglioramento della qualità assistenziale



professionale. In linea con quanto è stato riscontrato, Maslach e Jackson (1996), ricordano che il *burnout* è stato correlato con alcuni aspetti dell'ambiente di lavoro come, il carico lavorativo, la percentuale di tempo dedicata al paziente, la complessità dei problemi affrontati, nonché la

possibilità di carriera. Invece, nella ricerca ISVET (1985), si evidenzia che i più giovani tendono ad essere più sicuri, meno interessati agli aspetti economici e di più a quelli della qualità del lavoro e delle possibilità di sviluppo professionale.

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO

Valutazione del grado di soddisfazione lavorativa degli infermieri

Il questionario consta di 16 domande (di cui 14 domande a risposta chiusa e 2 a risposta aperta), è anonimo e i dati riferiti verranno utilizzati a scopo scientifico-epidemiologico. L'indagine ha lo scopo di valutare il grado di soddisfazione lavorativa del personale infermieristico nel reparto in cui attualmente lavora

Sesso	Femmina <input type="checkbox"/>	Maschio <input type="checkbox"/>		
Età	21-30 anni <input type="checkbox"/>	30-40 anni <input type="checkbox"/>	40-50 anni <input type="checkbox"/>	più di 50 anni <input type="checkbox"/>
Indica la regione in cui lavori	_____			
Indica il reparto in cui svolgi l'attività lavorativa	_____			
Esperienza lavorativa come infermiere	< di 2 anni <input type="checkbox"/>	2-5 anni <input type="checkbox"/>	5-10 <input type="checkbox"/>	10 anni <input type="checkbox"/>
Pensi di avere troppa responsabilità durante il tuo turno lavorativo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altro: _____	
Nel tuo lavoro hai autonomia decisionale?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altro: _____	
Talvolta sul lavoro ti viene chiesto di fare cose che esulano dalla tua responsabilità?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altro: _____	
Se avessi la possibilità di ricominciare da capo, intraprenderesti nuovamente la professione di infermiere?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altro: _____	
Pensi che il carico lavorativo sia adeguato per ogni infermiere all'interno del tuo reparto?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altro: _____	
Nel tuo reparto i medici cooperano con gli infermieri?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altro: _____	
Pensi di avere possibilità di carriera all'interno del reparto in cui lavori?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altro: _____	
Potresti offrire un'assistenza migliore a ciascun paziente se avessi più tempo da dedicargli?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altro: _____	
Principali fattori di disagio lavorativo (puoi indicare più di una risposta):	Scarso riconoscimento di meriti e professionalità <input type="checkbox"/> Retribuzione <input type="checkbox"/> Organizzazione del lavoro <input type="checkbox"/> Fatica mentale e/o fisica <input type="checkbox"/> Rapporto con i colleghi e/o medici <input type="checkbox"/> Altro: _____			
Quali tra le seguenti opzioni potrebbero migliorare il grado di soddisfazione lavorativa? (puoi indicare più di una risposta)?	Incremento economico <input type="checkbox"/> Maggiore riconoscimento professionale <input type="checkbox"/> Maggiore collaborazione con i medici <input type="checkbox"/> Maggiore autonomia professionale <input type="checkbox"/> Riduzione del carico di lavoro <input type="checkbox"/> Possibilità di carriera <input type="checkbox"/> Altro: _____			
La retribuzione che ricevi è proporzionale rispetto al carico di lavoro e alle tue responsabilità?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altro: _____	

Conclusioni

In conclusione, l'elaborazione di questo studio condotto fra infermieri di differenti settori sanitari, sembra dimostrare che gli aspetti legati alle mutate condizioni sociali e alla complessa articolazione della attuale realtà sanitaria italiana rendano necessario approfondire l'analisi dei fattori che favoriscono il disagio professionale dei lavoratori e richiedano un maggiore impegno di risorse per migliorare le criticità individuate. Per cui risulta necessario elaborare nuove strategie più efficaci di quelle finora messe in campo. Gruppi operativi *ad hoc*, costituiti da psicologi, medici del lavoro, addetti allo sviluppo delle risorse umane, membri delle direzioni sanitarie e degli uffici che gestiscono il personale, dovrebbero essere costituiti all'interno delle aziende sanitarie.

L'uso dei questionari non può essere considerato l'unico valido strumento di indagine.

Accanto ad essi si dovranno predisporre metodi alternativi, quali il ricorso a sopralluoghi nell'ambiente di lavoro, il coinvolgimento dei lavoratori e dei responsabili tramite momenti formativi, interviste/discussioni, focus group, la misurazione obiettiva degli indicatori di performance e dei carichi di lavoro e, soprattutto, un maggiore impegno nel favorire la crescita culturale organizzativa sia degli operatori, per una più corretta percezione delle effettive condizioni di lavoro e del clima aziendale in rapporto al contesto sociale, sia delle direzioni aziendali nel voler tradurre gli esiti delle indagini in iniziative concrete e trasparenti di promozione della salute.

Un passo in avanti per determinare un miglioramento/cambiamento potrebbe essere quello di proporre alle Aziende sanitarie un'indagine sul benessere organizzativo al fine di fornire all'organizzazione un modo per rilevare le criticità interne e iniziare processi di mutamento. Occorre intraprendere un percorso che consenta di guardare l'organizzazione, volerne capire la natura, coglierne le peculiarità, centrando l'attenzione meno al suo aspetto strutturale e più alle sue risorse invisibili.

Gestire "bene" il personale investendo cultura, formazione e sensibilità, significa ridurre i costi aziendali, perché le persone, sentendosi valorizzate attraverso un approccio lavorativo più umano, si "ammalano" di meno, subiscono me-

no stress e sono più motivate a lavorare (Bettenardi et al., 2008).

