

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO
 ooooooooooooooooooooooooooooo

- 4 OTT. 2002

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL

ADDI' - 4 OTT. 2002 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - ROMA, SIE' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

STORACE	Francesco	Presidente	GARGANO	Giulio	Assessore
SIMEONI	Giorgio	Vice Presidente	IANNARILLI	Antonio	"
ARACRI	Francesco	Assessore	ROBILOTTA	Donato	"
AUGELLO	Andrea	"	SAPONARO	Francesco	"
CIARAMELLETTI	Luigi	"	SARACENI	Vincenzo Maria	"
DIONISI	Armando	"	VERZASCHI	Marco	"
FORMISANO	Anni Teresa	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Adolfo Papi.
OMISSIS

ASSENTE: AUGELLO - GARGANO - VERZASCHI -

DELIBERAZIONE N° -1334-

OGGETTO: Schema di deliberazione concernente: Autorizzazione all'avvio di un modello di sperimentazione gestionale proposta dalla AUSL Roma D



1334 - 4 OTT. 2002

Oggetto : autorizzazione all'avvio di un modello di sperimentazione gestionale proposto dell'azienda USL /RMD

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità

PREMESSO che la L. 23.10 1992 n. 421 e i D.Lgs 30 12 1992 n. 502 e 7 12 1993 n. 517 e successive modificazioni definiscono un nuovo disegno organizzativo e gestionale del SSN;

PREMESSO che l'art. 2 dei D.Lgs del 30.12.1992, modificato dal D.Lgs del 7.12.1993 n. 517 definisce che spettano alle Regioni le funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria ospedaliera,

TENUTO CONTO che tale assunto è ripreso anche dalla successiva normativa regionale che individua la Regione come l'organismo che esercita funzioni di legislazione e programmazione, di indirizzo, di coordinamento, di controllo e di supporto nei confronti delle aziende sanitarie e degli altri soggetti, pubblici o privati, esercenti attività sanitarie;

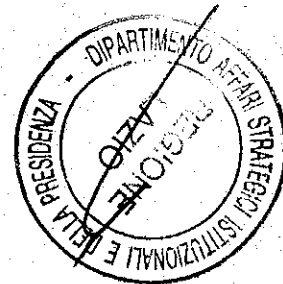
RITENUTO che la normativa sopra esposta assegna alle Regioni competenze pienamente compatibili con lo sviluppo dell'assetto aziendale dei soggetti investiti della gestione del servizio e con l'esercizio dell'autonomia amministrativa e gestionale;

STABILITO che i decreti di riordino del SSN sopra citati definiscono l'Azienda sanitaria come dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa contabile, gestionale e tecnica,

TENUTO conto che ai sensi della legge di riordino del SSR l'Azienda sanitaria nell'ambito delle scelte programmatiche, degli obiettivi degli indirizzi regionali è nelle condizioni di individuare in piena autonomia aree e progetti di intervento aventi una significativa valenza in termini di miglioramento della efficienza e della qualità del servizio.

RITENUTO CHE l'impostazione aziendalistica delle Aziende sanitarie richiede l'individuazione di nuovi modelli organizzativi, idonei a garantire le molteplici esigenze delle aziende erogatrici di servizi essenziali, che consentano una maggiore flessibilità operativa e gestionale al fine di aumentare l'efficienza, tenendo conto della peculiarità del servizio sanitario pubblico;

RITENUTO che nuovi modelli gestionali possano contribuire ad aumentare il livello qualitativo dei servizi offerti dalle strutture sanitarie e nel contempo migliorare il grado di soddisfazione dell'utenza, modulando e diversificando l'offerta



TENUTO conto che la riforma della Pubblica Amministrazione si è orientata verso forme di gestione di servizi, da parte di enti pubblici, attraverso forme societarie, determinando negli enti la possibilità di operare in tale direzione,

RAVVISATO che, attuando tale possibilità la P.A. deve sempre perseguire i propri fini istituzionali, motivando adeguatamente le scelte individuate, in termini di opportunità e di convenienza, garantendo la qualità del servizio e rispettando le norme sul procedimento di scelta dei soggetti con i quali realizzare forme societarie, secondo principi di imparzialità e trasparenza;

PRESO ATTO che attualmente le risorse sanitarie possono solo in parte garantire i bisogni espressi dalla popolazione e pertanto il reperimento di altre fonti di finanziamento potrebbe permettere un maggior soddisfacimento della domanda, con particolare attenzione alla salvaguardia dei diritti delle fasce più deboli della popolazione;

RILEVATO altresì, che le Aziende sanitarie hanno manifestato già più volte la necessità di ulteriori finanziamenti, in quanto quelli già attribuiti sono insufficienti per riqualificare le strutture sanitarie presenti nel loro territorio

VISTA la proposta presentata dall'azienda RMD di procedere all'avvio di una sperimentazione gestionale nella quale si prevede, attraverso la costituzione di una società mista a prevalente capitale pubblico: la progettazione e la ristrutturazione oltre che la gestione di un HOSPICE; un OSPEDALE DI COMUNITA' e di un centro diurno in due immobili siti nel territorio del Comune di Fiumicino

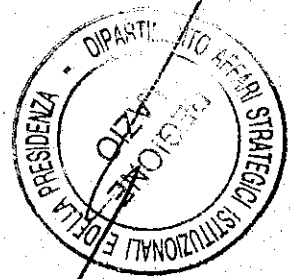
CONSIDERATO che il modello proposto è in linea con i criteri adottati dalla Giunta regionale relativamente alla riconversione di posti letto delle strutture ospedaliere attualmente attivi, per offrire servizi di sostanziale rilevanza socio sanitaria come l'Hospice e l'Ospedale di Comunità;

RITENUTO di particolare importanza la valutazione da parte della Regione delle iniziative innovative dal punto di vista gestionale che le Aziende vorranno proporre, al fine di verificarne la congruità e la coerenza rispetto alle linee di indirizzo ed allo scopo di integrare funzionalmente le singole sperimentazioni in un'ottica di pianificazione generale

CONSIDERATO che l'innovatività dell'iniziativa proposta dall'Azienda USL/RMD ha rilevanza per il miglioramento dell'offerta sanitaria si rende necessario che la Regione assuma un ruolo di controllo e verifica delle varie fasi attuative del modello sopra specificato attraverso sia la valutazione che l'approvazione dell'offerte presentate dai soggetti privati interessati;

PRESO ATTO che la Giunta regionale con propria deliberazione aveva già affermata la necessità di assumere un ruolo di controllo e di monitoraggio delle proposte e la relativa attuazione di modelli gestionali da parte delle aziende.

RITENUTO, pertanto per le motivazioni sopra richiamate, di poter autorizzare l'avvio del modello di sperimentazione gestionale presentato dall'azienda RMD;



1334 - 7 OTT 2002

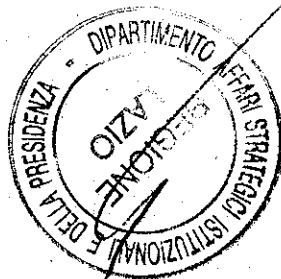
W

DELIBERA

Di autorizzare l'avvio del modello di sperimentazione e innovazione gestionale presentato dall'azienda USL/RMD, con il quale si prevede la costituzione di una società mista pubblico - privato per la progettazione e ristrutturazione di un immobile sito in località Maccarese e uno in località Palidoro, entrambi nel comune di Fiumicino per la realizzazione di un Hospice e un Ospedale di comunità oltre che di un centro diurno.

Di riservarsi la facoltà di valutare le offerte presentate dai privati che L'azienda avrà ritenuto più idonee ed adeguate alle proprie esigenze

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE
IL SEGRETARIO: F.to Dott. Adolfo Papi



- 7 OTT. 2002

RELAZIONE	GENERALE	DEL	PROGETTO	DI
SPERIMENTAZIONE E INNOVAZIONE GESTIONALE				

Il progetto di sperimentazione e innovazione gestionale, predisposto ai sensi dell'articolo 9 bis della L. 229/1999 e successive modificazioni e integrazioni, è finalizzato, razionalizzando la spesa pubblica e realizzando economie di scala, alla produzione ed alla erogazione dei seguenti servizi e attività:

- a) realizzazione e gestione di un Hospice (5 posti letto e 25 utenti presi in carico);
- b) realizzazione e gestione di un Ospedale di comunità/distretto (12 posti letto);
- c) realizzazione e gestione di un Centro diurno per non autosufficienti (15 utenti presi in carico);
- d) realizzazione e gestione di un servizio di Assistenza domiciliare integrata (25 utenti presi in carico);
- e) realizzazione e gestione di progetti di Formazione specialistica degli operatori del settore;
- f) realizzazione e gestione di progetti di Ricerca in campo sanitario;
- g) realizzazione e gestione di progetti di Ricerca in campo economico-gestionale attinenti la produzione e l'erogazione di servizi sanitari;

h) realizzazione e gestione di progetti di Ricerca in campo di tutela ambientale e sicurezza delle persone attinenti la produzione e l'erogazione di servizi sanitari.

I predetti servizi e attività, organizzati in un "sistema gestionale territoriale integrato" saranno prodotti ed erogati in forma assolutamente innovativa e qualificata grazie all'auspicato coinvolgimento del terzo settore, dei medici di medicina generale e di privati di comprovata eccellenza professionale.

Il progetto è validato attraverso l'applicazione dei principali e più significativi indicatori di qualità attinenti i servizi sanitari e quelli economico-gestionali connessi.

La produzione e l'erogazione delle prestazioni sarà esercitata prevalentemente in due immobili situati nel Comune di Fiumicino -località Palidoro e località Maccarese- di proprietà dello stesso Comune ma concessi in comodato alla AUSL Roma D. Gli immobili, non più idonei ad un adeguato e moderno sfruttamento, sono attualmente utilizzati per servizi che l'Azienda deve delocalizzare in strutture più idonee. Il progetto prevede la completa ristrutturazione, l'adeguamento degli edifici e la loro messa a norma.

La forma gestionale predisposta per la realizzazione complessiva del programma sperimentale è una Società per Azioni, mista ed a prevalente capitale pubblico (51%, minimo, appartenente alla AUSL RMD), al cui interno è prevista la partecipazione di privati (49%, massimo), organizzati in uno Spv

-Special purpose vehicle- costituito da elementi di eccellenza provenienti dal no-profit, da medici di medicina generale - opportunamente organizzati- e da altri soggetti in grado di supportare finanziariamente, professionalmente e scientificamente l'iniziativa.

La relazione generale di progetto predisposta per l'offerta di azioni evidenzia i costi stimati per le ristrutturazioni, gli arredi e l'adeguamento degli immobili nonché i contributi complessivi (commisurati alle ordinarie tariffe applicate per la tipologia di prestazioni/servizi) prevedibilmente provenienti dalla Regione Lazio - che dovrà autorizzare ed adottare il progetto -, dagli altri soggetti pubblici che vorranno partecipare all'iniziativa e dalle quote di competenza degli utenti.

La peculiarità del modello proposto, oltre a garantire una assoluta performance qualitativa dei servizi, consente, - attraverso una convenzione della durata di dieci anni da sottoscrivere tra i soggetti pubblici e la SpA di gestione - la realizzazione di recuperi gestionali di scala in grado di garantire anche il rimborso remunerato del capitale necessario per la completa ristrutturazione degli immobili e per effettuare formazione e ricerca specialistica, come già precisato.

La Società per Azioni avrà altresì il compito di:

- progettare la ristrutturazione dei due edifici;
- realizzare le opere di ristrutturazione secondo le necessità progettuali;

Gli scopi di un'organizzazione dell'Assistenza Territoriale esercitata in questo modo possono così riassumersi:

- attivare una rete assistenziale locale strutturata, flessibile e consona alle esigenze della persona, che preveda il coinvolgimento delle figure professionali mediche, paramediche e sociali (Rete Assistenziale Distrettuale);
- aumentare il ventaglio di offerta assistenziale al malato tramite una migliore allocazione delle risorse finanziarie e logistiche;
- ritardare o impedire la istituzionalizzazione del paziente tramite un pronto reinserimento nella comunità locale, ove possibile;
- generare una diminuzione del numero e dei tempi di ricovero ospedaliero;
- ridurre le liste di attesa per indagini e consulenze;
- ridurre gli accessi impropri al Pronto soccorso;
- attivare processi di formazione e di ricerca finalizzati a garantire e proporre iter diagnostici e terapeutici appropriati, efficaci, efficienti e condivisi;
- attivare processi di informatizzazione per:
 - a) la gestione della cartella clinica del singolo paziente in modo omogeneo;
 - b) la gestione della continuità assistenziale tramite la produzione di una base definita di dati esportabile e confrontabile, con diversi livelli di accesso;
 - c) attivare un processo di comunicazione ed interazione tra i vari nodi della rete assistenziale;

- d) attivare la possibilità di verificare i risultati raggiunti, tramite l'analisi dei dati;
- assicurare una Continuità Assistenziale in grado di garantire la reperibilità medica e paramedica per tutti i “ricoverati nel territorio” (Hospice, Ospedale di distretto, Centro Diurno, Assistenza Domiciliare Integrata) nonché la reperibilità medica per i pazienti non ricoverati che presentino un problema urgente.

I principi ispiratori di un'assistenza così concepita sono quelli della presa in carico della persona e della rete socio-sanitaria: la salute è considerata non più come campo di azione riservato ai soli operatori sanitari ma come terreno aperto in cui si confrontano e collaborano tutti i soggetti sociali e istituzionali presenti sul territorio.

Come ha più volte affermato l'OMS, la salute intesa come benessere psicofisico, come capacità di star bene con sé e con gli altri è qualcosa di più ampio e globale della assistenza alla malattia.

La progettazione e la realizzazione di strutture territoriali adeguate, gestite con il supporto dei medici che agiscono sul territorio, va sicuramente in questa direzione; infatti, la costruzione di una rete assistenziale socio-sanitaria è tanto più

- programmare e gestire in termini di efficacia, efficienza, economicità ed appropriatezza *un sistema di assistenza territoriale*;
- programmare e gestire l'approntamento di idonei strumenti informatici;
- programmare e gestire l'istituzione della Continuità assistenziale, intesa come reperibilità medica 24 ore al giorno per sette giorni a settimana.

Nel complesso si intende dare una risposta concreta e scientificamente avanzata alla domanda di salute della popolazione di riferimento; risposta che sarà soddisfatta e migliorata, *considerata la complessità delle patologie affrontate e la impossibilità del paziente ad usufruire autonomamente delle strutture che ha a disposizione, soprattutto perché un ricovero ospedaliero sarebbe improprio*, con un sistema integrato a livello di **Cure intermedie** che possiamo definire

INTEGRATE COUNTRY CARE – PAZIENTE E AMBIENTE RICOVERO TERRITORIALE

e che potrà avvenire, a seconda delle caratteristiche del paziente e dell'ambiente familiare in cui vive:

1. a domicilio tramite la Assistenza integrata socio-sanitaria (Legge 328/2000);

2. nell'ospedale di distretto, attraverso un sistema di ricoveri, i cui criteri siano ispirati a protocolli internazionali riconosciuti (CHAEP) ed implementabili;

3. in hospice;

3. in centro semiresidenziale diurno.

In tutti questi casi i medici di medicina generale opererebbero come primi responsabili (*case manager*) nella cura della persona e si avvarrebbero del contributo di una équipe multidisciplinare composta di specialisti, di personale paramedico, di operatori tecnici dell'assistenza e di volontari, che verrebbero attivati secondo necessità.

Quanto sopra esposto può essere sintetizzato nel seguente schema:

CURE PRIMARIE	1. Ambulatorio MMG o PLS
<input type="checkbox"/> MEDICO SINGOLO	2. Domicilio del paziente
<input type="checkbox"/> PAZIENTE AUTOSUFFICIENTE	3. Strutture ASL di consulenza
CURE INTERMEDIE	RICOVERO TERRITORIALE IN
<input type="checkbox"/> MEDICO RESPONSABILE DEL CASO	1. Famiglia
<input type="checkbox"/> PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE	2. Ospedale di distretto
	3. Hospice
	4. Centro diurno
CURE DI TERZO LIVELLO	
<input type="checkbox"/> PATOLOGIE IN FASE ACUTA	
<input type="checkbox"/> PATOLOGIE SCOMPENSATE	Ospedale
<input type="checkbox"/> NECESSITA' DI ALTA TECNOLOGIA	

facile da realizzare quanto più si cala nella realtà in cui deve operare.

RISERVE DI PROGETTO:

- l'Azienda USL RM D si riserva la facoltà di invitare gli aspiranti soci selezionati a modificare, integrare o aggiornare la loro domanda, qualora questo si rendesse necessario in conseguenza dell'adozione del progetto da parte della Regione Lazio ovvero in conseguenza di sopravvenute necessità oggettive;
- l'Azienda USL RM D si riserva la facoltà di valutare domande di aspiranti soci che contengano proposte complessive diverse da quelle prospettate nel progetto, ma comunque nell'ambito dei servizi e delle attività oggetto del bando;
- l'Azienda USL RM D si riserva di non dare luogo alla costituzione della Società senza comunicazioni ulteriori.

HOSPICE

N° 25 PAZIENTI PRESI IN CARICO

N° 05 POSTI LETTO

IMMOBILE IN LOCALITÀ PALIDORO -FIUMICINO- VIA AURELIA

PREMESSA

Uno degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, fatto proprio dalla Regione Lazio con recenti delibere, consiste nella "assistenza globale attiva nei confronti di quei pazienti la cui malattia non risponde più ai trattamenti guaritivi, nella quale è fondamentale il controllo dei sintomi e delle problematiche psicologiche, sociali e spirituali" (OMS, 1990).

Fra le azioni indicate per affrontare il problema dell'assistenza alle persone nella fase terminale della vita, vi sono il potenziamento degli interventi di terapia palliativa e la realizzazione di strutture residenziali (*Hospice*).

Stime precise sono oggi possibili solo per i pazienti neoplastici, dei quali circa il 90% muore dopo aver attraversato una fase terminale di malattia della durata media di novanta giorni.

In Italia, ogni anno, ci sono circa 144.000 nuovi pazienti oncologici terminali con una prevalenza di circa 35.000; inoltre, si può ipotizzare, in base ai dati di mortalità per patologie non oncologiche che conducono ad una fase terminale, che siano quasi

altrettanti i pazienti non oncologici che necessitano di cure palliative (CIRSS).

Recenti stime inglesi, basate sulla prevalenza dei problemi nell'ultimo anno di vita e sull'utilizzo dei servizi di cure palliative, riportano che fino al 65% dei deceduti per tumore abbia bisogno di terapia palliativa più o meno complessa e che fino al 25% abbia bisogno del ricovero in una struttura residenziale tipo *Hospice*.

Revisioni sistematiche hanno anche evidenziato come, indipendentemente dal luogo ove sono praticate, le cure convenzionali siano meno efficaci nel raggiungere obiettivi terapeutici appropriati per i pazienti terminali, rispetto ad un intervento specifico.

In particolare è stato rilevato che il dolore e gli altri sintomi non sono controllati adeguatamente in un'alta percentuale di pazienti e che poca attenzione è riservata alla sfera dei bisogni psicologici, spirituali e relazionali.

Le stesse revisioni confermano che è possibile sia controllare efficacemente il dolore in oltre il 90% dei pazienti, utilizzando un approccio farmacologico secondo le raccomandazioni OMS e gli altri sintomi utilizzando procedure palliative non invasive, sia ridurre il *distress* psicologico del malato e in seguito quello della famiglia nella fase di elaborazione del lutto.

Per questo nuovo modo di affrontare i problemi del malato terminale, è necessario personale medico e paramedico col

massimo livello di competenza in tema di cure palliative e con le capacità manageriali indispensabili per coordinare una équipe interdisciplinare; diventano, quindi, indispensabili percorsi formativi continui che assicurino non solo le conoscenze teoriche, ma anche le abilità gestuali e relazionali, indispensabili per curare la persona alla fine della vita.

La risposta più appropriata ai bisogni del malato al termine della vita sembra, quindi, essere una rete domiciliare e residenziale *ad hoc*, gestita da personale idoneamente formato ed allocata in ogni ambito territoriale, in modo tale che ogni componente possa essere facilmente accessibile e raggiungibile da parte dei cittadini per garantire una reale continuità assistenziale e terapeutica.

LA SITUAZIONE LOCALE

Il territorio dell'Agro Romano gravitante attorno alla statale Aurelia e di pertinenza essenzialmente 1° distretto della ASL RmD ed in parte al 2° distretto della ASL RmF ha come caratteristiche una struttura rurale, alternata da centri abitativi densamente popolati di diverse dimensioni, scarsamente collegati tra loro e con la città.

In questo territorio, nonostante convenzioni tra ASL e Centri lontani e difficilmente accessibili, non esiste una realtà che possa garantire una presa in carico globale della persona attraverso una rete di attività e servizi strettamente coordinati e interconnessi.

CONTENUTI E SPECIFICITÀ DELL'INTERVENTO

Il progetto nasce dall'esigenza di migliorare l'efficacia, l'efficienza, l'economicità e l'appropriatezza delle azioni e della gestione dei servizi sanitari nella specifica materia, di competenza della AUSL RMD sul territorio.

L'intervento prevede la realizzazione di un sistema integrato di servizi domiciliari e residenziali al malato terminale ed alla sua famiglia, sfruttando le innovative opportunità offerte dalla normativa relativa alle sperimentazioni gestionali di cui all'art. 9 bis della legge 229/99 e successive sue modificazioni.

Il progetto si basa sui principi di:

- formazione specifica e continua del personale medico e paramedico e connessa ricerca scientifica;
- continuità assistenziale;
- presa in carico dei pazienti da parte del Medico di base;
- integrazione dei servizi finalizzati alla cura del malato terminale, anche utilizzando le risorse solidali territoriali;
- facile accessibilità al servizio da parte dell'utenza;
- cura della persona e della famiglia, con interventi coordinati da parte dei componenti della rete.

La *struttura* per l'offerta dei servizi verrà realizzata adattando allo scopo l'edificio in disponibilità della AUSL, *sottoutilizzato ed in parte fatiscente*, in località Palidoro, Via Aurelia.

Il *sistema* dell'azione, basato prevalentemente sulla collaborazione tra la AUSL ed il Medico di base, andrebbe ad ovviare ad alcune delle criticità evidenziate dal programma regionale per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative e, in particolare, oltre a ridurre il tasso di ospedalizzazione dei pazienti in fase terminale andrebbe ad ovviare alla carenza di strutture residenziali dedicate a cure palliative ottenendo, tra gli altri, i seguenti risultati:

- migliore realizzazione e razionalizzazione del collegamento tra rete ospedaliera e servizi distrettuali, utilizzando competenze, iniziativa e funzioni del mmg che è il punto di riferimento per malato e famiglia, e che può fungere da cerniera tra Ospedale e Distretto;
- potenziamento dei servizi domiciliari, in cui il mmg, tramite la sua conoscenza dei bisogni e delle risorse territoriali, può attivare e coordinare l'intervento di diversi attori, tra cui le risorse solidali (p.es. Caritas locali);
- maggior coinvolgimento e valorizzazione del medico di base, tramite la presa in carico, la continuità assistenziale e la responsabilità gestionale delle attività destinate ai pazienti terminali;

- diffusione e sensibilizzazione, attraverso le attività di formazione, aggiornamento e coinvolgimento continuo degli operatori istituzionali e non del territorio, della cultura delle cure palliative, delle linee-guida e dei protocolli; cultura che non resterebbe più, in tal modo, peculiarità del solo ambito specialistico ospedaliero;
- valorizzazione e coinvolgimento del volontariato locale, attivato *ad hoc* da parte del medico di base.

I risultati sopra indicati, come noto, coincidono con gli obiettivi giudicati rilevanti dal programma regionale sopra citato.

Per la gestione, l'integrazione dei servizi e la valutazione degli interventi, verranno utilizzati gli indicatori specificati nell'apposita scheda "qualità" e sfruttati strumenti informatici per:

- cartella medica comune tra medici e Centro di ricovero per l'assistenza domiciliare e residenziale;
- sistema di valutazione multifunzionale dedicato non solo ai bisogni sanitari, ma anche a quelli sociali;
- un SW che permetta al sanitario e al sociale di comunicare ed integrare le informazioni di rispettiva competenza, al fine di ottimizzare l'assistenza alla persona e alla famiglia.

LA FORMAZIONE

Il progetto prevede anche la realizzazione di un corso finalizzato a fornire a medici, paramedici e volontariato una formazione specifica ed interdisciplinare per poter assistere in maniera umana e scientifica tutti quei pazienti che si trovano in una situazione di irreversibilità.

Il Corso:

- potrà avere valore giuridico come Corso di perfezionamento post-universitario;
- avrà una durata presumibile di mesi sei;
- adotterà una metodologia didattica articolata in letture, seminari su specifici argomenti, presentazione e discussione di casi clinici e tirocinio pratico;
- si svolgerà nel territorio.

LA GESTIONE DELLE ATTIVITÀ

La gestione delle attività assistenziali (domiciliari e residenziali) verrà affidata alla Società mista, costituita dalla AUSL (socio di maggioranza), dagli altri soggetti pubblici che condivideranno il progetto e dai privati appropriatamente selezionati mediante bando con evidenza pubblica, secondo quanto previsto dall'articolo 9-bis della riforma-ter della Sanità, in tema di gestione e sperimentazione di servizi sanitari.

L'ASPETTO ORGANIZZATIVO

Il programma si sviluppa secondo alcune direttrici principali:

- presa in carico, assicurata dal medico di famiglia, idoneamente qualificato dall'apposito corso di formazione, il quale, assieme al personale paramedico e di assistenza sociale, elabora un programma assistenziale che risponda ai bisogni del paziente;
- gestione assistenziale prevalentemente infermieristica, in quanto per questa tipologia di pazienti prevale la necessità di un intervento assistenziale, piuttosto che terapeutico;
- visione olistica del problema: è la famiglia intera che verrà aiutata nel momento in cui il paziente non potrà più essere curato attivamente, non attendendo ma prevenendo il bisogno.

A) IL PAZIENTE

Per la eleggibilità del paziente alla presa in carico, devono essere contestualmente presenti i seguenti criteri:

1. Diagnosi di malattia neoplastica in fase terminale, definita:
 - dall'assenza (o esaurimento) dei trattamenti curativi specifici ovvero dall'inopportunità degli stessi;

- dalla presenza di sintomi invalidanti che comportino una riduzione della performance con indice di Karnofsky minore o uguale a 50;
- dalla rapida evolutività della malattia con morte imminente (in genere entro tre mesi);

2. Consenso alle cure domiciliari.

3. Non autosufficienza, intesa come incapacità ad utilizzare autonomamente le strutture sanitarie per soddisfare le proprie necessità.

4. Necessità di trattamenti orientati al miglioramento della qualità di vita ed al controllo dei sintomi.

B) LA FAMIGLIA

La famiglia viene ad assumere il carattere di secondo *target* del piano assistenziale: ad essa verrà assicurato il supporto materiale, psicologico e spirituale, che renda meno traumatico a tutti i suoi componenti affrontare ed elaborare il dramma umano a cui sono costretti dalla convivenza con la malattia e l'inevitabile evento luttuoso che ne segue.

C) LE MODALITÀ DI ACCESSO

La domanda per l'attivazione del servizio può essere effettuata dal medico di medicina generale, dal reparto ospedaliero in fase di dimissione, dalla AUSL (CAD e/o oncologo), dai servizi sociali territoriali e dai familiari stessi.

Tale domanda, presentata su apposito modulo, sarà esaminata dall'apposita Unità Valutativa di Cure Palliative (UVCP) che risponderà in maniera affermativa o negativa entro 24 ore.

I componenti della UVCP saranno:

- il dirigente CAD o suo delegato;
- l'oncologo;
- l'infermiere coordinatore;
- l'operatore territoriale di assistenza coordinatore;
- Il mmg responsabile del caso o suo sostituto.

I compiti della UVCP saranno:

- valutare le domande di presa in carico, secondo criteri di priorità consistenti in età (con precedenza ai più giovani), avanzamento della malattia, fattori sociali e territorio di provenienza;
- elaborare il piano assistenziale tramite la scheda di valutazione multifunzionale;
- nominare la Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) per ogni singolo caso;

- esaminare le eventuali variazioni al piano assistenziali proposte dalla UOCP;
- valutare gli indicatori di processo e di risultato.

D) GLI STRUMENTI OPERATIVI

Gli strumenti operativi consistono in UOCP, SW di cartella medica computerizzata SW di interconnessione e incontri periodici tra i vari operatori.

L'UOCP, individuata caso per caso dalla UVCP, è composta dal mmg responsabile del caso o suo sostituto, dall'infermiere, dallo psicologo, dall'ota, che potranno attivare ulteriori servizi, ove necessario (medici specialisti, volontari, fisioterapisti, ecc.).

Compito dell'UOCP è la cura attiva, globale e multidisciplinare del paziente terminale, in cui il controllo del dolore e degli altri sintomi, nonché dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume particolare importanza; scopo di tali cure è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie.

I Software devono essere concepiti per permettere il coordinamento dell'attività dei diversi nodi della rete assistenziale e per garantire flussi informativi con modalità diversificate,

concordate e condivise, secondo livelli di accesso variabili in base alla tipologia dell'operatore.

Gli incontri periodici, secondo il metodo del *medical audit*, coinvolgeranno tutti i componenti delle varie Unità Operative e avranno lo scopo di elaborare linee – guida interne.

Il loro razionale deriva dalla constatazione che lo stimolo al cambiamento delle modalità organizzative e relazionali e l'affinamento delle capacità cliniche deriva dalla riflessione sulla propria esperienza: questo è il metodo storico di apprendimento di generazioni di mmg.

I risultati della riflessione possono essere incorporati nella pratica individuale in un processo privato o possono essere resi pubblici e discussi al fine di trovare un consenso (linee-guida).

E) LE RISORSE UMANE

Scopo del presente progetto è, tra l'altro, garantire inizialmente l'assistenza giornaliera fino a un massimo di venti – venticinque malati oncologici terminali, avendo a disposizione sei posti in una struttura residenziale.