Bibliografia

- Alvaro et al. (2007): Il benessere organizzativo: la percezione degli infermieri romani, *Professioni infermieristiche*, 60(3): 139-147.
- Arnold H.J., Feldman D.C. (1986): *Organizational Behavior*, McGraw-Hill.
- Avallone F., Paplomatas A. (2005): *Salute organizzativa*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bettenardi O., Montagner V., Maini M., Vidotto G. (2008): Organizational climate, trust and burnout in a rehabilitation center, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30 (1 Suppl A), A59-63.
- Bjørk I.T., Samdal G.B., Hansen B.S., Tørstad S., Hamilton G.A. (2007): Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies*, 44: 747-57.
- Camerino D., Conway P.M., Lusignani M. (2005): Condizioni di lavoro infermieristico e intensione di cambiare: risultati dello studio europeo Next in Italia, *Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche*, 1: 6-11.
- Converso D. (2005): "Benessere organizzativo e qualità sociale". *Relazione* presentata alla Giornata di Studio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino su disagio psico-sociale, benessere organizzativo e qualità dei servizi in Sanità, Torino, 25 febbraio 2005.
- Cortese C.G. (2007): Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study, *Journal of Nursing Management*, 15: 303-12.
- Maeran R. (1999): *Uomo e lavoro: la gestione delle risorse umane nelle organizzazioni*, Paravia/Scriptorium.
- Maslach C., Jackson S.E. (1996): *Maslach Burnout Inventory* (3rd ed.), Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Roelen C.A., Koopman P.C., Notenbomer A., Groothoff J.W. (2008): Job satisfaction and sickness absence: a questionnaire survey, *Occupational Medicine*, 58: 567-71.
- Spaziani A., Lepore G. (2009): *I sistemi di gestione per la sicurezza e salute dei lavoratori*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

Stone P.W., Larson E.L., Mooney-Kane C., Smolowitz J., Lin S.X., Dick A.W. (2006): Organizational climate and intensive care unit nurses' intention to leave, *Critical Care Medicine*, 34: 1907-12.

Taddia et al. (2007): Valutazione della soddisfazione per l'organizzazione basata sulla valo-

rizzazione di posizioni funzionali, tra gli infermieri del Policlinico S. Orsola-Malpighi, *Assistenza infermieristica e ricerca*, 26, 4.

Toriello S. (2009): *Lo stress lavoro-correlato: lineamenti e problematiche di valutazione*, in www.adapt.it, Osservatorio nuovi lavori, nuovi rischi.

Rassegna di Giurisprudenza

a cura di Mario Greco
Esperto di Legislazione sanitaria

Il medico ha il potere-dovere di discostarsi dalle linee guida quando la loro applicazione comporti il pericolo di arrecare danno all'assistito.

Corte di Cassazione, Sez. III civile - Sentenza 9 maggio 2017, n. 11208

FATTO - I genitori di una bambina nata con una grave malformazione (poi deceduta nelle more del giudizio), convennero innanzi al Tribunale, in proprio e quali esercenti la potestà sulla figlia, tre medici di un Istituto ospedaliero specialistico e le rispettive compagnie di assicurazione, per ottenere il risarcimento dei danni conseguenti all'errore diagnostico, ai medesimi ascrivibile, che aveva ad essi impedito di avere tempestiva conoscenza di detta malformazione nel feto, onde procedere ad ulteriori accertamenti e, se del caso, all'interruzione della gravidanza.

In primo grado la domanda attrice fu accolta con una prima pronuncia definitiva, con la quale i convenuti furono condannati al risarcimento dei danni non patrimoniali, nella misura determinata e liquidata in sentenza, mentre la determinazione del danno patrimoniale fu rimessa al prosieguo del giudizio. La Corte di appello, investita delle impugnazioni, principale e incidentali, rigettò la domanda risarcitoria di cui alla sentenza definitiva del Tribunale per assenza di colpa dei convenuti condannati.

Avverso la sentenza d'appello gli originari attori hanno proposto ricorso per cassazione sulla base di due motivi di censura, oltre ad un terzo sul riparto delle spese processuali. Alcuni degli intimati hanno proposto un controricorso. La Suprema Corte ha rigettato il primo motivo del ricorso, ma ha accolto il secondo motivo nei limiti fissati con la motivazione che segue (dichiarando assorbito il terzo): ha quindi cassata la sentenza impugnata ed ha rinviato il procedimento alla medesima Corte territoriale in diver-

sa composizione per un nuovo esame alla luce dei principi di diritto indicati dal Giudice di legittimità.

DIRITTO - «Il ricorso è fondato.

Con il primo motivo, si denuncia, ex art. 360, n. 4 c.p.c., nullità della sentenza per vizio di ultratrapetizione in relazione alla perizia di secondo grado. Il motivo, benché suggestivamente argomentato, non può essere accolto. (*Omissis*)

La Corte territoriale ha, pertanto, (...) argomentato la propria decisione di procedere al rinnovo della CTU di primo grado, e tale valutazione di fatto si sottrae al sindacato del giudice di legittimità.

Con il secondo motivo, composto da 3 submotivi, si denuncia, ex art. 360, n. 3 c.p.c.:

a) violazione applicazione norma di diritto in tema di linee guida.

b) violazione applicazione D.L. n. 158 del 2012 convertito in L. n. 189/2012.

c) violazione applicazione norme di diritto in tema di responsabilità contrattuale, extracontrattuale e codice medico deontologico.

Le censure, che possono essere congiuntamente esaminate, sono fondate nei limiti di cui si dirà. (*Omissis*) La motivazione della Corte territoriale - sicuramente ampia, articolata e rigorosamente approfondita sul piano scientifico - non si sottrae, peraltro, alle censure mosse da parte dei ricorrenti, sub specie:

1) dell'erronea ricostruzione e qualificazione del rapporto tra linee guida e colpa medica (in applicazione, peraltro, di una normativa entrata in vigore nell'anno 2012, della quale si evocano aspetti sostanziali e non processuali, e in logico contrasto con la concorrente affermazione secondo la quale le linee guida citogenetiche approvate nel 2001 non potevano formare oggetto di valutazione perché successive al tempo delle indagini sanitarie);

2) del grado di diligenza richiesto ai sanitari di un istituto altamente specializzato (...) e del riparto dell'onere della prova;

3) della omessa, corretta e completa informazione alla paziente del complesso quadro clinico e dei rischi, *hinc et inde* verificabili, che si andavano profilando.

1-a) Non risulta conforme a diritto quanto affermato dalla Corte d'appello sul tema della rilevanza "parascriminante" delle linee guida, mentre appare corretta e condivisibile (diversamente da quanto opinato dal giudice di appello) la censura mossa da parte ricorrente che evidenzia - in consonanza con la recente giurisprudenza penalistica di questa Corte e della stessa Corte costituzionale - come le linee guida non asurgano punto al rango di fonti di regole cautelari codificate, non essendo né tassative né vincolanti, e comunque non potendo prevalere sulla libertà del medico, sempre tenuto a scegliere la miglior soluzione per il paziente. Di tal che, pur rappresentando un utile parametro nell'accertamento dei profili di colpa medica, esse non eliminano la discrezionalità giudiziale, libero essendo il giudice di valutare se le circostanze del caso concreto esigano una condotta diversa da quella prescritta (Cass. pen. 16237/2013; 39165/2013).

Non senza osservare, ancora, come il giudice delle leggi, con la sentenza n. 295 del 2013, abbia chiaramente specificato che la limitazione di responsabilità ex art. 3 comma 1 della cd. Legge Balduzzi trovi il suo invalicabile limite nell'addebito di imperizia - giacché le linee guida in materia sanitaria contengono esclusivamente regole di perizia - e non anche quando l'esercente la professione sanitaria si sia reso responsabile di una condotta negligente e/o imprudente.

2-b) Come già accennato pocanzi, il grado di diligenza e di prudenza richiesto ai sanitari nel caso di specie doveva ritenersi di certo più elevato rispetto ad una periodica attività di controllo routinario quale quella eseguita, e cioè non limitandosi a rilevare la presenza e lo sviluppo dell'apparato osseo e cardiaco, ma focalizzando l'attenzione sullo specifico sviluppo dei vari organi nella struttura del feto, alla luce del risultato dello screening, che aveva evidenziato il rischio di malformazioni genetiche.

Risulta poi non conforme a diritto la decisione impugnata nella parte in cui omette del tutto

di considerare e di attribuire decisivo rilievo, sul piano del riparto degli oneri probatori (vertendosi, come pacifico, in tema di responsabilità contrattuale o "da contatto", *ratione temporis*), alla circostanza, rilevata dal CTU, secondo il quale vi era carenza di immagini fotografiche delle ecografie (...), essendo illeggibili le relative fotocopie (...) per il deterioramento imputabile al tempo trascorso". Tale carenza, che non consente di accertare l'esatto adempimento della prestazione da parte del sanitario, non può, ipso facto, ridondare a carico della parte danneggiata, bensì del debitore chiamato a dimostrare in modo tranchant l'assenza di colpa della propria condotta che il creditore della prestazione assume non conforme alle regole di diligenza imposte dall'art. 1176 c.c. (*Omissis*)

3-c) Non conforme a diritto risulta, ancora, la sentenza impugnata nella parte in cui esclude l'obbligo di completa e corretta informazione della paziente in relazione alla specifica situazione clinica, e segnatamente al mancato raggiungimento del livello minimo prescritto dalle linee guida con riferimento al numero di metafasi esaminate: era rimessa, in via esclusiva alla gestante, se adeguatamente informata, la decisione di sottoporsi ad amniocentesi genetica, ovvero di procedere, come suo diritto, ad interrompere la gravidanza. Pertanto, la segnalazione della minore attendibilità del referto non può ritenersi, al condizionale, soltanto "opportuna", bensì doverosa, al di là ed a prescindere dalla rilevanza del numero di probabilità maggiori di accertamento della malformazione che l'indagine correttamente eseguita avrebbe offerto. Risulta del tutto apodittica, e non conforme a diritto (perché frutto di una ormai obsoleta concezione paternalistica della medicina) discorrere, in proposito, di "difficoltà nel proporre di ripetere un prelievo invasivo, con il rischio di perdere la gravidanza a fronte di 12 e non 16 metafasi analizzate".

Non conforme a diritto appare, da ultimo, l'ulteriore affermazione contenuta in sentenza secondo cui il rilievo deontologico sarebbe stato del tutto estraneo alla fattispecie dell'inadempimento contrattuale in punto di omessa indicazione dell'opportunità di effettuare una consulenza genetica "che non avrebbe sortito altro effetto di far constare le controindicazioni già esposte".

Il "rilievo deontologico", di converso, era

univocamente finalizzato, nella specie, ad evidenziare le conseguenze dell'omessa informazione, e cioè il vulnus arrecato al diritto di libera e consapevole autodeterminazione della paziente, qual che fosse poi stata la sua scelta.»

LE MASSIME - *Le linee guida non assurgono al rango di fonti di regole cautelari codificate, non essendo né tassative né vincolanti, e comunque non potendo prevalere sulla libertà del medico, sempre tenuto a scegliere la miglior soluzione per il paziente. Di tal che, pur rappresentando un utile parametro nell'accertamento dei profili di colpa medica, esse non eliminano la discrezionalità giudiziale, libero essendo il giudice di valutare se le circostanze del caso concreto esigano una condotta diversa da quella prescritta.*

È doverosa una completa e corretta informazione della paziente circa l'opportunità, al manifestarsi di una possibile malformazione del feto, di procedere ad amniocentesi genetica, spettando, in via esclusiva, alla gestante, se adeguatamente informata, la decisione di sottoporsi a tale accertamento ovvero di procedere, come suo diritto, ad interrompere la gravidanza.

Il termine decennale di prescrizione della responsabilità contrattuale dell'ospedale per danno al paziente decorre dal momento in cui questi può percepirne gli effetti.

Corte di Cassazione, Sez. III civile - Sentenza 15 novembre 2017, n. 26968

FATTO - Una persona (DXD) che, in occasione di un piccolo intervento chirurgico (sutura a un dito) presso un Ospedale, era stato sottoposto a profilassi antitetanica contenente emoderivati ed aveva contratto l'epatite C, citava in giudizio sia il Ministero della Salute, sia la ASL per ottenere la condanna al risarcimento dei danni subiti.

In corso di causa l'attore decedeva e al suo posto si costituivano gli eredi, aggiungendo alle domande già formulate dal defunto la domanda di risarcimento del danno subito in proprio per la morte del congiunto.

All'esito del giudizio di primo grado, la domanda dell'attore veniva rigettata perché prescritta, mentre quella degli eredi era dichiarata inammissibile in quanto domanda nuova.

In appello la sentenza della Corte territoriale rigettava nel merito la domanda risarcitoria

proposta dagli eredi nei confronti del Ministero, escludendo qualsiasi responsabilità del medesimo, sia nell'ipotesi che l'infezione fosse stata trasmessa dallo strumentario chirurgico adoperato per la sutura, sia nell'ipotesi in cui il contagio derivasse dalla somministrazione di emoderivati prodotti nel 1994 e privi di indicazione relativa ai test virologici. Ai fini del rigetto osservava la Corte che il Ministero era bensì tenuto ad impartire direttive - obbligo da esso correttamente adempiuto - ma non anche a presidiare le singole strutture ospedaliere per verificare il rispetto delle medesime da parte di esse. Accoglieva invece la domanda risarcitoria nei confronti della ASL, condannandola a pagare l'importo che era stato richiesto in origine da DXD, e stabiliva che da quell'importo avrebbe dovuto essere detratto quanto percepito dagli eredi a titolo di indennizzo *ex lege* n. 210 del 1992.