Le risorse umane per la sua realizzazione sono in primo luogo i mmg, qualificati dal corso di formazione descritto in precedenza o da suoi analoghi, che assumeranno il ruolo di medici responsabili

del caso nei confronti dei propri assistiti arruolati nel programma di assistenza.

La Società che gestirà l'assistenza dovrà mettere, inoltre, a disposizione i seguenti operatori:

- un medico specialista responsabile del sistema di cure palliative, che possieda idonea qualifica;
- un medico di reparto formato in terapia palliativa, che assicuri il servizio agli assistiti;
- un numero idoneo di infermieri professionali, tra cui uno assumerà le funzioni di infermiere coordinatore;
- un numero idoneo operatori territoriali di assistenza, di cui uno assumerà le funzioni di coordinatore;
- un fisioterapista;
- uno psicologo;
- un assistente sociale;
- un assistente spirituale;
- alcuni consulenti specialisti.

MODALITA' ASSISTENZIALI

L'assistenza verrà erogata dalla UOCP, che seguirà il paziente sia a domicilio sia durante l'eventuale ricovero nella struttura residenziale.

A) ASSISTENZA DOMICILIARE

Di norma i pazienti inseriti nel programma assistenziale vengono seguiti a domicilio e vengono ricoverati presso la struttura residenziale solo al verificarsi delle condizioni elencate successivamente.

L'assistenza domiciliare prevede da due a cinque accessi settimanali da parte del medico responsabile e da tre a sette accessi settimanali infermieristici, con possibilità di accessi supplementari.

E' altresì garantita la reperibilità medica e infermieristica 24 ore su 24.

B) ASSISTENZA RESIDENZIALE

L'assistenza residenziale viene attivata dalla UOCP, previa comunicazione alla UVCP, quando il paziente si trovi nell'impossibilità di essere assistito al proprio domicilio per uno dei seguenti motivi:

- ambiente familiare non idoneo (persona sola, familiari non in grado di collaborare, ecc.);
- particolari condizioni cliniche che richiedano un'assistenza medica e/o infermieristica superiore al numero massimo di accessi previsti dal programma domiciliare;

- necessità di manovre clinico - terapeutiche non eseguibili a domicilio.

Il ricovero presso la struttura residenziale è di regola temporaneo e cessa al venir meno delle condizioni che lo hanno imposto.

In caso di esubero di richieste rispetto alla disponibilità di posti presso la struttura di ricovero residenziale, è compito della UVCP definire la priorità di accesso.

L'assistenza al paziente ricoverato viene garantita :

- dal medico responsabile del caso, che assicura l'applicazione del piano assistenziale tramite accessi periodici alla struttura;
- da due infermieri per turno;
- da un medico di guardia.

C) ASSISTENZA SPECIALISTICA E FARMACOLOGICA

Le prestazioni di riabilitazione e le prestazioni specialistiche, che comprendono sia le visite specialistiche sia le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, vengono prescritte dal mmg e vengono assicurate dalla AUSL mediante personale in rapporto di lavoro dipendente o convenzionato in conformità alla normativa vigente ovvero tramite altri mezzi che la AUSL stessa decida di attivare.

Le prestazioni farmaceutiche sono assicurate con le modalità e nei limiti previsti per la generalità dei cittadini.

GLI INTERVENTI SUGLI IMMOBILI

A) LO STATO ATTUALE

L'edificio si colloca in località Palidoro, nel comune di Fiumicino (RM), in zona a traffico sostenuto, comodamente raggiungibile dai mezzi pubblici.

E' ubicato al centro di un lotto di terreno con due passaggi carrabili su Via Aurelia, verso la quale si affaccia anche il fronte principale dello stabile in posizione rialzata.

Un gradevole parco caratterizzato da alberi ad alto fusto a folta chioma cinge l'edificio oggetto di intervento.

L'entrata principale è arretrata rispetto alla strada e questo gli garantisce un discreto livello di privacy e filtro nel confronto dei rumori del traffico urbano.

Tipologicamente è ascrivibile alla edilizia storica degli anni "trenta". Di fatto corrisponde al tipico edificio romano che veniva costruito a latere delle grandi Consolari. E' di semplice ed essenziale fattura. Ha subito interventi e modifiche non essenziali.

L'edificio, a pianta ad "L", consta di un corpo edilizio autonomo a due livelli, planimetricamente articolato con ambienti

ben distribuiti, ed un locale interrato. Delle tre entrate che possiede, la principale, che si affaccia sul viale, è caratterizzata da un porticato di protezione a tre arcate.

Il lotto è libero per due lati, il lato opposto al viale parallelo e fiancheggiante la Via Aurelia, confina con un maneggio per cavalli.

Le finestre sono del tipo con chiusura a persiane in legno.

Strutturalmente si identifica come di tipo murario, con coperture inclinate a due falde su più livelli.

La totalità degli impianti esistenti ed esclusivamente essenziali, non soddisfa le specifiche disposizioni legislative vigenti.

I dati distributivi e dimensionali sono leggibili nelle apposite schede, grafici e foto disponibili.

B) INTERVENTI EDILIZI ED IMPIANTISTICI NECESSARI ALLA RICONVERSIONE PER ADEGUAMENTO E RISTRUTTURAZIONE

Al fine di soddisfare tutti i requisiti minimi necessari alla realizzazione di un centro residenziale di cure palliative -hospice- nell'edificio così come descritto, è stata predisposta la seguente scheda informativa.

□ OPERE EDILIZIE:

- ✓ costruzione di rampe di scale di sicurezza;
- ✓ inserimento di ascensore interno per persone e barelle;
- ✓ costruzione di un montacarichi per cose;

- ✓ demolizioni e ristrutturazioni interne per nuova distribuzione funzionale;
- ✓ revisione strutturale di alcune zone murarie;
- ✓ opere di finitura interne ed esterne dell'edificio e di segnaletica;
- ✓ opere di sistemazioni esterne e di segnaletica;
- ✓ infissi interni ed esterni con vetri atermici;
- ✓ opere per eliminazione di barriere architettoniche;
- ✓ locali tecnici;

□ OPERE IMPIANTISTICHE:

- ✓ impianti elettrici e speciali
 - ◆ illuminazione interna ed esterna;
 - ◆ potenza per macchine ed apparecchiature;
 - ◆ comunicazione ed informatizzazione;
 - ◆ segnalazione ed emergenza;
 - ◆ allarme e sicurezza;
 - ◆ antenna televisiva;
 - ◆ terra totale;
 - ◆ gruppo di continuità;
 - ◆ parafulmine.
- ✓ impianto idrico
 - ◆ modifica rete interna calda e fredda;
 - ◆ ristrutturazione locali igienici normali;
 - ◆ ristrutturazione locali igienici per disabili ed assistiti;
 - ◆ reti di scarico;

- ◆ accumulo con autoclave;
- ◆ ristrutturazione cucina, tisaneria e lavanderia.
- ✓ impianti riscaldamento e climatizzazione completi e con stoccaggi.
- ✓ impianti gas medicali, vuoto, ossigeno, aria con reti e depositi.

C) IL PROGETTO

In generale, la distinzione per aree funzionali di residenza, di terapia e di supporto sono specificatamente elencate nella tabella allegata. Tutti i requisiti minimi di tipo strutturale, tecnologico, di integrazione funzionale ed organizzativa, devono rispettare quelli definiti dal relativo atto di indirizzo e coordinamento approvato dal Presidente del consiglio dei Ministri e debbono soddisfare le esigenze di elevata personalizzazione dell'assistenza, il benessere ambientale, la fruibilità degli spazi ed il benessere psicologico, sia del paziente che del suo familiare.

D) DOTAZIONI TECNOLOGICHE

Per completezza si ritiene di indicare, anche, alcune necessarie dotazioni di ordine tecnologico per definire "pronta all'uso" la struttura.

□ MATERIALI ED ATTREZZATURE:

- ✓ arredi comprendenti letti speciali con schienali regolabili, tavoli e sedie, poltrone, stoviglie e vasellame per cucina, carrelli e armadi;
- ✓ ausili e presidi includenti materassi e cuscini antidecubito, carrozzelle, sollevatore-trasportatori, barelle-doccia, vasche da bagno per disabili;
- ✓ apparecchiature includenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per piccola chirurgia;
- ✓ apparecchiature per cucina-tisaneria,
- ✓ scrivanie, sedie, mobili archivio, computer, stampanti, modem, video, registratore;
- ✓ altare, inginocchiatoi, scaffalatura, portabara;
- ✓ apparecchiature illuminanti particolari.

TABELLA AREE FUNZIONALI

□ RESIDENZIALE

- ✓ camera con
 - ◆ accompagnatore
 - ◆ tavolo per mangiare
 - ◆ poltrona
 - ◆ servizio igienico
 - ◆ spazio per interventi medici
- ✓ cucina tisaneria
- ✓ deposito biancheria pulita
- ✓ deposito attrezzature, carrozzine, ecc..
- ✓ servizi igienici per il personale
- ✓ postazione del personale assistente
- ✓ ambulatorio mediceria
- ✓ soggiorno polivalente (ristoro, conversazione, lettura)
- ✓ deposito e lavapadelle.

□ TERAPIA E VALUTAZIONE

- ✓ terapie antalgiche e prestazioni ambulatoriali
- ✓ farmaci antiblastici e preparazioni nutrizionali parenterali
- ✓ prestazioni in regime diurno
- ✓ psicologo, assistente sociale
- ✓ deposito pulito, sporco e attrezzature
- ✓ attesa.

- GENERALE E DI SUPPORTO
- ✓ accoglienza, telefono pubblico
- ✓ spogliatoio personale e WC
- ✓ spogliatoio, sosta e lavoro personale volontario
- ✓ riunioni di equipe
- ✓ morgue
- ✓ spazio per i dolenti
- ✓ spazio religioso
- ✓ amministrazione
- ✓ cucina, dispensa, lavanderia, stireria
- ✓ magazzini
- ✓ locali tecnici.

TABELLA SUPERFICI DI PROGETTO

Piano interrato	mq.
◆ Area residenziale	0.00
◆ Area terapia e valutazione	0.00
◆ Area generale di supporto	25.97
Totale	25.97
Piano terra	
◆ Area residenziale	21.91
◆ Area terapia e valutazione	45.08
◆ Area generale di supporto	219.14
Totale	286.13
Piano primo	
◆ Area residenziale	149.39
◆ Area terapia e valutazione	0.08
◆ Area generale di supporto	66.82
Totale	216.21
Piano secondo	
◆ Area residenziale	0.00
◆ Area terapia e valutazione	0.00
◆ Area generale di supporto	28.65
Totale	28.65
T O T A L E	556.96

TABELLA DEI COSTI PREVISTI

Il calcolo sommario della spesa è stato effettuato con l'applicazione di parametri desunti da interventi simili realizzati.

□ OPERE EDILIZIE

◆ PIANO INTERRATO *SERVIZI E DEPOSITI*

- ✓ muratura per divisori interni in laterizio portante
- ✓ esecuzione di nuove aperture e chiusure su pareti esterne
- ✓ demolizione totale e rifacimento intonaci interni in verticale ed orizzontale
- ✓ rimozione e sostituzione di infissi esterni in legno di castagno con cristalli atermici ed antisfondamento
- ✓ demolizione e rifacimento pavimenti
- ✓ rifiniture connesse
- ✓ tinteggiature totali
- ✓ integrazione edilizia agli impianti termici, elettrici, idrici.

◆ PIANO TERRA *INGRESSI AMBULATORI AMMINISTRAZIONE RIUNIONI MORGUE SERVIZI*

- ✓ muratura portante per canna ascensore e montacarichi
- ✓ demolizione, ristrutturazione ed adeguamento di alcune murature portanti
- ✓ apertura di porte nella muratura portante
- ✓ realizzazione di pareti interne in laterizio leggero

- ✓ demolizione e rifacimento intonaci totali in verticale ed in orizzontale antiumidità ed antimuffa
 - ✓ infissi di porte interne ed esterne; rimozione e sostituzione
 - ✓ rifiniture connesse
 - ✓ tinteggiature totali
 - ✓ integrazione edilizia agli impianti termici, elettrici, idrici
 - ✓ servizi igienici completi di apparecchiature sanitarie e specialistiche
 - ✓ controsoffittature in pannelli isolanti
 - ✓ demolizione e rifacimento pavimenti
 - ✓ sistemazione parcheggio esterno
 - ✓ abbattimento barriere architettoniche.
- ◆ *PIANO PRIMO CAMERE DEGENTI SERVIZI*
- ✓ muratura portante per canna ascensore e montacarichi
 - ✓ realizzazione di pareti interne in laterizio leggero ed isolante termico
 - ✓ soffittatura e controsoffittatura leggera
 - ✓ demolizione, ristrutturazione ed adeguamento di alcune murature portanti
 - ✓ infissi interni ed esterni strutturati in legno di castagno, vetro atermico antisfondamento con persiane
 - ✓ intonaci interni
 - ✓ demolizione e rifacimento pavimenti
 - ✓ rifiniture connesse

- ✓ tinteggiature totali
 - ✓ interventi edilizi per impianti termici, elettrici, idrici
 - ✓ servizi igienici completi di apparecchiature sanitarie e specialistiche.
- ◆ PIANO SOTTOTETTO *VANO MACCHINE IMPIANTI TERMICI E RACCOLTA ACQUA*
- ✓ demolizione muratura per spostamento apertura di passaggio
 - ✓ infisso interno di chiusura
 - ✓ muratura per vano ascensore
 - ✓ intonaci interni
 - ✓ rifiniture connesse
 - ✓ tinteggiature totali
 - ✓ interventi edilizi per impianti termici, elettrici, idrici
 - ✓ revisione generale manto di copertura.
- ◆ SICUREZZA GENERALE ESTERNA ED ABBATTIMENTO BARRIERE ARCHITETTONICHE
- ✓ due rampe per portatori di handicap
 - ✓ scala di sicurezza metallica esterna a due rampe con pianerottoli.

Totale spesa a corpo, mq. 557.00 circa, € 332.000,00

□ IMPIANTI E DOTAZIONI TECNOLOGICHE

◆ TERMICO

- ✓ impianto termico costituito da gruppo di condizionamento con inverter, selezionato per corpi ai due piani;
- ✓ impianto termico di riscaldamento acqua igienica con accumulo;
- ✓ evacuatori di fumi e di gas.

◆ ELETTRICI E SPECIALI

- ✓ gruppo elettrogeno;
- ✓ impianti elettrici di forza, di illuminazione di comunicazione interna ed esterna e di informatizzazione compresi di apparecchiature di comando ed illuminanti;
- ✓ ascensore portalettighe e montacarichi;
- ✓ illuminazione del parco esterno,
- ✓ impianti di sicurezza e di allarme;
- ✓ protezione scariche atmosferiche.

◆ IDRICI

- ✓ Impianti idrici di adduzione e distribuzione acqua di rete completi e funzionanti;
- ✓ Impianti di scarico acque meteoriche, chiare e reflue, completi, con pozzetti e funzionanti,
- ✓ Impianto di irrigazione ed innaffiamento del parco,
- ✓ Impianto di utilizzazione di acqua di raccolta e riserva;
- ✓ Impianto antincendio;
- ✓ Autoclave

- ✓ Arredi comprendenti letti speciali con schienali regolabili, letti per accompagnatori, tavoli e sedie, poltrone, stoviglie e vasellame per cucina, carrelli e armadi
- ✓ Ausili e presidi includenti materassi e cuscini antidecubito, carrozzelle, sollevatore-trasportatori, barelle-doccia, vasche da bagno per disabili
- ✓ Apparecchiature includenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per piccola chirurgia
- ✓ Apparecchiature per cucina-tisaneria
- ✓ Scrivanie, sedie, mobili archivio, computer, stampanti, modem, video, registratori
- ✓ Altare, inginocchiatoi, scaffalatura, portabara
- ✓ Apparecchiature illuminanti particolari
- ✓ Elettrocardiografo portatile
- ✓ Ecografo portatile e doppler
- ✓ Strumentario diagnostico ambulatoriale standard
- ✓ Strumentario per piccola chirurgia e per medicazione
- ✓ Lampada antiriflesso
- ✓ Sterilizzatrice

Totale spesa impianti e dotazioni tecnologiche a corpo,
€ 340.000,00

□ ALTRE SPESE PREVISTE

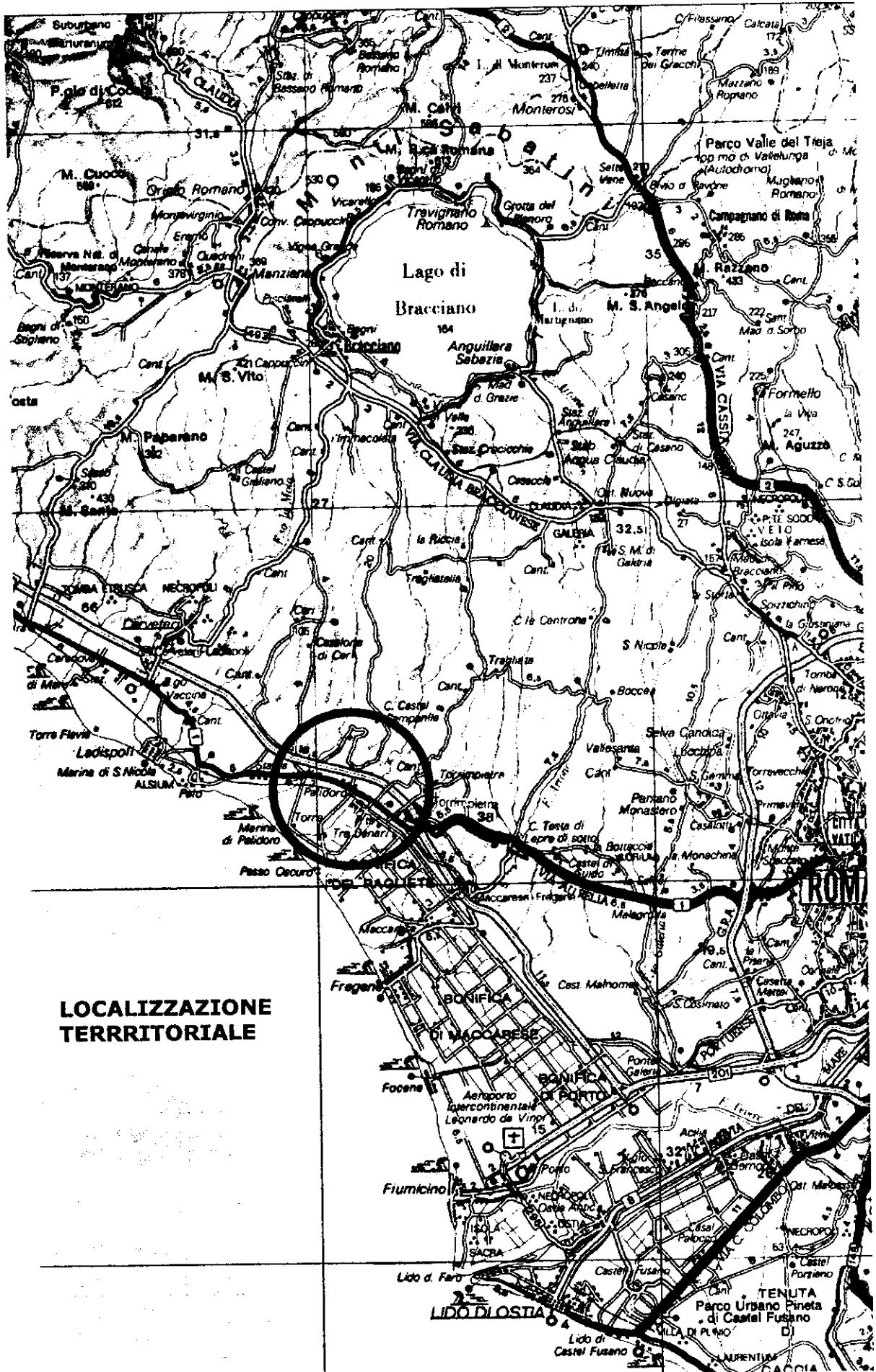
- ✓ lavori in economia
- ✓ rilievi, accertamenti
- ✓ allacciamenti ai pubblici servizi
- ✓ imprevisti
- ✓ accantonamento di cui all'art. 26 c. 4, Legge 1091/94
- ✓ spese tecniche relative alla progettazione, alle necessarie attività preliminari, al coordinamento della sicurezza in fase di progettazione, alle conferenze dei servizi, alla direzione lavori, al coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione, assistenza giornaliera e contabilità, assicurazione dei dipendenti
- ✓ spese per attività di consulenza o di supporto
- ✓ eventuali spese per commissioni giudicatrici
- ✓ spese per accertamenti di laboratorio e verifiche tecniche previste dall'eventuale capitolato speciale d'appalto, collaudo tecnico amministrativo, collaudo statico ed altri eventuali collaudi specialistici.

Totale altre spese, a corpo, € 180.000,00

RIEPILOGO GENERALE COSTI E SPESE PER LA REALIZZAZIONE
DELL'HOSPICE

Opere edilizie	€	332.000,00
Impianti e dotazioni tecnologiche	€	340.000,00
Altre spese	€	180.000,00
TOTALE GENERALE	€	852.000,00

IVA ESCLUSA



**LOCALIZZAZIONE
TERRITORIALE**

OSPEDALE DI DISTRETTO

N° 12 POSTI LETTO

PARTE DELL'IMMOBILE IN LOCALITÀ MACCARESE

-FIUMICINO- VIA CASTEL SAN GIORGIO

PREMESSA

Per Ospedale di Distretto o di comunità (OdD), in questo contesto, si intende un centro locale socio – sanitario, in cui vengono fornite cure sanitarie accessibili e servizi associati secondo il principio della presa in carico dei problemi della persona, onde soddisfare le necessità di una popolazione locale clinicamente definita.

L'OdD rappresenta uno dei nodi della rete assistenziale di base (in cui deve essere inserito) e fornisce ai MMG, ai PLS e alle AUSL la possibilità di offrire ulteriori opzioni assistenziali a livello distrettuale.

Si tratta di una struttura a prevalente assistenza infermieristica ed a bassa intensità di assistenza medica, gestita dai medici di base, che restano i responsabili clinici e medico - legali del caso, nella quale sono previsti dodici posti letto in camere singole o doppie.

Consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure cliniche e mediche a bassa tecnologia, potendo avvalersi di

consulenze specialistiche ed esami di secondo livello da parte di operatori esterni, messi a disposizione dalla AUSL o acquistati *in service* dalla Società di gestione.

In esso viene garantita l'assistenza infermieristica ventiquattro ore al giorno e accessi medici programmati da parte del medico di famiglia, secondo un piano clinico – assistenziale stabilito.

Per quanto riguarda le urgenze, restano come riferimenti la Guardia medica diurna e notturna, organizzata secondo il modello indicato nella premessa.

Oltre al paziente ricoverato, la struttura offre ospitalità anche ad un accompagnatore e si avvale dell'opera degli OTA (operatori territoriali di assistenza) e del volontariato.

L'accesso da parte del paziente a tale struttura viene richiesto dal medico di base, attraverso la compilazione di una scheda di sintesi in cui sono riportate la storia sanitaria del paziente, il motivo del ricovero, la disponibilità della famiglia a sostenere il paziente durante la permanenza nella struttura e successivamente a domicilio.

Il primo passo per organizzare il piano di cura per chi necessita di tale assistenza consiste nel valutare con appositi strumenti scientifici le reali condizioni del paziente, attraverso un approccio globale, organico e multidimensionale, teso ad esplorare il grado di bisogno sanitario e sociale, nonché la sua compatibilità con un ricovero in OdD.

All'ingresso di ogni nuovo paziente e poi periodicamente, viene effettuata una valutazione multidimensionale standardizzabile e

riproducibile delle capacità funzionali e del bisogno di cure; sulla base dei risultati ottenuti viene elaborato il piano di cura personalizzato.

Per quanto concerne i criteri di ammissibilità alle cure in OdD, questi sono definiti in base a quanto contenuto del *Community Hospital Appropriateness Evaluation Protocol* (CHAEP), eventualmente adattato alle esigenze locali.

La gestione del paziente si avvale, come già indicato in premessa, di idonei supporti informatici.

Tutti gli strumenti utilizzati saranno validati dall'Agenzia di Sanità pubblica (ASP) regionale, che avrà anche il compito di elaborare e valutare i dati relativi ai ricoveri, nonché di individuare gli indicatori di processo e di risultato.

Per realizzare una simile struttura, si ritiene di dover coinvolgere le seguenti figure professionali:

- un medico specialista responsabile di struttura
- un medico di base (mmg o pls), responsabile del caso
- cinque infermieri, di cui uno con funzioni di caposala
- sei operatori territoriali di assistenza (OTA)
- un fisioterapista
- uno psicologo
- un assistente sociale

Le prestazioni di riabilitazione e le prestazioni specialistiche, che comprendono sia le visite Specialistiche sia le prestazioni di

diagnostica strumentale e di laboratorio, vengono prescritte dal mmg e vengono assicurate dalla AUSL mediante personale in rapporto di lavoro dipendente o convenzionato in conformità alla normativa vigente ovvero tramite altri mezzi che la AUSL stessa decida di attivare.

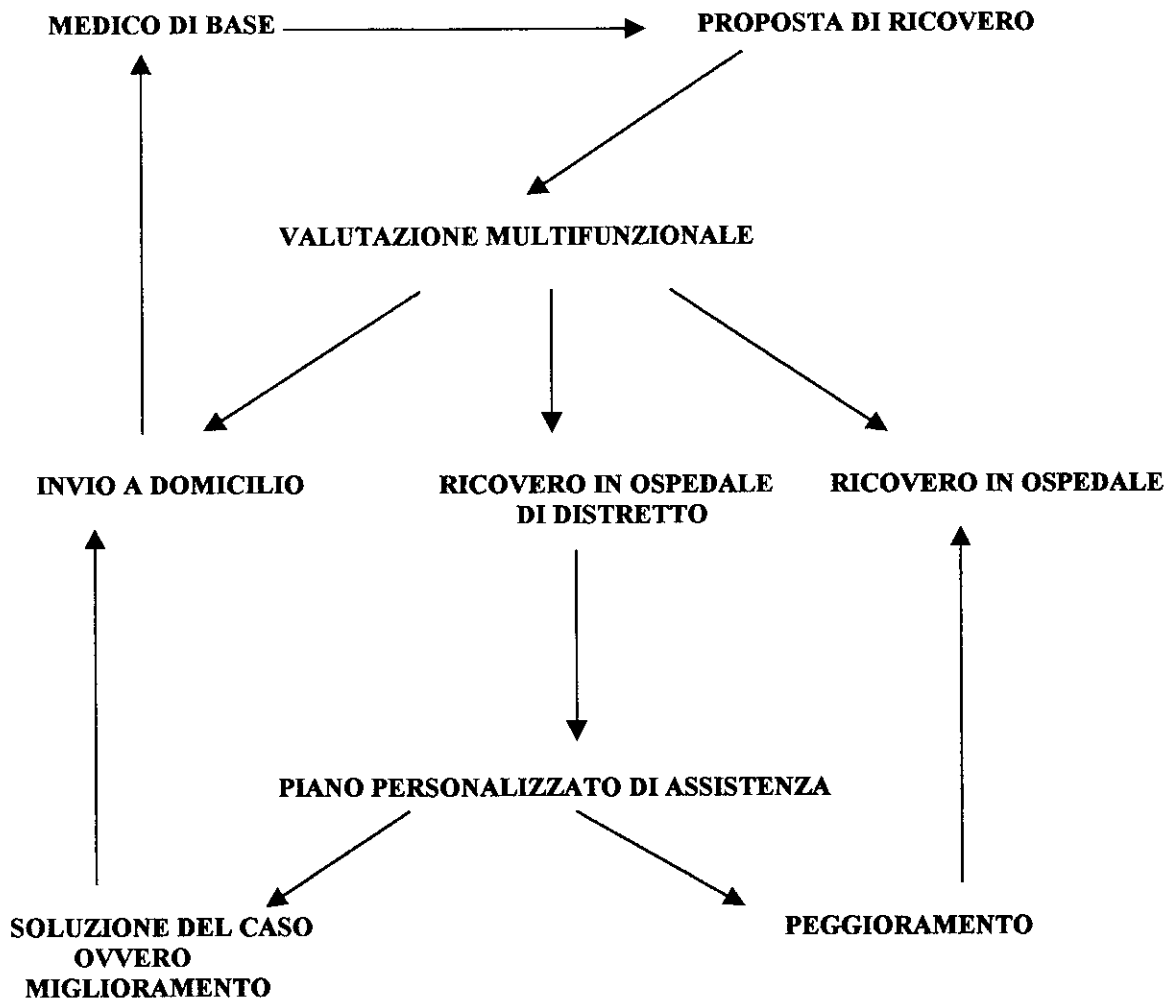
Le prestazioni farmaceutiche sono assicurate con le modalità e nei limiti previsti per la generalità dei cittadini.

Gli obiettivi dell'istituzione di un OdD possono, infine, essere sintetizzati in:

una migliore allocazione di risorse, risolvendo casi con un costo decisamente inferiore a quello del ricovero ospedaliero
una riduzione dei giorni di ricovero in Ospedale, in quanto diventano praticabili le dimissioni protette e le dimissioni precoci

l'offerta all'utenza di trattamenti diversificati e personalizzati a seconda del tipo e della gravità della patologia.

DIAGRAMMA DI FLUSSO



CENTRO DIURNO PER NON AUTOSUFFICIENTI
N° 15 UTENTI PRESI IN CARICO
PARTE DELL'IMMOBILE IN LOCALITA' MACCARESE
-FIUMICINO- VIA CASTEL SAN GIORGIO

PREMESSA

Un Centro di Assistenza Diurna Semiresidenziale (CADS) vuole essere una risposta specifica ai problemi delle persone non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, vale a dire delle persone che per un qualsiasi motivo non sono in grado di accudire alla propria persona e non hanno familiari che possano provvedere a tale necessità.

Il CADS è parte integrata ed integrante del territorio, del quale è una risorsa e dal quale trae a sua volta le risorse necessarie al raggiungimento dei suoi scopi.

L'obiettivo fondamentale di questa struttura consiste in:

- Procrastinare il più possibile l'istituzionalizzazione delle persone non autosufficienti;
- Fornire ai loro familiari un idoneo supporto formativo per poterle assistere meglio.