Avverso tale pronuncia, gli eredi di DXD hanno proposto ricorso per cassazione, fondato su sette motivi, al quale hanno resistito con controricorsi il Ministero della Salute e la ASL. Quello dell'Azienda contiene anche due motivi di ricorso incidentale, per resistere al quale è intervenuta in causa anche la Compagnia assicuratrice della medesima. La Suprema Corte ha rigettato il ricorso degli eredi del paziente (tendente ad ottenere un risarcimento più alto), nonché il primo motivo del ricorso incidentale della ASL (diretto ad escludere ogni propria responsabilità); ha accolto invece il secondo motivo addotto dalla ASL ed ha quindi cassata la sentenza impugnata con rinvio alla Corte d'Appello in diversa composizione per nuovo esame.

DIRITTO - «4. I sette motivi del ricorso principale possono così sintetizzarsi:

Con il primo motivo i ricorrenti, in ordine al rigetto della domanda di risarcimento danni da responsabilità extracontrattuale nei confronti del Ministero della Salute, denunciano la violazione e falsa applicazione dell'art. 1 della L. n. 296 del 1958, degli articoli 1 e 7 della L. n. 107 del 1990 in relazione agli articoli 2043, 2059 e all'art. 360 n. 3 c.p.c., nonché la violazione dei consolidati principi giurisprudenziali in tema di responsabilità del Ministero per omessa sorveglianza in caso di infezioni contratte per l'uso del plasma e dei derivati del sangue.

Evidenziano che la Corte d'appello ha ritenuto assolti da parte del Ministero i suoi obblighi - che non si esauriscono nella produzione normativa e nella programmazione, ma sono anche di vigilanza e controllo - connessi ai rischi di diffusione di infezioni da trasfusioni da utilizzo di prodotti emoderivati con l'emanazione di una serie di direttive, da ultimo nel 1994 il piano sangue nazionale.

Sostengono che il compito in particolare di sorveglianza del Ministero non potesse esaurirsi nell'emanazione di direttive, perché era tenuto anche a sorvegliare che a tali direttive fosse data concreta attuazione nella pratica ospedaliera. Ritencono che la corte d'appello abbia errato nel non considerare adeguatamente la violazione dei compiti apicali di vigilanza e controllo da parte del Ministero, fonte per esso di responsabilità extracontrattuale.

Poiché è stato accertato che al DXD venne somministrato un trattamento antitetanico (contenente emoderivati) di cui l'ospedale non è stato in grado di indicare la provenienza, l'anno di produzione, né la sottoposizione a qualsiasi screening di sicurezza, da ciò fanno discendere l'omissione, da parte del Ministero, dei controlli necessari per evitare tale rischio e quindi ritengono che avrebbe dovuto essere affermata, a fianco ed a prescindere dalla concorrente responsabilità della struttura ospedaliera, la responsabilità del Ministero della salute per fatto omissivo suo proprio.

Il motivo è infondato. La responsabilità del contagio è stata addebitata al comportamento colposo della struttura sanitaria ove il DXD venne sottoposto al trattamento, con la puntualizzazione che è rimasta incerta la causa esatta dell'infezione, ma che essa è in ogni caso da ascrivere ad un comportamento quanto meno colposo della struttura sanitaria, rimanendo in tal senso irrilevante se essa fosse cioè da ascrivere ad un omesso controllo dell'ospedale sulla sterilizzazione dello strumentario chirurgico, o se fosse riconducibile alla violazione, da parte dell'ospedale, delle prescrizioni emesse dal Ministero al momento della somministrazione dell'emoderivato.

L'accertamento della colpa in concreto della struttura sanitaria esclude la concorrente responsabilità del Ministero in quanto introduce un fattore causale alternativo ed autonomo. Nel caso che il contagio sia dovuto alla non adeguata

sterilizzazione degli strumenti chirurgici, la fattispecie si situa del tutto al di fuori della problematica di omessa vigilanza per il rischio sangue, nel caso in cui sia invece da ascrivere al prodotto emoderivato, è stata accertata in concreto la violazione, da parte del singolo ospedale, delle prescrizioni imposte dal Ministero a presidio della tracciabilità del sangue.

Con i motivi secondo, terzo, quarto e quinto le ricorrenti contestano la sentenza in ordine alla misura dei danni risarcibili, liquidati dalla Corte d'appello in conformità all'importo richiesto dal DXD nell'atto di citazione del giudizio di primo grado, ritenuto dalla Corte congruo ed adeguato in relazione all'entità delle lesioni ed all'età del danneggiato al momento del manifestarsi della patologia. (*Omissis*)

I motivi sopra indicati devono essere rigettati. La domanda di risarcimento del danno proposta dagli eredi in proprio è stata ritenuta inammissibile in quanto tardiva (essi potranno quindi reintrodurla in un separato giudizio ed in quella sede ottenere il risarcimento integrale del pregiudizio direttamente subito). Il presente giudizio ha ad oggetto esclusivamente la liquidazione del danno subito dal padre, il defunto DXD, per aver contratto l'infezione a seguito del trattamento antitetanico. Egli agì in primo grado quantificando un importo preciso nella domanda originaria, che è stato integralmente concesso.

La Corte d'appello ritiene fondatamente di non poter prendere in considerazione i rilievi svolti dai congiunti di DXD, finalizzati ad ottenere, sotto vari profili, una più congrua liquidazione quanto meno del pregiudizio subito dal padre, a causa della quantificazione precisa dell'importo risarcitorio effettuata dal *de cuius*. Disattendendola in senso più favorevole al danneggiato, a fronte di una tempestiva eccezione di inammissibilità della modifica del *petitum* in quanto tardiva sollevata dagli appellati, la Corte d'appello sarebbe incorsa nella ultrapetizione. Come questa Corte ha avuto modo già più volte di affermare, infatti, "Quando l'attore abbia quantificato la pretesa risarcitoria in un importo determinato, così limitando l'ammontare del "quantum" richiesto, il giudice che condanni il convenuto al pagamento di una somma maggiore di quella risultante dalla quantificazione operata dall'istante incorre in ultrapetizione." (Cass. n. 13876/2016).