La struttura è composta da:

- Più ambienti di soggiorno;
- Un ambiente per attività mediche ed infermieristiche;
- Una sufficiente e idonea quantità di servizi;
- Un ambiente per attività riabilitativa;
- Un ambiente per l'attività amministrativa;
- Una cucina con annesso spazio mensa

I servizi offerti sono:

1. Ospitalità dalla mattina alla sera per approssimativamente 10 ore al giorno, con attività di animazione, occupazionale, ricreativa e di integrazione e raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine;
2. In rapporto alle condizioni psico-fisiche dell'ospite
 - Consulenze mediche;
 - Assistenza infermieristica;
 - Assistenza riabilitativa di recupero e mantenimento;
 - Assistenza psicologica;
 - Consulenze e controllo dietologico.

Le figure professionali operanti nel CADS, presenti durante l'intero orario di servizio, sono:

- Un medico specialista responsabile della struttura
- Un medico di medicina generale
- Cinque infermieri
- Sei operatori tecnici di assistenza (OTA)
- Un fisioterapista (TR)
- Uno psicologo
- Un assistente sociale

La proposta di accesso alla struttura viene effettuata dal medico di medicina generale, nel rispetto della volontà del paziente, ovvero da chi ne esercita la tutela o la curatela.

L'accesso è disposto dalla Unità Valutativa Territoriale (UVT) costituita da un'équipe multidisciplinare composta da:

- Un medico di medicina generale (mmg)
- Un infermiere
- Un assistente sociale del Comune di residenza dell'assistito.

Per valutare le condizioni sanitarie, psico-fisiche e sociali delle persone candidate all'accesso in CADS vengono utilizzati strumenti valutativi quali le scale di autonomia (o similari) e le schede di valutazione multifunzionale.

La UVT, oltre a valutare il caso, definisce il piano individuale di intervento, controllando il buon esito del medesimo ed i tempi e modi di dimissione del paziente.

L'assistenza sanitaria ordinaria è garantita dal mmg con accessi periodici, concordati con la UVT e remunerati in base agli accordi sindacali regionali.

Le urgenze vengono assolte dal sistema di Continuità Assistenziale, così come illustrato in premessa.

Le prestazioni di riabilitazione e le prestazioni specialistiche, che comprendono sia le visite Specialistiche sia le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, vengono prescritte dal mmg e vengono assicurate dalla AUSL mediante personale in rapporto di lavoro dipendente o convenzionato in conformità alla normativa vigente ovvero tramite altri mezzi che la AUSL stessa decida di attivare.

Le prestazioni farmaceutiche sono assicurate con le modalità e nei limiti previsti per la generalità dei cittadini.

GLI INTERVENTI SUGLI IMMOBILI

A) LO STATO ATTUALE

L'edificio si colloca in località Maccarese, nel comune di Fiumicino, in zona a traffico veicolare di tipo urbano, comodamente raggiungibile dai mezzi pubblici.

E' ubicato al centro di un lotto di terreno, nel quale l'unico ingresso pedonale e carrabile, si trova su Viale Castel S. Giorgio verso il quale affaccia anche il fronte principale dello stabile.

Il fabbricato risulta circondato da un parco verde caratterizzato da alberi ad alto fusto a folta chioma. L'entrata principale è molto arretrata rispetto alla strada e questo gli garantisce in discreto livello di privacy e filtro nel confronto dei rumori del traffico veicolare esterno.

Tipologicamente è ascrivibile all'edilizia storica degli anni "trenta". E' di semplice ed essenziale fattura. Ha subito interventi e modifiche non essenziali.

Consta di un corpo edilizio autonomo ad "L" costituito da cinque livelli, di cui uno parzialmente interrato per un'altezza di 130 cm circa, avente quattro ingressi (uno per ogni lato dello stabile) ed un quinto ingresso esclusivo per la parte interrata dello stesso.

Nel retro in aderenza con i confinanti si collocano due corpi di edifici minori di servizio e/o per impianti.

Le finestre sono del tipo con chiusura ad avvolgibili.

Strutturalmente si identifica come di tipo murario, con copertura piana fruibile a lastrico solare.

Una consistente parte degli impianti, esclusivamente essenziali, non è adeguata alle specifiche disposizioni legislative vigenti.

I dati distributivi e dimensionali sono leggibili nelle apposite schede e grafici.

L'uso attuale è quello di struttura sanitaria con un pronto soccorso.

B) INTERVENTI EDILIZI ED IMPIANTISTICI NECESSARI ALLA RICONVERSIONE PER ADEGUAMENTO E RISTRUTTURAZIONE

al fine di soddisfare tutti i requisiti minimi necessari alla realizzazione dell'OdD e del CADS nell'edificio così come descritto, è stata predisposta la seguente scheda informativa.

□ OPERE EDILIZIE

- ✓ demolizione e ristrutturazione pareti interne per nuova distribuzione funzionale
- ✓ adeguamento strutturale di alcune zone modificate nelle murature portanti
- ✓ costruzione di un ascensore esterno per persone su tre livelli
- ✓ costruzione di montalettighe interno su quattro livelli
- ✓ costruzione di montacarichi e vivande interno su quattro livelli

- ✓ costruzione di rampe di scale di sicurezza esterne in acciaio per quattro livelli;
- ✓ infissi interni ed esterni con vetri atermici;
- ✓ opere di finiture interne ed esterne dell'edificio di tutti i corpi dell'edificio, pavimentazione e controsoffittature;
- ✓ opere di sistemazioni esterne per il verde, parcheggi, viabilità e di segnaletica;
- ✓ opere per eliminazione di barriere architettoniche;
- ✓ locali tecnici.

□ OPERE IMPIANTISTICHE

- ✓ impianti elettrici e speciali
 - ◆ illuminazione interna ed esterna;
 - ◆ potenza per macchine ed apparecchiature;
 - ◆ comunicazione ed informatizzazione;
 - ◆ segnalazione ed emergenza;
 - ◆ allarme e sicurezza;
 - ◆ antenna televisiva;
 - ◆ terra totale;
 - ◆ gruppo di continuità ed elettrogeno;
 - ◆ parafulmine;
 - ◆ ascensori e montacarichi.
- ✓ impianti idrici
 - ◆ modifica rete interna calda e fredda;
 - ◆ ristrutturazione locali igienici normali;

- ◆ ristrutturazione locali igienici per disabili ed assistiti;
- ◆ reti di scarico;
- ◆ accumulo con autoclave;
- ◆ tisaneria, nutrizionali e lavandini,
- ✓ impianti di riscaldamento, climatizzazione e ricambio aria completi e con stoccaggi;
 - ◆ riscaldamento acqua sanitaria con accumulo;
 - ◆ evaquatori di fumo e gas.
- ✓ impianti gas medicali, vuoto, ossigeno, aria con reti e depositi
- ✓ impianti solari per la produzione di energia elettrica ed acqua calda.

C) IL PROGETTO

in generale, la distinzione per aree funzionali di residenza, di terapia e di supporto sono specificatamente elencate nella tabella allegata. Tutti i requisiti minimi di tipo strutturale, tecnologico, di integrazione funzionale ed organizzativa, devono rispettare quelli definiti dal relativo atto di indirizzo e coordinamento approvato dal Presidente del consiglio dei Ministri e debbono soddisfare le esigenze di elevata personalizzazione dell'assistenza, il benessere ambientale, la fruibilità degli spazi ed il benessere psicologico, sia del paziente che del suo familiare.

D) DOTAZIONI TECNOLOGICHE

Per completezza si ritiene di indicare, anche, alcune necessarie dotazioni di ordine tecnologico per definire "pronta all'uso" la struttura.

□ MATERIALI ED ATTREZZATURE

- ✓ arredi comprendenti tavoli e sedie, poltrone, stoviglie e vasellame per cucina, carrelli e armadi;
- ✓ ausili e presidi includenti materassi e cuscini antidecubito, carrozzelle, sollevatori-trasportatori, barelle-doccia, vasche da bagno per disabili,
- ✓ apparecchiature includenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per piccola chirurgia;
- ✓ arredi per sala polivalente;
- ✓ scrivanie, sedie, mobili archivio, computer, stampanti, modem, video, registratori;
- ✓ altare, inginocchiatoi, scaffalatura, portabara;
- ✓ apparecchiature illuminanti particolari;
- ✓ arredamenti per studi medici ed ambulatori.

TABELLA AREE FUNZIONALI

□ DEGENZE

- ✓ camere singole per non autosufficienti con WC
- ✓ camere singole e doppie con caratteristiche normali con WC
- ✓ servizi: tisaneria - preparazione nutrizionale - farmacologici - depositi (biancheria, attrezzature, lavapadelle) - assistenti
- ✓ saletta visite esterne

□ DIAGNOSI E CURA

- ✓ ambulatori specialistici n° 3 con attesa
- ✓ studio medico generico
- ✓ infermieristica
- ✓ medicheria
- ✓ radiologia - gastroscopia - elettrocardiologia
- ✓ assistenza infermieri
- ✓ psicologo - assistente sociale
- ✓ fisioterapia
- ✓ bagno assistito

□ AREE GENERALI DI SUPPORTO

- ✓ accoglienza, telefono, percorsi - attesa
- ✓ servizi igienici generali
- ✓ guardaroba (biancheria - pulito - sporco)
- ✓ spogliatoio personale - WC
- ✓ sala polifunzionale - riunioni - ristoro - lettura - conversazione

- ✓ amministrazione - archivio
- ✓ cucina - dispensa - frigo
- ✓ magazzini
- ✓ morgue
- ✓ locali tecnici impianti
- ✓ solarium.

TABELLA SUPERFICI DI PROGETTO

PIANI	AREA FUNZIONALE DEGENZE	AREA FUNZIONALE DIAGNOSI E CURE	AREA FUNZIONALE GENERALE E DI SUPPORTO	TOTALI DI PIANO
TERZO			Scala + impianti 14	14
SECONDO	Camera+w.c. 23 Tisaneria 8 Assistenza 9	Assistenza infermieristica 7	Locale tecnico 15 Scala + impianti + percorsi 34 WC 3 Rip. 3 Solarium 197	299
PRIMO	Camere+w.c. 174 Visite esterne 22 Camera n.a. + w.c. 25	Infermieristica 22	Percorsi 71,19 Impianti 8,81 107 Scale 25,61 WC 6 Rip. 3 Biancheria 4	363
TERRA	Nutrizionale 6 Camera n.a. + w.c. 25	Ambulatori specialistici + w.c. 72 Medicheria 22 Studio medico + w.c. 19	Attesa + percorsi + scale + impianti 115 Biancheria 5 Sala polifunzionale 48 Amministrazione 21 Barelle 17 Ripostiglio 3 WC 6	359
AREA ESTERNA			Ambulanza 19 Morgue 32 Autoclave + magazz. 30	81
SEMI INTERRATO		Radiologia 51	Personale 50	

SEMI INTERRATO		Fisioterapia 54 Psicologo+ assistente soc. 13 Bagno assistito 13	Cucina + dispensa + frigo 37 Percorsi + attesa + scale + impianti 80 Magazzino 15 Guardaroba 16 Biancheria 16 WC 12	357
TOTALI	292	273	908	1473

TABELLA DEI COSTI PREVISTI

Il calcolo sommario della spesa è stato effettuato con l'applicazione di parametri desunti da interventi similari realizzati.

□ OPERE EDILIZIE

- ✓ muratura per divisori interni in laterizio portante
- ✓ muratura portante per canna ascensore e montacarichi
- ✓ demolizione, ristrutturazione ed adeguamento di alcune murature portanti
- ✓ esecuzione di nuove aperture e chiusure su pareti esterne
- ✓ revisione generale manti di copertura
- ✓ demolizione totale e rifacimento intonaci antiumidità ed antimuffa interni in verticale ed orizzontale
- ✓ rimozione e sostituzione di infissi esterni in legno di castagno con cristalli atermici ed antisfondamento
- ✓ realizzazione di pareti interne in laterizio leggero
- ✓ demolizione e rifacimento pavimenti
- ✓ rifiniture connesse
- ✓ tinteggiature totali
- ✓ controsoffittature in pannelli isolanti
- ✓ servizi igienici completi di apparecchiature sanitarie e specialistiche
- ✓ scala di sicurezza metallica esterna
- ✓ sistemazione esterna
- ✓ abbattimento barriere architettoniche

- ✓ integrazione edilizia agli impianti termici, elettrici e speciali, idrici.

Totale spesa a corpo, mq. 1473.00 circa, € 840.000,00

□ IMPIANTI E DOTAZIONI TECNOLOGICHE

◆ TERMICO

- ✓ impianto termico costituito da gruppo di condizionamento, sezionato per piani
- ✓ impianto termico di riscaldamento acqua igienica con accumulo
- ✓ evacuatori di fumi e di gas
- ✓ ricambio aria

◆ ELETTRICO E SPECIALE

- ✓ gruppo elettrogeno
- ✓ impianti elettrici di forza, di illuminazione, di comunicazione interna ed esterna e di informatizzazione compresi di apparecchiature di comando ed illuminanti
- ✓ ascensori portalettighe per disabili e montacarichi
- ✓ illuminazione del parco
- ✓ impianti di sicurezza e di allarme
- ✓ protezione scariche atmosferiche

◆ IDRICO

- ✓ impianti idrici di adduzione e distribuzione acqua di rete completi e funzionanti

- ✓ impianti di scarico acque meteoriche, chiare e reflue completi con pozzetti e funzionanti
- ✓ impianto innaffiamento del parco
- ✓ impianto di utilizzazione di acqua di raccolta e riserva
- ✓ impianto antincendio
- ✓ autoclave
- ✓ arredi comprendenti tavoli e sedie, poltrone, stoviglie e vasellame per cucina, carrelli e armadi;
- ✓ ausili e presidi includenti materassi e cuscini antidecubito, carrozzelle, sollevatori-trasportatori, barelle-doccia, vasche da bagno per disabili,
- ✓ apparecchiature includenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per piccola chirurgia;
- ✓ arredi per sala polivalente;
- ✓ scrivanie, sedie, mobili archivio, computer, stampanti, modem, video, registratori;
- ✓ altare, inginocchiatoi, scaffalatura, portabara;
- ✓ apparecchiature illuminanti particolari;
- ✓ arredamenti per studi medici ed ambulatori.

Totale spesa impianti e dotazioni tecnologiche a corpo,
 € 902.000,00

□ ALTRE SPESE PREVISTE

- ✓ lavori in economia

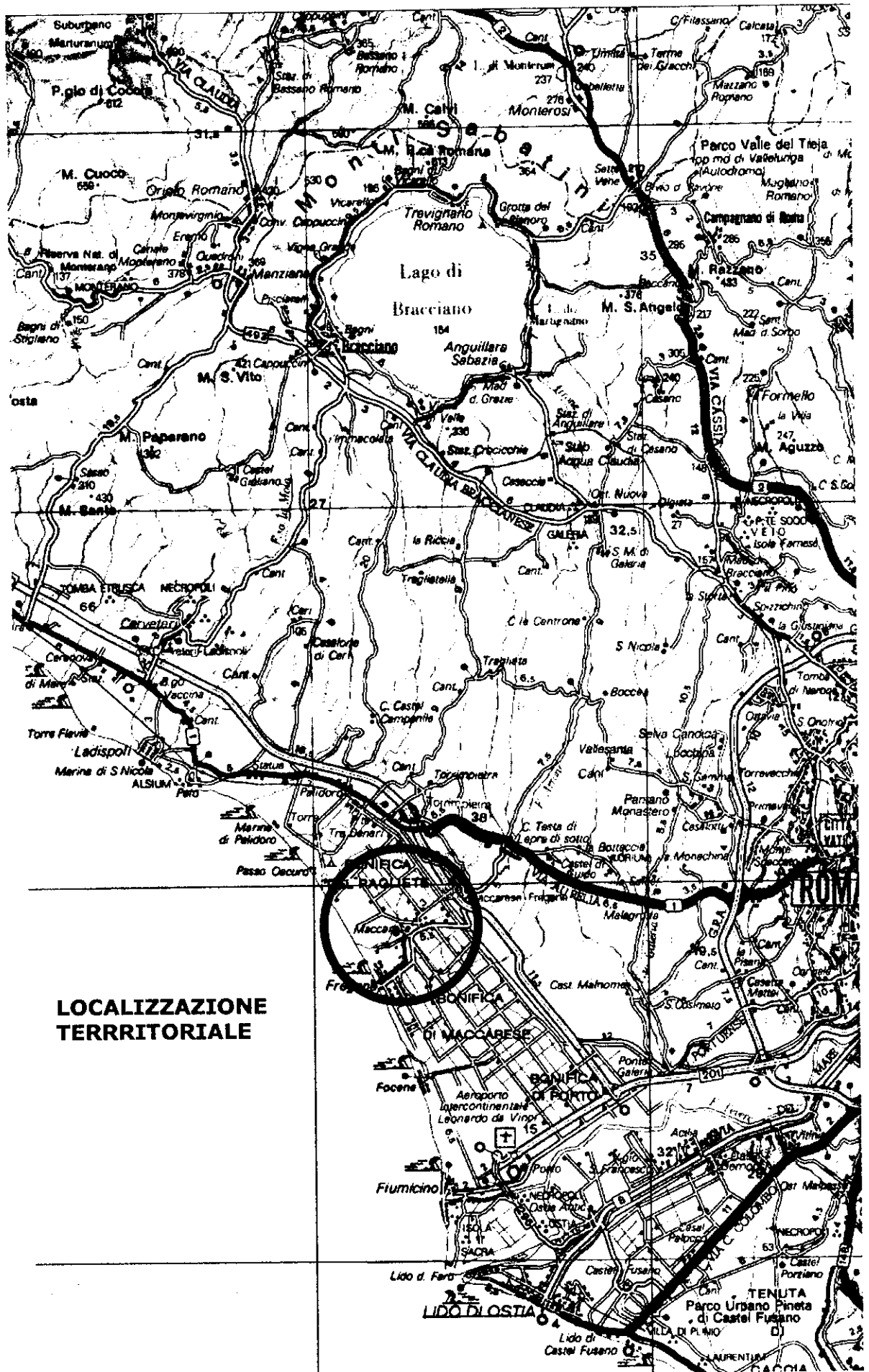
- ✓ rilievi, accertamenti
- ✓ allacciamenti ai pubblici servizi
- ✓ imprevisti
- ✓ accantonamento di cui all'art. 26 c. 4, legge 1091/94
- ✓ spese tecniche relative alla progettazione, alle necessarie attività preliminari, al coordinamento della sicurezza in fase di progettazione, alle conferenze dei servizi, alla direzione lavori, al coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione, assistenza giornaliera e contabilità, assicurazione dei dipendenti
- ✓ spese per attività di consulenza o di supporto
- ✓ eventuali spese per commissioni giudicatrici
- ✓ spese per accertamenti di laboratorio e verifiche tecniche previste dall'eventuale capitolato speciale d'appalto, collaudo tecnico amministrativo, collaudo statico ed altri eventuali collaudi specialistici.

Totale altre spese, a corpo, € 360.000,00

RIEPILOGO GENERALE COSTI E SPESE PER LA REALIZZAZIONE DEL
CENTRO DIURNO E DELL'OSPEDALE DI DISTRETTO

Opere edilizie	€	840.000,00
Impianti e dotazioni tecnologiche	€	902.000,00
Altre spese	€	360.000,00
TOTALE GENERALE	€	2.102.000,00

IVA ESCLUSA



**LOCALIZZAZIONE
TERRITORIALE**

ASSISTENZA DOMICILIARE

N° 25 UTENTI PRESI IN CARICO

PREMESSA

L'invecchiamento della popolazione ed il cambiamento radicale del concetto di "stato di salute o di benessere" possono spiegare il fenomeno che si è verificato in Italia negli ultimi anni e relativo all'aumento considerevole della domanda di servizi socio-sanitari da parte della popolazione.

Tra le varie soluzioni alternative che il SSN ritiene utile per allentare la pressione sugli ospedali, l'assistenza domiciliare viene invocata come una risposta assistenziale in grado di garantire servizi efficaci ad un costo minore, sia riducendo la durata della degenza sia evitando le ospedalizzazioni improprie di pazienti con patologie di tipo cronico-degenerativo e che necessitano di cure per un lungo periodo di tempo.

Gli obiettivi del progetto sono la realizzazione di un sistema di cure domiciliari in grado di:

- Favorire la deospedalizzazione,
- Favorire la permanenza della persona ammalata nel proprio ambiente di vita garantendo un'assistenza globale;

- Supportare la persona e la famiglia nella fase avanzata della malattia, utilizzando tutte le potenzialità della persona, della sua famiglia e dell'ambiente circostante.

Il ricorso all'assistenza domiciliare è appropriato quando una persona preferisce restare presso la sua casa, ma necessita di trattamenti che non possono essere assicurati dai familiari e/o conviventi.

L'assistenza domiciliare, quindi, può riguardare:

- Anziani con compromessa capacità fisica che scelgono di vivere una vita indipendente e non istituzionalizzata;
- Persone giovani portatrici di disabilità o patologie acute gravi;
- Bambini con malattie croniche per assicurare la possibilità di ricevere trattamenti medici a volte anche sofisticati nella sicurezza affettiva del proprio ambiente familiare;
- Bambini e adulti negli ultimi giorni della loro vita o dopo una dimissione ospedaliera.

LA SITUAZIONE ITALIANA

In Italia l'assistenza domiciliare viene svolta dalla quasi totalità delle AUSL e dei Comuni, talvolta in maniera autonoma tra di loro, a volte in forma coordinata.

Ma, nonostante questa diffusione quasi capillare, l'assistenza domiciliare rappresenta spesso solo una voce quasi marginale nel capitolo di bilancio delle Aziende Sanitarie.

In realtà, sull'assistenza domiciliare si investe ancora poco e, quando si investe, quasi sempre lo si fa in maniera pressoché impropria.

Infatti, solo di recente, e questo progetto ne recepisce immediatamente l'esigenza, l'assistenza domiciliare integrata viene percepita a livello istituzionale come un complemento efficiente (ed a volte, probabilmente, un'efficace alternativa economica) dell'assistenza ospedaliera. Questo anche perché non esiste una tradizione di studi costo-efficacia dell'assistenza domiciliare rispetto alle altre forme di assistenza territoriale o residenziale.

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore di persone portatrici di patologie croniche ed invalidanti è uno degli obiettivi individuati dal Piano Sanitario Nazionale 2001-2003.

Per quanto riguarda malati al termine della vita, lo stesso PSN 2001-2003 individua tra le azioni: *dotare le aziende sanitarie di una rete di assistenza domiciliare e residenziale (...), accessibile e gestita da personale idoneamente formato. Ogni elemento componente della rete deve essere accessibile e raggiungibile da*

parte dei cittadini e deve essere prevista e favorita ogni possibile forma di collaborazione tra strutture pubbliche e private accreditate ed enti o organizzazioni del volontariato, operanti sul territorio, in particolar modo tra i servizi di medicina primaria e le strutture ospedaliere, al fine di garantire una reale continuità assistenziale e terapeutica.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE

“Non esiste una definizione di assistenza domiciliare precisa ed universale, ma essa può avere differenti significati in contesti geografici diversi” (F/T/P SubCommittee on Long Term Care, Canada 1990).

A livello internazionale, e nei Paesi dove l'assistenza domiciliare si è maggiormente sviluppata, esistono attualmente tre diversi modelli di assistenza domiciliare:

- Un modello di ospedalizzazione a domicilio in grado di rispondere a bisogni e necessità di persone che altrimenti entrerebbero e resterebbero in un circuito di risposte assistenziali per acuti (ospedali ecc.);
- Un modello in grado di rispondere a bisogni e necessità di persone con patologie che richiedono periodi prolungati di assistenza e che, altrimenti, verrebbero istituzionalizzati in reparti o strutture di lungodegenza;

- Un modello che, in un ambiente familiare, ha come obiettivo il mantenimento dello stato di salute e la prevenzione di eventuali peggioramenti dello stato fisico e funzionale al fine di ridurre l'eventuale istituzionalizzazione.

In Italia con il termine generico di “assistenza domiciliare” vengono attualmente compresi molti *servizi sia socio-assistenziali che sanitari forniti a casa per le persone non autosufficienti (in fase cronica o terminale di malattia) che necessitano di trattamenti medici, infermieristici, di riabilitazione, sociali e/o di aiuto per lo svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.*

A) L'ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA

Per le persone affette da malattie gravi ed impossibilitate a raggiungere con mezzi normali i luoghi per le cure di cui hanno bisogno (perché non autosufficienti o anche soltanto, ad esempio, perché abitanti ai piani alti di un edificio. In questo tipo di assistenza sono coinvolti: il MMG e, a seconda delle necessità, medici specialisti, infermieri e assistenti sociali.

B) L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

L'ADI consiste in un servizio continuativo, in cui diverse figure professionali (medici specialisti, infermieri, fisioterapisti e

assistenti sociali, ecc.) sono necessarie a gestire una specifica condizione di malattia nell'ambito di un piano assistenziale che prevede anche il coinvolgimento dei familiari e/o conviventi. L'assistenza domiciliare integrata si distingue da quella semplice descritta prima in quanto quest'ultima non richiede alcun coordinamento di competenze professionali diverse, anche se queste, quando necessarie, possono essere chiamate in campo.

C) L'OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

Vengono garantite tutte le prestazioni normalmente erogate in ospedale. La responsabilità della cura del malato non ricade più sul medico di medicina generale, bensì sulla divisione ospedaliera di riferimento. È ovvio che questo tipo di assistenza richiede, oltre a una particolare disponibilità dei familiari, l'esistenza di sufficienti garanzie sulla possibilità di sostenere i livelli di cura su

standard ospedalieri anche fra le mura domestiche. Le malattie più suscettibili di ospedalizzazione domiciliare sono le malattie cerebrali croniche, i tumori, le ischemie cardiache, le malattie dei vasi sanguigni periferici, le complicanze di stati prolungati di immobilità. Naturalmente, l'ospedalizzazione domiciliare è anche raccomandabile per i malati cronici anziani e ai malati in fase terminale. All'ospedalizzazione domiciliare si può anche ricorrere

per anticipare le dimissioni dall'ospedale, evitando o riducendo gli effetti negativi che ogni degenza prolungata comporta.

D) TELESOCCORSO E TELEASSISTENZA

E' attivato da numerose AUSL o Enti locali, in genere a favore delle persone anziane. Mentre il '118' è finalizzato all'attivazione di interventi esclusivamente medici, il telesoccorso e la teleassistenza si pongono soprattutto come supporto sociale e psicologico.

LA SITUAZIONE LOCALE NELLA REGIONE LAZIO

Nel mese di maggio 1999 l'Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute ha aderito alle iniziative promosse dal Ministero della Sanità, di concerto con la Presidenza del Consiglio dei Ministri e con la Conferenza Stato-Regioni concernenti il riparto dell'accantonamento del 3% del fondo sanitario nazionale 1998 – parte corrente – per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, a norma dell'art. 1, commi 34 e 34/bis della legge n. 662/1997.

Infatti il Ministero della Sanità nel gennaio 1999 aveva fornito alle Regioni le indicazioni per la predisposizione dei progetti, con la precisazione dei quattro obiettivi prioritari del piano sanitario

nazionale 1998-2000 tra cui *il potenziamento dell'assistenza domiciliare.*

Con il potenziamento dell'assistenza domiciliare la Regione intendeva perseguire le seguenti finalità: a) garantire a tutti i cittadini non autosufficienti l'accoglimento della richiesta di assistenza domiciliare, che consente la permanenza del paziente nel proprio domicilio con conseguente miglioramento della qualità della vita e assicura la tutela socio-sanitaria; b) evitare ricoveri ospedalieri impropri o ridurre la durata dei ricoveri ospedalieri, evitando disagi ai pazienti ed ai loro familiari e riducendo i costi dell'assistenza sanitaria.

Mediante la realizzazione del programma di potenziamento dell'assistenza domiciliare si volevano raggiungere i seguenti obiettivi:

- Incremento degli utenti del servizio, dagli 23.000 alle 28.000 unità;
- Potenziamento delle équipes operative, tramite l'assunzione di personale anche a tempo determinato (l'assunzione di almeno 350-400 operatori, appartenenti alle varie qualifiche professionali, cioè medici, assistenti sociali, infermieri, terapisti della riabilitazione, amministrativi);
- Incremento delle prestazioni domiciliari (da 870.000 a 1.400.000 nell'arco dell'anno considerato);

- Avvio della sperimentazione (nelle tre AUSL prescelte) dell'assistenza domiciliare attiva 24 ore su 24.

Per il monitoraggio delle diverse fasi di realizzazione dei progetti aziendali è stato costituito un apposito gruppo di lavoro.

Per la valutazione dei risultati, è stata predisposta una batteria di 22 indicatori per i CAD delle aziende USL, mediante i quali *“dovranno essere misurati i tassi di variazione semestrali relativi al numero degli utenti, delle prestazioni erogate, delle liste di attesa, dei ricoveri ospedalieri di utenti in assistenza domiciliare e quant'altro”*. Per misurare il livello di gradimento del servizio da parte degli utenti e dei loro familiari è stato predisposto un questionario che avrebbe dovuto essere somministrato a tutti gli utenti di tre CAD, appartenenti rispettivamente ad una AUSL romana, ad una AUSL della provincia di Roma, ad una AUSL di altra provincia del Lazio. Siamo in attesa dei risultati della sperimentazione. Il problema vero è, però, che nessuna delle Aziende Sanitarie del Lazio svolge Assistenza Domiciliare Integrata. Risulta pertanto difficile ipotizzare risultati clamorosi.

ALCUNE CONDIZIONI NECESSARIE

Il PSN 1998-2001 identificava con molta chiarezza le condizioni necessarie per realizzare una ADI corretta:

- Pianificazione organica delle unità d'offerta nel distretto;
- Criteri d'intensità e complessità assistenziale prescelti per l'accesso e la dimissione;
- Valutazione multidimensionale;
- Globalità dei piani di cura (comprendendo anche gli aspetti amministrativi e finanziari), continuità terapeutica degli interventi e collaborazione tra operatori sociali e sanitari;
- Valutazione evolutiva degli esiti;
- Valutazione possibile dei costi delle decisioni e dei risultati;
- Possibilità d'analisi e valutazioni settoriali autonome per Comuni ed AUSL che devono inserirle nella rete dei servizi di loro competenza;
- Collaborazione delle famiglie.