Con il sesto motivo, le ricorrenti denunciano la nullità della sentenza per violazione del principio di corrispondenza tra chiesto e pronunciato. Indicano la violazione nel fatto che la sentenza da un lato individua con esattezza l'importo spettante a titolo di risarcimento del danno, ma al contempo introduce un elemento di incertezza laddove afferma che da questo importo dovrà essere decurtato quanto percepito a titolo di indennizzo *ex lege* n. 210 del 1992, senza indicare a quanto ammonti questa somma, e quindi rendendo il dispositivo suscettibile di essere integrato tramite un parametro ad esso esterno.

Infine, con il settimo motivo le ricorrenti deducono la violazione di numerose norme sulle quali si fondano altrettanti principi di diritto: fanno riferimento al principio dispositivo, al principio di ripartizione dell'onere della prova, del contraddittorio, della corrispondenza tra il chiesto e il pronunciato. Denunciano infine la violazione dei principi generali dell'ordinamento da parte della sentenza di appello laddove ha ipotizzato un abbattimento delle somme liquidate in considerazione dell'operare della *compensatio lucri cum damno*.»

Sul punto la sentenza ricorda che la questione relativa al deducibilità, dalla somma liquidata a titolo di risarcimento del danno, di quanto la vittima abbia comunque ricevuto da terzi per il medesimo fatto illecito, è stata sottoposta alle Sezioni Unite, che però non si sono ancora pronunciate; e così prosegue:

«Alla luce dei rilievi formulati dalle ricorrenti con i motivi sesto e settimo, congiuntamente esaminabili, deve ritenersi preliminarmente che non sia necessario attendere la decisione della questione da parte delle Sezioni Unite.

I motivi di ricorso sono infondati. In effetti, le ricorrenti lamentano che la Corte d'appello abbia affermato l'operatività senza che alcuno abbia neppure allegato né tanto meno dimostrato che al danneggiato sia stato corrisposto l'indennizzo di cui alla L. n. 210 del 1992. (*Omissis*)

Non si contesta quindi l'astratta utilizzabilità del principio (della *compensatio*) in sé in riferimento ai due crediti che i danneggiati vantano nei confronti di soggetti diversi in dipendenza da un unico "fatto", ma piuttosto la concreta applicazione che di esso ha fatto la Corte d'appello. La Corte d'appello ha accertato, con giudizio in fatto che in questa sede non può essere oggetto di

contestazioni, che l'indennizzo *ex lege* n. 210 del 1992 - richiesto per affermazione degli stessi ricorrenti che sulla proposizione della domanda amministrativa intendevano fondare l'interruzione della prescrizione a far valere la pretesa risarcitoria - è stato già corrisposto. Pertanto la sua scomputabilità non pone alcun problema in ordine alla individuazione dell'esatto ammontare di esso e quindi del preciso importo da portare in decurtazione del risarcimento.

La ASL, che è stata condannata a titolo di responsabilità contrattuale (perché si è ritenuto accertato che la vittima abbia comunque contratto l'infezione presso l'ospedale (...), oltre a resistere con controricorso, propone due motivi di ricorso incidentale.

Con il primo motivo del ricorso incidentale, la ASL deduce la violazione o falsa applicazione di norme di diritto in ordine alla decorrenza della prescrizione. La ricorrente incidentale affastella all'interno del motivo censure eterogenee quanto confuse, accomunate solo dall'essere infondate: afferma che il termine di prescrizione applicabile sarebbe quinquennale, assimilando la sua posizione a quella del Ministero della Salute, in mancanza di ogni rapporto contrattuale diretto con il paziente, e critica la decisione impugnata laddove ha ancorato la decorrenza iniziale della prescrizione non al 1996, quando il DXD ricevette la diagnosi di HCV, ma al 2001, quando a mezzo di una consulenza di parte gli fu chiarita la derivazione causale della malattia dai trattamenti ricevuti presso l'Ospedale nel 1995.

Preliminarmente, va detto che la responsabilità della struttura sanitaria per le infezioni contratte al suo interno dai pazienti è inquadrabile nell'ambito della responsabilità contrattuale c.d. da contatto sociale, ed in conseguenza di ciò la Corte d'appello ha correttamente applicato il termine di prescrizione decennale (v. in proposito, tra le altre, Cass. n. 9085/2006: «In tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, l'ente ospedaliero risponde a titolo contrattuale per i danni subiti da un privato a causa della non diligente esecuzione della prestazione medica da parte di un medico proprio dipendente ed anche l'obbligazione di quest'ultimo nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul "contatto sociale", ha natura contrattuale, atteso che ad esso si ricollegano obblighi di comportamento di

varia natura, diretti a garantire che siano tutelati gli interessi che sono emersi o sono esposti a pericolo in occasione del contatto stesso. Tale situazione si riscontra nei confronti dell'operatore di una professione c.d. protetta (per la quale cioè è richiesta una speciale abilitazione), particolarmente quando essa abbia ad oggetto beni costituzionalmente garantiti come il bene della salute tutelato dall'art. 32 Cost. Ne consegue che alla responsabilità contrattuale del medico per il danno alla persona, causato da imperizia nell'esecuzione di un'operazione chirurgica, si applica l'ordinario termine di prescrizione decennale.»).

Per quanto concerne la decorrenza della prescrizione, trattandosi di illecito lungolattente, correttamente la Corte d'appello l'ha ricollegata non al mero fatto illecito né all'insorgere della patologia in sé, ma al momento della rapportabilità causale di essa, in capo al paziente, con l'uso della ordinaria diligenza, a quanto avvenuto in ospedale (v. tra le altre, in riferimento ad una ipotesi di responsabilità contrattuale da attività medica, Cass. n. 21725/2013: "Il termine di prescrizione del diritto al risarcimento del danno da responsabilità medico-chirurgica decorre, a norma degli artt. 2935 e 2947, primo comma, cod. civ., non dal giorno in cui il comportamento del terzo provoca il danno, né dal momento in cui la malattia si manifesta all'esterno, bensì da quello in cui tale malattia viene percepita o può esserlo, con l'uso dell'ordinaria diligenza, quale danno ingiusto conseguente al comportamento del terzo."»).