Anche se bisogna essere consapevoli della difficoltà operativa per implementare un modello con tutte le caratteristiche richieste, è necessario osservare come tutte queste condizioni, in realtà, rappresentano, più che i punti di forza, gli aspetti critici della situazione in Italia.

La difficoltà da parte delle AUSL di realizzare tutte le condizioni sopra descritte rendono difficile a tutt'oggi in Italia stabilire se l'assistenza domiciliare può essere considerata una risposta assistenziale efficiente, rispetto ad altre soluzioni di tipo residenziale.

Quello dell'utilità costo/efficacia dell'assistenza domiciliare è un problema ancora ampiamente dibattuto sia a livello italiano che internazionale e lungi dall'aver trovato delle risposte certe. Questo progetto di sperimentazione vuole dimostrare l'efficacia e l'efficienza di nuovi modelli.

Esistono attualmente studi che dimostrano l'efficienza dell'assistenza domiciliare rispetto ad altre forme di assistenza di tipo residenziale. E' questo il caso del Canada e di alcuni preliminari studi effettuati in Italia.

Quasi tutti gli studi svolti negli Stati Uniti sembrano invece dimostrare il contrario. Nella maggior parte dei casi la differenza fondamentale tra questi studi sembra essere la tipologia di modello offerto (fortemente integrato quello canadese, molto incentrato sugli aspetti sanitari quello statunitense).

Tutti gli studi hanno ampiamente dimostrato, comunque, che non esiste un modello universale di assistenza domiciliare che possa essere efficace in maniera simile su diverse popolazioni e diversi contesti territoriali e socio-economici. Mentre in Paesi in cui il sistema di cure domiciliari è più avanzato, i tre diversi modelli di assistenza a domicilio (per lungodegenti, per ospedalizzati e per soggetti a rischio di sviluppare patologie) vengono considerati come diversi servizi all'interno di un unico sistema assistenziale,

in Italia quello che viene offerto dal territorio è un servizio che tende ad affrontare e risolvere troppe problematiche diverse per essere effettivamente efficace ed economicamente valido. Spesso lo stesso servizio di assistenza domiciliare territoriale (anche se integrata) assiste malati oncologici al termine della vita e persone non autosufficienti che hanno bisogno della somministrazione quotidiana di insulina. Uniformare sotto un unico servizio tutte queste condizioni può compromettere la validità dell'intero sistema. Si rischia di fornire un servizio insufficiente per chi ha molte necessità assistenziali ed un servizio estremamente costoso in caso di persone che richiedono una bassa intensità assistenziale.

Non si può prescindere da un'analisi del territorio (risorse esistenti, punti di forza e di debolezza) per individuare le criticità su cui intervenire con le cure a domicilio. I diversi modelli di assistenza domiciliare devono essere modulati sulle reali necessità territoriali. Questo, sia per migliorare l'efficacia, ma anche l'economicità del sistema.

La perfetta conoscenza:

- Della popolazione (persone più a rischio di ospedalizzazione, percentuale di popolazione anziana non autosufficiente , presenza di portatori di handicap ecc.);
- Dei servizi (residenziali, di ricovero, diurni) che il territorio offre;

- Della sensibilità e delle professionalità degli operatori nei confronti dell'assistenza domiciliare;

permettono di determinare in maniera efficace quanto investire sui servizi domiciliari.

Purtroppo, quasi sempre le scelte delle ASL debbo tener conto soltanto delle (pur legittime) valutazioni di tipo politico, prescindendo da analisi di questo tipo.

Un efficiente sistema di assistenza domiciliare va costruito territorialmente soprattutto sulla base dell'esistente.

Analizzando la normativa nazionale e regionale ci si rende conto che quasi sempre l'assistenza domiciliare viene invocata come una forma di assistenza che *costa poco* e, quindi, sempre più auspicabile in un sistema politico il cui principale interesse è quello di far quadrare i conti. Contestualmente, soprattutto dal punto di vista tecnico, molte persone anche in Italia ritengono che una delle poche utilità dell'assistenza domiciliare in realtà sia quella di garantire la sopravvivenza al sistema di imprese sociali. Secondo questi ricercatori o operatori sanitari, con l'assistenza domiciliare si spende effettivamente poco, ma per non ottenere nulla oppure si spende molto avendo, al contrario, solo l'illusione di ottenere un risparmio attraverso lo spostamento dei costi su altre risorse (anche informali).

Entrambe queste posizioni individuano elementi giusti e sbagliati.

L'assistenza domiciliare non può essere evidentemente considerata la risoluzione di tutti (o molti) i problemi della sanità italiana.

L'assistenza domiciliare è una risorsa utile, efficace a patto che venga costruita rispettando alcuni criteri fondamentali e, soprattutto che venga modulata, da parte delle AUSL, avendo chiaro l'obiettivo che si vuole raggiungere: se lo scopo è la riduzione dell'ospedalizzazione (perché è questa l'esigenza che la AUSL sente come prioritaria) il target dovrà essere scelto tra la fascia di popolazione che è stata analizzata essere più soggetta al ricovero improprio; se lo scopo è quello di migliorare la qualità della vita andrà implementato un sistema che vede nel MMG il fulcro dell'assistenza attraverso incentivi e programmi di formazione.

A fronte dell'utilità di regionalizzazione o addirittura di territorializzazione dell'assistenza domiciliare cui si accennava prima, sarebbe oggi necessaria una *normativa nazionale* che detti i criteri generali all'interno dei quali possano muoversi efficacemente le applicazioni operative regionali.

Sarebbero necessarie *linee guida* che orientino il lavoro delle strutture di assistenza domiciliare secondo criteri oggettivi di evidenza scientifica.

Il progetto prevede anche momenti di ricerca in tal senso.

L'assistenza domiciliare non può più (o solo) essere svolta a livello di volontariato ma occorre una regolamentazione e razionalizzazione dei requisiti gestionali e tecnico/organizzativi degli organismi, sia pubblici che privati, che intendono svolgere servizi di assistenza domiciliare.

Dovrà essere garantito alle famiglie il necessario sostegno economico e di servizi per aiutarli a sopportare un peso assistenziale ad un costo maggiore.

E' necessario, inoltre, implementare gli studi costo/efficacia che diano delle evidenze certe sui potenziali vantaggi dell'assistenza domiciliare.

CONTENUTI E SPECIFICITÀ DEL PROGETTO

Sulla base delle precedenti considerazioni, con il presente progetto - da realizzarsi all'interno del territorio della AUSL RmD - si intende costruire un modello di assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria con la partecipazione attiva:

- Dei servizi del territorio della AUSL;
- Dei servizi sociali dei Municipi coinvolti;
- Delle strutture del privato sociale.
- Dei medici di medicina generale (MMG).

La sperimentazione di questo modello di assistenza domiciliare, anche attraverso uno studio prospettico fornirà alle istituzioni interessate alcuni elementi utili a rispondere alle seguenti questioni:

Un modello di assistenza domiciliare integrata ad alta intensità assistenziale basato:

- sull'effettiva integrazione tra i servizi sanitari e socio-assistenziali;
- sull'adozione di un piano assistenziale personalizzato e;
- sulla responsabilità del servizio da parte del MMG, è in grado di:

1. migliorare la qualità della vita di persone dimesse dall'ospedale e portatrici di condizioni cliniche collegate ad alcune patologie cronico-degenerative e

2. di contenere la spesa a carico della AUSL mediante la diminuzione al ricorso alla istituzionalizzazione.

FASI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto, nella parte riguardante l'assistenza domiciliare, sarà realizzato in sette fasi che vengono descritte schematicamente di seguito:

FASE	I
AZIONE	<p>Individuazione della popolazione da inserire nella sperimentazione. Screening della popolazione con almeno un ricovero ospedaliero per individuare le condizioni cliniche e socio-economiche che aumentano il rischio di reospedalizzazione.</p> <p>Corte di controllo: popolazione omogenea in un altro distretto con servizi di territorio "convenzionali".</p>
STRUMENTI	Cartella di Valutazione multidimensionale
ATTORI	<ul style="list-style-type: none"> - ASL - Servizi di assistenza domiciliare sanitaria del territorio (CAD) - Servizi di assistenza domiciliare sociale del territorio (servizi sociali) - Medici di medicina generale (MMG) - Privato sociale - Centri di ricerca
RISULTATI ATTESI	Creazione di un data base territoriale di notizie cliniche e socio-economiche.

In questa fase e per i fini di questo progetto si considerano soggetti destinatari di un'attività di assistenza domiciliare integrata i residenti in un distretto della AUSL RmD con le seguenti caratteristiche:

- età superiore ai 65 anni;
- con almeno un ricovero ospedaliero negli ultimi 6 mesi (presenza di una SDO);

medico di medicina generale di riferimento coinvolto nel progetto;

necessità documentate di assistenza domiciliare integrata (grado di autosufficienza; necessità di supporto assistenziale, natura del supporto assistenziale).

Questa fase deve condurre alla identificazione dei soggetti a rischio di istituzionalizzazione o re-istituzionalizzazione e per i quali, quindi, l'assistenza domiciliare integrata può rappresentare la forma più appropriata di assistenza.

La corte di controllo è costituita da un gruppo omogeneo di residenti in un altro distretto con assistenza domiciliare di tipo convenzionale.

Dovrà essere identificato lo strumento di valutazione tra quelli validati in Italia.

FASE	II
AZIONE	Valutazione del costo sociale e sanitario sostenuto per la popolazione di riferimento
STRUMENTI	Bilanci aziendali e degli enti locali
ATTORI	-Servizi amministrativi delle ASL e degli Enti locali -Centri di ricerca specifici
RISULTATI ATTESI	Costo personale dell'assistenza socio-sanitaria per categoria di utente

FASE	III
AZIONE	Individuazione dei servizi territoriali che entrano in gioco nel processo assistenziale
STRUMENTI	Data base enti locali, interviste ad operatori, familiari e malati.
ATTORI	-Operatori formati -Centro di ricerca
RISULTATI ATTESI	Mappatura ragionata e per coefficiente di importanza delle risorse formali ed informali del territorio

Scopo delle fasi II e III è quello di ottenere dei dati attendibili sulla situazione attuale sia dal punto di vista dei costi sostenuti dall'Azienda per la popolazione oggetto dello studio sia da quello delle risorse formali, istituzionali ed informali che intervengono nel processo assistenziale.

FASE	IV
AZIONE	Individuazione a livello distrettuale dell'UO sperimentale di progetto (figure professionali)
STRUMENTI	Accordi di programma
ATTORI	AUSL, Enti locali, Organismi del privato sociale, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Centri di ricerca
RISULTATI ATTESI	Composizione dell'équipe integrata.

FASE	V
AZIONE	Formazione degli operatori del pubblico e del privato
STRUMENTI	Corso di formazione ed aggiornamento
ATTORI	Medici di medicina generale, infermieri professionali, assistenti sociali, psicologi, assistenti domiciliari e dei servizi tutelati, educatori, terapisti della riabilitazione, analisti, centri di ricerca
RISULTATI ATTESI	Equipe specializzata

Le fasi IV e V sono dedicate alla identificazione ed alla formazione dell'équipe che partecipa al progetto. Andranno identificate delle persone fortemente motivate a lavorare in un progetto innovativo ed in équipe. Il personale, oltre ai MMG coinvolti, dovrà essere assicurato dalla AUSL (medici specialisti, infermieri professionali e terapisti), dai Municipi (assistenti

sociali), dalle imprese sociali (assistenti domiciliari e dei servizi tutelari, infermieri professionali terapisti – qualora non disponibili dalla AUSL -), da Centri di ricerca, ASP – (analisti). La retribuzione del personale coinvolto dovrà ricadere sui costi del progetto.

FASE	VI
AZIONE	Attivazione del servizio
STRUMENTI	Società mista pubblica – privato
ATTORI	Equipe di ADI
RISULTATI ATTESI	Numero di utenti seguiti in un anno: circa 100

FASE	VII
AZIONE	Analisi dei dati
STRUMENTI	Software specifici
ATTORI	Centro di ricerca, ASP, Università
RISULTATI ATTESI	Pubblicazione dei risultati

Gli indicatori di risultato da analizzare, in entrambi i gruppi di popolazione inseriti nello studio, dovranno essere:

Utenti del servizio

- Qualità della vita
- Soddisfazione degli utenti
- Mortalità
- Morbilità
- Ospedalizzazione
- Istituzionalizzazione

Ricorso al Pronto Soccorso
Numero eventi morbosi acuti

Parenti/conviventi/rete informale
Soddisfazione

Operatori dell'équipe
Soddisfazione
numero ore lavorate
numero accessi eseguiti
tipologia delle prestazioni

Patologie
Rapporto tra SDO e patologia/e prevalente/i
Rapporto tra patologia/e prevalente/i e non autosufficienza
Rapporto tra patologia/e prevalente/i, non autosufficienza e
consumo di risorse

Costi
Costo ADI
Costo eventuale ospedalizzazione
Costo eventuale istituzionalizzazione
Costo farmaci
Costo servizi del territorio
Costo familiari

RIEPILOGO GENERALE DELLE ENTRATE PREVEDIBILI

PROVENIENTI DAGLI ENTI PUBBLICI E DALLE QUOTE UTENTI.

DURATA PRESUMIBILE DELLA CONVENZIONE CON GLI ENTI
PUBBLICI ANNI 10 (DIEICI)

HOSPICE

25 PAZIENTI PRESI IN CARICO

€ 175,00 GIORNO PZ X 25 X 365 = € 1.596.875,00

ASSISTENZA DOMICILARE

25 UTENTI PRESI IN CARICO

€ 90,00 GIORNO PZ X 25 X 365 = € 821.250,00

OSPEDALE DI DISTRETTO

12 POSTI LETTO

€ 125,00 GIORNO PZ X 12 X 365 = € 547.500,00

CENTRO DIURNO

15 UTENTI PRESI IN CARICO

€ 75,00 GIORNO PZ X 15 X 365 = € 410.625,00

TOTALE GENERALE

€ 3.376.250,00

TABELLA DELLE VOCI PRINCIPALI PER IL CALCOLO E L'ANALISI DEI COSTI.