Da ultimo la sentenza affronta il secondo motivo del ricorso incidentale proposto dalla ASL, con il quale questa ha lamentato, sotto il profilo della violazione di legge, che in appello non sia stata presa in considerazione la sua domanda di condanna in manleva della compagnia assicuratrice (chiamata in garanzia), per non aver essa Azienda proposto "appello incidentale condizionato". Sul punto, la Suprema Corte ha riconosciuto che la decisione della Corte territoriale, laddove afferma di non poter provvedere sulla chiamata in garanzia - è in contrasto con la giurisprudenza delle Sezioni Unite (di cui richiama la sentenza n. 7700/2016) secondo la quale, nella situazione data, «non si richiede la proposizione di appello incidentale, essendo sufficiente la riproposizione della domanda ai sensi dell'art. 346 c.p.c.». Come accennato, la richiesta della

ASL dovrà, pertanto, essere riesaminata dalla Corte d'Appello in diversa composizione.

LE MASSIME - *La responsabilità del contagio da sangue infetto, di cui sia rimasto vittima il paziente, non è addebitabile al Ministero della Salute, quando risulti provato che esso è dovuto al comportamento colposo della struttura sanitaria, essendo ascrivibile ad una inadeguata sterilizzazione degli strumenti chirurgici, ovvero alla violazione, nella somministrazione di un emoderivato, delle prescrizioni imposte dal Ministero a presidio della tracciabilità del sangue.*

L'Ospedale - e, per esso, l'Azienda che lo gestisce - risponde a titolo contrattuale per i danni subiti da un privato a causa della non diligente esecuzione della prestazione da parte di un professionista sanitario proprio dipendente, la cui obbligazione, ancorché fondata non sul contratto ma sul "contatto sociale", ha natura contrattuale, in considerazione degli obblighi di comportamento ai quali l'operatore è tenuto, ai fini della tutela del bene salute prescritta dall'art. 32 Cost.

Non è inquadrabile nell'ambito della colpa lieve la condotta del medico che si discosti, senza valido motivo, da linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica.

Corte di Cassazione, Sez. IV penale - Sentenza 11 luglio 2017, n. 33770

FATTO - Una donna, rimasta coinvolta, con esiti traumatici, in un incidente stradale, veniva ricoverata in un nosocomio e sottoposta a intervento chirurgico di riduzione chiusa di una frattura nasale non a cielo aperto; dopo l'operazione, veniva trasferita nel reparto di rianimazione, dove però decedeva 25 giorni dopo l'incidente per insufficienza cardiorespiratoria.

Della morte della paziente viene chiamato a rispondere il medico anestesista, accusato di avere tenuto una condotta negligente nei confronti della medesima. Il Tribunale, condividendo l'impostazione accusatoria, ha ritenuto il medico responsabile del delitto di omicidio colposo e lo ha condannato alla pena di giustizia e al risarcimento dei danni.

La sentenza è stata confermata dalla Corte d'appello, la quale ha ritenute attendibili le risultanze della consulenza tecnica disposta dal

Tribunale e le testimonianze rese dagli infermieri dell'ospedale nel primo grado di giudizio. La Corte, in particolare, non ha accolto la richiesta di rinnovare l'istruttoria in appello, mentre ha confermato il nesso causale tra la condotta negligente dell'anestesista e il decesso della paziente, nesso non interrotto dalle infezioni contratte dalla vittima nel reparto di rianimazione.

Secondo la ricostruzione operata dai consulenti del Pubblico ministero e accolta dai giudici di merito, al termine dell'intervento chirurgico si era manifestata nella paziente una encefalopatia ischemica, dalla quale era derivato lo stato comatoso, con progressivo peggioramento delle condizioni generali e conseguente decesso; l'ischemia cerebrale veniva collegato a una carenza d'ossigeno generalizzata a livello cerebrale, indotta dalla condotta dell'anestesista, che aveva determinato un'insufficienza respiratoria a causa della *mala gestio* delle vie aeree (ed in specie dell'apparato oro-tracheale).

Più precisamente, il medico, secondo le linee guida, avrebbe dovuto assicurare alla paziente una corretta ventilazione polmonare durante l'intervento, pur con il presidio della cannula di Guedel (in concreto utilizzata al posto della più prudente intubazione oro tracheale), per evitare il pericolo, purtroppo verificatosi, di ostruzione delle alte vie respiratorie. La cattiva gestione delle vie aeree da parte dell'imputato - proseguita pur a fronte di segni clinici strumentali della carenza di ossigeno nel sangue durante l'intervento - determinava però, come detto, una condizione di prolungata ipossia, con conseguente danno cerebrale, in paziente che, oltretutto, era sottoposta ad operazione chirurgica in sede nasale.

In appello, la Corte ha disatteso le doglianze dell'imputato rivolte contro le valutazioni della CTU e alcune dichiarazioni testimoniali delle infermiere. Ha rigettata, in particolare, la richiesta di nuovo confronto tra il consulente della difesa e quello del P.M., atteso che la ricostruzione operata da quest'ultimo risultava condivisibile sotto ogni aspetto, ben argomentata sulla base di dati certi e priva di contraddizioni. La Corte d'appello, inoltre, attraverso una sintetica ricostruzione dei passaggi della vicenda, ha anche condiviso le valutazioni del CTU a proposito delle manchevolezze nell'operato dell'anestesista e della loro rilevanza nel prodursi del coma cerebrale. Ha escluso altresì che le infezioni con-

trate dalla vittima durante la degenza in rianimazione, abbiano avuto decisiva rilevanza come causa del decesso e, quindi, una portata interrutiva del nesso di causalità.

Avverso la sentenza d'appello l'imputato ha proposto ricorso per cassazione, basato su un unico motivo, con il quale si lamenta la mancata assunzione in appello di una prova decisiva, in conseguenza del mancato accoglimento della richiesta difensiva di rinnovazione dell'istruzione dibattimentale mediante confronto fra il consulente del P.M. e quello della difesa (confronto già oggetto di richiesta in primo grado, rigettata dal Tribunale); tale acquisizione probatoria, che alla luce della motivazione della sentenza di primo grado avrebbe avuto portata decisiva, non è stata però disposta, sebbene la Corte di merito potesse, dal confronto fra gli esperti, trarre motivi per giungere a un convincimento diverso da quello del primo giudice.

Viene anche evidenziata la contraddittorietà dell'affermazione del consulente del P.M. il quale, nel corso del giudizio, ha dichiarato di non avere mai visionato il cartellino anestesiologicalo, pur avendolo criticato nella sua perizia, e di poter solo supporre che tipo di anestesia fosse stata praticata, così ponendo a base delle sue conclusioni mere ipotesi interpretative in luogo di certezze. Ciò a fronte delle diverse conclusioni cui è giunto il consulente della difesa.

Si osserva inoltre che l'uso della cannula di Guedel era stato ritenuto idoneo per il tipo d'intervento in corso; perciò occorre accertare che la desaturazione ritenuta decisiva ai fini del decesso fosse stata determinata dalla mancata ossigenazione segnalata dal macchinario d'allarme, e che tale segnalazione non fosse stato preso nella dovuta considerazione dall'anestesista.

Infine, il ricorrente ritiene che l'invocato supplemento istruttorio avrebbe consentito di fugare ogni dubbio circa la rilevanza causale delle infezioni insorte nel reparto di terapia intensiva, in rapporto all'accertamento della concausa preesistente ravvisata nella ridotta ossigenazione della paziente durante l'intervento, in realtà durata non più di cinque minuti; in alternativa, la mancata tempestiva maggiore ossigenazione attribuita al medico potrebbe non essere stata la sola causa del decesso e, quindi, un suo eventuale profilo di colpa sarebbe ascrivibile alla colpa lieve di cui all'art. 3 della L. n. 189/2012.

Nessuna di dette argomentazioni è stata condivisa dalla Corte di cassazione, che ha rigettato il ricorso, condannando il ricorrente al pagamento delle spese processuali, nonché al rimborso delle spese di giudizio alle parti civili costituite.

DIRITTO - «1. Il ricorso è infondato.

1.1. Va in primo luogo ricordato che deve ritenersi “decisiva”, secondo la previsione dell’art. 606 lett. d), c.p.p., la prova che, confrontata con le argomentazioni contenute nella motivazione, si riveli tale da dimostrare che, ove esperita, avrebbe sicuramente determinato una diversa pronuncia; ovvero quella che, non assunta o non valutata, vizia la sentenza intaccandone la struttura portante (per tutte si veda Sez. IV, n. 6783/2014, nella quale si evidenzia che la “decisività” della prova suppletiva non può riconoscersi laddove sia ravvisabile il carattere “meramente congetturale” delle conseguenze che la difesa intendeva trarre dall’assunzione di detta prova).

Deve poi aggiungersi che il carattere di “prova decisiva” è escluso, dalla giurisprudenza di legittimità, sia con riguardo al confronto (cfr. Sez. II, n. 35661/2014), sia con riguardo all’accertamento peritale (cfr. da ultimo Sez. II, n. 52517/2016).

Nella specie, l’invocato confronto fra i due consulenti (del P.M. e della difesa) doveva vertere oltretutto, secondo la prospettazione della ricorrente, su circostanze la cui decisività era tutta da dimostrare, non bastando all’uopo la semplice ipotesi - formulata nel ricorso - di un’eventuale acquisizione di elementi potenzialmente di segno diverso rispetto alla ricostruzione accolta dai giudici di merito, e tali da poter fugare i dubbi derivanti dalla diversità delle due ipotesi formulate dai consulenti di parte.

A fronte di ciò, la Corte distrettuale ha congruamente motivato il proprio convincimento, osservando che le conclusioni del consulente del P.M. si basavano su dati certi (esame necroscopico e autoptico) e pervenivano, con argomentazioni esenti da errori o vizi logici, all’accertamento della causa del decesso della paziente, riconducibile alla prolungata ipossia indotta dalla condotta addebitata all’anestesista nel corso dell’intervento: condotta che i giudici di merito ricollegano non già all’impiego della cannula di Guedel, ma all’omesso costante con-

trollo che le vie aeree fossero libere (controllo che, se fosse stato eseguito, non avrebbe determinato l’insorgere dell’ipossia) e al fatto che la carente ossigenazione della paziente è intervenuta, per un tempo giudicato comunque eccessivamente lungo, pur a fronte della segnalazione di tale condizione proveniente dal segnale di allarme del macchinario che controllava il livello di ossigeno del sangue.

1.2. A fronte dell’andamento affatto congetturale delle lagnanze difensive sul punto, è altresì adeguato il percorso argomentativo della Corte di merito a proposito della non idoneità interrottiva, in relazione al nesso causale tra la condotta e l’evento, delle infezioni sopraggiunte sulla paziente nel reparto di terapia intensiva: non è in sostanza configurabile, nella specie, il sopravvenire di un rischio nuovo e incommensurabile, del tutto incongruo rispetto alla condotta originaria, cui la giurisprudenza annette valore interruttivo del rapporto di causalità (si veda per tutte, Sez. IV, n. 25689/2016, ove la Corte ha evidenziato come l’“infezione nosocomiale” sia uno dei rischi tipici e prevedibili da tener in conto nei casi di non breve permanenza nei reparti di terapia intensiva, ove lo sviluppo dei processi infettivi è tutt’altro che infrequente in ragione delle condizioni di grave defedazione fisica dei pazienti).

1.3. In tale quadro, appare evidente che non ha alcun pregio la prospettazione difensiva mirante all’inquadramento della condotta del medico nell’ambito della “colpa lieve”, ai fini di quanto stabilito dall’art. 3 della L. n. 189/2012, vigente all’epoca del fatto. Va infatti osservato, in primo luogo, che, secondo quanto si legge nella sentenza impugnata, la condotta dell’imputato è stata correttamente e motivatamente qualificata come caratterizzata da «grave negligenza»: ragione per la quale è stata disattesa la richiesta di applicazione dell’anzidetta disposizione di legge. Ma pur volendosi prescindere da tale classificazione del grado di colpa e della tipologia di condotta colposa attribuita all’anestesista, deve rilevarsi che essa non risulterebbe in ogni caso aderente alle linee guida e/o alle buone pratiche, non solo sulla base della ricostruzione peritale accolta dalla Corte di merito, ma neppure in base alla stessa prospettazione difensiva; e che, secondo la predetta disposizione, solo il sanitario che “si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lie-

ve". Di tal che in nessun caso potrebbe ricondursi il caso in esame nella fattispecie abrogativa *de qua*.

1.4. Infine, è appena da evidenziare che, in ogni caso, l'inosservanza delle linee guida e, comunque, delle buone pratiche clinico assistenziali, nonché la (corretta) qualificazione della condotta del ricorrente come caratterizzata da "negligenza" piuttosto che da "imperizia" escluderebbero anche la configurabilità della ipotesi di non punibilità del fatto prevista dal nuovo art. 590-*sexies* c.p. (introdotto dall'art. 6 della L. n. 24/2017), che oggi disciplina la responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie in relazione alle fattispecie di omicidio colposo e lesioni personali colpose.»

LA MASSIMA - *Quando sia accertato che il decesso del paziente per insufficienza cardiorespiratoria è stato causato da una prolungata ipossia indotta dalla condotta negligente dell'anestesista durante l'intervento chirurgico, è incongruo attribuire valore interruttivo del nesso causale tra tale condotta e l'evento alle infezioni nosocomiali che abbiano colpito il paziente nel reparto di terapia intensiva, posto che esse non sono un rischio del tutto nuovo rispetto alla situazione originaria, ma costituiscono, come evidenziato dalla giurisprudenza, uno dei rischi tipici e prevedibili da tener in conto nei casi di non breve permanenza nei reparti di terapia intensiva, in cui la grave defedazione fisica dei pazienti favorisce lo sviluppo di processi infettivi.*

CODICE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA

Gentile Lettore,

da oltre venticinque anni il Codice dell'Ospedalità Privata costituisce il più efficace strumento di consultazione delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative sulle istituzioni private che erogano prestazioni sanitarie in regime di ricovero e/o cura.

L'Opera in versione digitale, disponibile su www.frgeditore.it, presta particolare attenzione alle norme dell'autorizzazione, dell'accreditamento e della remunerazione delle prestazioni.

Le offriamo la possibilità di sottoscrivere l'abbonamento alla versione digitale del Codice dell'Ospedalità Privata, *senza obbligo di rinnovo*, ad un prezzo particolarmente vantaggioso.

**Sottoscriva l'abbonamento di prova
valido sino al 31 dicembre 2018 al
CODICE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA
in versione digitale a soli € 250,00**



Avrà sempre a disposizione l'intera Opera - aggiornata quotidianamente - con possibilità di consultazione mediante ricerca cronologica, per parola, per regione o per argomento.

L'adesione all'offerta non prevede l'obbligo di disdetta.

Prima della scadenza dell'abbonamento, l'utente sarà avvisato via e-mail e potrà decidere se rinnovare o meno l'abbonamento per l'anno successivo.

CONTENUTI DELL'OPERA

- Titolo I** - Disposizioni fondamentali
- Titolo II** - Disciplina dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio
- Titolo III** - Norme sui requisiti e sul funzionamento
- Titolo IV** - Norme sui rapporti con il Ssn
- Titolo V** - Tutela dell'utente del Ssn
- Titolo VI** - Disciplina dei rapporti di lavoro
- Titolo VII** - Norme sulle attività medico-specialistiche ambulatoriali
- Appendice**

CEDOLA DI COMMISSIONE LIBRARIA

AZIENDA _____

NOMINATIVO DI RIFERIMENTO _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ CAP _____ Pv _____

PARTITA IVA _____ CODICE FISCALE _____

TELEFONO _____ FAX _____

E-MAIL _____

(CAMPO OBBLIGATORIO PER ATTIVARE IL SERVIZIO DIGITALE)

Cedola da inviare
insieme a copia
del pagamento
al fax 06.50932756

Il pagamento di € 250,00 IBAN **IT34Z0569603209000010918X94** - Banca Popolare di Sondrio Ag. 9 Roma - intestato a FRG Editore, indicando nella causale "**COP 2018promo**". A pagamento avvenuto riceverà i codici per l'accesso alla consultazione.

L'importo dell'abbonamento è deducibile dai redditi d'impresa o dall'esercizio di arti e professioni (artt. 54 e 56, TUIR).

Informativa ex D.Lgs. 196/2003: La **FRG Editore**, titolare del trattamento, effettuerà la raccolta e conservazione dei Suoi dati personali al fine della fornitura del servizio e per scopi amministrativo-contabili, compresa la trasmissione per e-mail di fatture commerciali. I Suoi dati non saranno oggetto di comunicazione o diffusione a terzi. Per essi Lei potrà richiedere, in qualsiasi momento, modifiche, integrazioni o cancellazioni. Il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali forniti per gli scopi di cui ai punti sopraelencati è necessario. In caso di rifiuto alla prestazione del consenso non sarà possibile erogare i servizi.

Timbro/Firma (obbligatoria)

La sottoscrizione dell'abbonamento da diritto a ricevere offerte via e-mail su prodotti, iniziative e offerte della casa editrice. Se non desidera riceverle, barri la casella qui accanto

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 una copia in pdf del fascicolo nel quale compare l'articolo a sua firma.

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 citazione:

- *rivista*: Mastrobuono I., Bova D. (2001): I livelli essenziali di assistenza e i fondi sanitari e socio-sanitari volontari, fiscalmente agevolati, *Organizzazione Sanitaria*, XXIV, 3-4: 22-33, Edizioni SE-CuP, 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. Giapichelli;

1) *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);

2) *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. 29/1999; D.M. 15 aprile 1994, L.R. 4 agosto 1997, n. 42.

LISTINO ABBONAMENTI ON LINE 2018

(importi comprensivi di IVA 4% come previsto dal comma 637, art. 1, L. 28 dicembre 2015, n. 208)

Rivista	ISSN	Abbonamenti Italia/Estero	Fascicolo in pdf	Articolo in pdf
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (Vol. XLII - trimestrale)	1827-9724	140,00	40,00	20,00
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (accesso annate precedenti) (*)		85,00		
MONDO SANITARIO (Vol. XXV - mensile 11 fascicoli)	1970-9374	200,00	30,00	20,00
MONDO SANITARIO (accesso annate precedenti) (*)		125,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO		255,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO (accesso annate precedenti) (*)		155,00		
CODICE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA (Vol. XXVIII)	1970-9722	250,00		

(*) Solo per i nuovi abbonati.

COME ABBONARSI:

BONIFICO BANCARIO - Banca Popolare di Sondrio (IBAN IT 34 Z 05696 03209 000010918X94) intestato a **FRG Editore**, indicando nella causale il 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. Trattandosi di abbonamenti on line, in mancanza di pagamento anticipato, non verranno attivati i codici di accesso alle pubblicazioni.

ACCESSO ON LINE: Per gli Abbonati dotati di apposito *IP statico*, l'accesso potrà avvenire tramite identificazione e riconoscimento della rete autorizzata. In assenza di detta comunicazione, entro 24-48 ore dalla ricezione del pagamento verranno comunicate user e password per l'accesso on line alle Riviste acquistate.

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