IL PROSPETTO/PROGETTO DEI COSTI, COMPLESSIVI E/O DI SINGOLO SERVIZIO E/O DI SINGOLE ATTIVITA' E/O DI SINGOLE OPERE, RAPPRESENTERÀ TITOLO PREFERENZIALE: PUNTO 13 DEL BANDO DI GARA (SOLUZIONI PROGETTUALI)

HOSPICE* 5 posti letto - 25 pazienti presi in carico

*rispettare i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici

Personale

medico specialista
medico di reparto
infermiere
ota
fkt
psicologo
assistente sociale
assistente spirituale
altri consulenti

Altri costi

Farmaci e presidi
Indagini diagnostiche
Gestione
Ristorazione
Costi generali

OSPEDALE DI DISTRETTO* 12 posti letto

*rispettare i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici

Personale

medico specialista
medico di medicina generale
infermiere
ota
fkt

psicologo
assistente sociale

Altri costi

Farmaci e presidi
Indagini diagnostiche
Gestione
Ristorazione
Costi generali

CENTRO DIURNO SEMIRESIDENZIALE* 15 utenti presi in carico

*rispettare i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici

Personale

medico di medicina generale
infermiere
ota
fkt
psicologo
assistente sociale

Altri costi

Farmaci e presidi
Materiale ludico-ricreativo
Gestione
Ristorazione
Costi generali

ASSISTENZA DOMICILIARE* 25 utenti presi in carico

*rispettare i requisiti minimi organizzativi

Personale

Infermiere

Altri costi

Gestione
Presidi

SERVIZIO CATERING E/O MENSA (solo per l'hospice, l'ospedale di distretto e il centro diurno)

Caratteristiche del servizio

Personale

Altri costi

SERVIZIO DI LAVANDERIA (solo per l'hospice, l'ospedale di distretto e il centro diurno)

Caratteristiche del servizio

Personale

Altri costi

FORMAZIONE SPECIALISTICA

Progetto didattico

Personale

Altri costi

RICERCA IN CAMPO SANITARIO

Progetto di ricerca

Personale

Altri costi

RICERCA IN CAMPO ECONOMICO-GESTIONALE

Progetto di ricerca

Personale

Altri costi

SERVIZI ACCESSORI E CONNESSI AI PRECEDENTI (solo per gli aspiranti soci che presentino proposte complessive)

Caratteristiche dei servizi

Personale

Altri costi

SERVIZI PER LA SICUREZZA DELLE PERSONE, DEGLI IMPIANTI E DELLE PROBLEMATICHE AMBIENTALI (solo per l'hospice, l'ospedale di distretto e il centro diurno)

Caratteristiche del servizio

Personale

Altri costi

PROGETTAZIONE DELLA RISTRUTTURAZIONE DEGLI IMMOBILI (solo per l'hospice, l'ospedale di distretto e il centro diurno)
specificare e allegare quanto ritenuto utile

REALIZZAZIONE DELLE OPERE DI RISTRUTTURAZIONE DEGLI IMMOBILI (solo per l'hospice, l'ospedale di distretto e il centro diurno)
specificare e allegare quanto ritenuto utile

MANUTENZIONE ORDINARIA DEGLI IMMOBILI E DEGLI IMPIANTI
(solo per l'hospice, l'ospedale di distretto e il centro diurno)
specificare e allegare quanto ritenuto utile

**AZIENDA
UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA "D"
REGIONE LAZIO**

SCHEMA DI DICHIARAZIONE

da allegare alla domanda per la selezione dei soci per la costituenda S.p.A. di sperimentazione gestionale per la gestione di servizi sanitari e di progettazione, ristrutturazione e manutenzione ordinaria di due immobili nel Comune di Fiumicino in località Palidoro e Maccarese, ai sensi degli articoli 2325 e seguenti del c.c. e dell'articolo 9 bis della legge 229/1999 come risulta modificato dall'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 405/2001.

DICHIARAZIONE

(Artt. 2 e 4 L. 04/01/1968, n. 15 e art. 3 L. 127/1997 e D.P.R. 403/1998)

il sottoscritto

nato a

provincia di (.....) il..... nazionalità

in qualità di.....
(titolare, legale rappresentante, procuratore, ecc..)

della società /associazione/impresa /ente

con sede in

alla Via.....

Codice fiscale

Partita IVA

Codice iscrizione anagrafe nazionale ricerche

timbro e firma del legale rappresentante

Con la presente
D I C H I A R A
di possedere i seguenti
REQUISITI D'ORDINE GENERALE:

- di avere la cittadinanza italiana o di altro Stato appartenente all'Unione Europea, ovvero residenza in Italia per gli stranieri imprenditori ed amministratori di società commerciali legalmente costituite, se appartenenti a Stati che concedono trattamento di reciprocità nei riguardi di cittadini italiani;
- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione previste dalla normativa antimafia;
- l'inesistenza, a proprio carico, di sentenze definitive di condanna passate in giudicato ovvero di sentenze di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per reati che incidono sulla moralità professionale;
- l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contribuzione sociale secondo la legislazione del Paese di residenza;
- l'inesistenza di irregolarità, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse secondo la legislazione italiana o del Paese di residenza;
- che la società/impresa, se richiesto per legge,
.....
è iscritta nel registro delle imprese (o altro organismo equipollente secondo la legislazione dello Stato di residenza) di con il n° dal ___/___/___, per l'attività di
- l'insussistenza dello stato di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o in ogni altra analoga situazione;
- non avere in corso procedure di dichiarazione di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o versare in stato di sospensione dell'attività commerciale;

timbro e firma del legale rappresentante

- non aver commesso, in materia professionale, alcun errore grave;
- l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, attinenti l'osservanza delle norme poste a tutela della prevenzione e della sicurezza sui luoghi di lavoro;
- l'inesistenza di false dichiarazioni circa il possesso dei requisiti richiesti per l'ammissione agli appalti e per il conseguimento dell'attestazione di qualificazione.

Ai sensi dell'articolo 26 della legge 4 gennaio 1968, n° 15, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, la presente dichiarazione è sottoscritta in data

.....

timbro e firma del legale rappresentante

N.B. :

Allegare copia di un valido documento di riconoscimento.

Togliere quanto non dovuto in relazione al soggetto rappresentato e/o al dichiarante.

In caso di associazione temporanea di impresa o altro soggetto appositamente costituito la presente dichiarazione deve essere rilasciata oltre che dal legale rappresentante dello stesso anche dai singoli rappresentanti legali delle imprese/associazioni/enti partecipanti.

**SCHEMA DI CONVENZIONE
PER LA GESTIONE DEI SERVIZI,
PER LE OPERE DI RISTRUTTURAZIONE
E PER EVENTUALI NUOVE INIZIATIVE,
TRA LA SPA MISTA E LE PARTI PUBBLICHE**

CONVENZIONE

TRA

L'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA D -
REGIONE LAZIO - PROVINCIA DI ROMA - COMUNE DI
FIUMICINO - ALTRI ENTI PUBBLICI

E

LA SPA MISTA MAGGIORITARIA DI GESTIONE DI
SERVIZI SANITARI, DI PROGETTAZIONE,
REALIZZAZIONE DI OPERE E LORO MANUTENZIONE,
COME MEGLIO SPECIFICATO NELLO STATUTO

L'anno

il giorno

del mese di

in Roma, nella sede dell'Azienda Unità sanitaria Locale RMD
innanzi al sottoscritto ufficiale rogante dott.

competente ai sensi di legge, senza l'assistenza di testimoni, per
aver i signori intervenuti, d'accordo fra loro, espressamente
dichiarano di rinunciarvi, sono personalmente comparsi:

da una parte il rappresentante legale della

organi il progetto di sperimentazione gestionale predisposto dall'Azienda USL RMD ai sensi dell'articolo 9-bis della legge 229/999 e s.m. facente parte essenziale della presente convenzione, e che dallo stesso risultano individuati gli immobili interessati dagli interventi di trasformazione e ristrutturazione nonché le principali caratteristiche che le prestazioni e le opere dovranno rispettare;

- Che il progetto prevede, ai fini gestionali e di realizzazione degli interventi, la costituzione di una Società mista pubblico-privato a prevalente capitale dell'Azienda Sanitaria RMD;
- Che per la gestione dei servizi, per la progettazione, la ristrutturazione e la manutenzione ordinaria degli immobili e degli impianti si pretende dalla società il rispetto di tutte le norme attinenti ad una corretta gestione ed agli strumenti urbanistici vigenti;
- Che con deliberazione del Direttore Generale della A.USL RMD n. 1142 del 02.08.2002 effettuata ai sensi di legge, è stata indetta la gara per la scelta dei soci privati da ammettere all'acquisto di azioni della predetta società;
- Che con la medesima deliberazione, di cui al punto precedente, è stato, tra l'altro, approvato lo schema della presente convenzione, eventualmente da integrare ed aggiornare, se del caso, con l'offerta o le offerte, formulata/e dai soci privati in sede di gara, o da modificare, ai sensi dell'art. 37 del disciplinare per la selezione dei soci;

- Che previa selezione tramite procedura di evidenza pubblica dei soci, in data con atto notaio dott. si è costituita la Società denominata

TUTTO CIO' PREMESSO

e ratificato dalle parti contraenti e stipulanti, che dichiarano di tenere a valere la su esposta narrativa come parte integrante del presente contratto, le parti medesime convengono e stipulano quanto appresso:

Articolo 1

Oggetto

la presente convenzione regola i rapporti, gli obblighi ed i diritti tra l'Azienda, la Regione Lazio, la Provincia di Roma, il Comune di Fiumicino, gli altri enti pubblici interessati e la Società appositamente costituita ed avente ad oggetto quanto in premessa specificato;

Gli enti pubblici di cui al comma precedente, affidano in via esclusiva, alle condizioni e con le precisazioni stabilite negli articoli che seguono alla società, che accetta, la gestione dei servizi, la progettazione e la realizzazione degli interventi di ristrutturazione e delle opere connesse e di manutenzione ordinaria, come previsto nel progetto e nella presente convenzione.

La società dovrà provvedere:

- **Alla gestione dei servizi:**

- effettuando ricerca epidemiologica;
- applicando le linee guida internazionali nella gestione delle patologie;
- effettuando ricerca e verifica della qualità;
- organizzando formazione continua per gli operatori sanitari e non sanitari;
- promuovendo rapporti con i dipartimenti Universitari funzionali alle attività svolte;
- stipulando, se del caso, accordi e convenzioni esterne con soggetti terzi, nei limiti e con le modalità previste per legge, per l'effettuazione di prestazioni sanitarie integrative;
- garantendo le prestazioni sanitarie (mediche e paramediche) nelle 24 (ventiquattro) ore: normale attività diurna e reperibilità nelle 24 (ventiquattro) ore;
- garantendo che il personale medico seguirà corsi specifici di formazione sulle cure Palliative e corsi di Evidence Based Medicine;
- garantendo che il personale paramedico seguirà corsi specifici di formazione sulla assistenza domiciliare;
- garantendo controlli e verifiche tramite indicatori di processo (degenza media, riduzione del numero dei ricoveri, rapporto costo/beneficio, qualità percepita dal paziente e dai familiari, appropriatezza della presa in carico e dei ricoveri tramite il PRUO modificato) e di esito (fondamentalmente mortalità e morbilità).
- **Alla realizzazione delle opere:**

- provvedendo alla preventiva acquisizione e disponibilità delle degli immobili e delle annesse aree interessate dall'intervento mediante redazione di dettagliato verbale di consegna;
- alla progettazione degli interventi;
- alla approvazione della progettazione e all'acquisizione di tutti i permessi e delle autorizzazioni necessarie;
- alla realizzazione delle opere oggetto della progettazione;
- in particolare restando a carico della società tutte le seguenti attività tecniche e amministrative:
 - studi di fattibilità;
 - predisposizione degli strumenti urbanistici attuativi previsti dal P.R.G.;
 - rilievi, indagini e prove preliminari ed in corso d'opera;
 - predisposizione di tutti gli atti relativi ad eventuali espropri;
 - progettazione fino al livello esecutivo;
 - adempimenti connessi alla sicurezza (Dlgs 626/1994, Dlgs 494/1996);
 - direzione e contabilizzazione dei lavori;
 - assistenza al collaudo;
 - acquisizione di tutti i pareri e nulla osta necessari per legge;
 - alla richiesta e all'ottenimento, in tutte le sedi istituzionalmente competenti, nazionali e comunitarie,

- dei benefici, agevolazioni e finanziamenti possibili per l'iniziativa in oggetto o il suo ampliamento;
- all'espletamento di appalti dei lavori, non realizzati direttamente, mediante procedure di evidenza pubblica ai sensi di legge;
 - atti di identificazione catastale (frazionamenti, mappali, accatastamenti, ecc.);
- **A quanto altro necessario alla migliore realizzazione dell'intervento in oggetto.**

Articolo 2

Durata

La presente convenzione ha durata dalla sottoscrizione, fino al
e può essere automaticamente interrotta per scioglimento della società conseguente al mancato raggiungimento dello scopo sociale nei termini convenuti contrattualmente ovvero ricontrattata per sopravvenuti motivi di interesse generale;
Potrà essere prorogata per un successivo periodo da definirsi tra le parti, nel caso in cui, alla scadenza, si voglia proseguire con la sperimentazione ovvero si voglia integrare la stessa con ulteriori interventi arricchenti;

Articolo 3

Immobili e aree interessate alle opere e loro specificazione

Le aree e gli immobili interessati dagli interventi di trasformazione e ristrutturazione previsti dalla presente convenzione risultano dettagliatamente specificati nel progetto.

Negli immobili e nelle aree individuati sono previsti i lavori e gli interventi specificati nel progetto e nelle sue successive modificazioni e/o integrazioni rese necessarie.

Articolo 4

Obblighi e impegni

La società si obbliga e impegna:

- A perseguire le finalità programmatiche e di sviluppo socio-sanitario territoriale inerenti l'attività di cui è titolare, indicate per la zona di intervento e indicate dagli enti pubblici interessati;
- A realizzare tutte le opere e a prestare tutti i servizi, direttamente e/o mediante pubblici appalti, conformando la propria attività al rispetto della normativa vigente in materia di appalti e lavori pubblici;
- Al rispetto delle leggi e norme in materia di sicurezza del lavoro (Dlgs 626/1994 e Dlgs 494/1996);
- A perseguire e raggiungere accordi con gli enti pubblici interessati eventualmente ad insediare nell'area proprie strutture o a far gestire nuovi servizi;
- A valutare la possibilità e le modalità per effettuare anticipazioni, in caso di assenza o incapacità dei finanziamenti

pubblici o privati, per la realizzazione di tutto quanto previsto nella presente convenzione o negli eventuali ulteriori interventi concordati;

Articolo 5

Indirizzi progettuali

Nella progettazione delle ristrutturazioni e delle eventuali trasformazioni, oltre alle specifiche indicazioni di cui all'articolo 7, comma 5, la società è obbligata a tenere conto dei seguenti indirizzi di carattere generale:

- **Rispetto dei seguenti criteri di riqualificazione urbana:**
 - intervento a scala urbana con elevati caratteri formali, relazionali e percettivi;
 - transito e sosta per veicoli a motore;
 - aree fuori terra, non edificabili, destinate esclusivamente al transito e la sosta pedonale, eventualmente pista ciclabile ed a verde;
 - reti necessarie alle esigenze tecnologiche degli insediamenti previsti ed in particolare per quelli scientifici a tecnologia avanzata;
 - sistema di raccolta delle acque meteoriche innovativo, al fine di trattenerle totalmente e utilizzarle all'interno dell'area.

Garantire un elevato livello qualitativo della realizzazione, mediante ricerca di soluzioni progettuali innovative, rispetto

all'ordinario criterio di progettazione, ricorrendo eventualmente anche a concorsi di progettazione.

A realizzare tutte le opere relative ai servizi a rete, per quanto possibile, con le modalità previste dalla "direttiva per la realizzazione delle reti tecnologiche nel sottosuolo" impartita dal Ministero dei lavori pubblici il 3/3/1999.

A collocare tutte le opere le cui installazioni comportino l'emissione di onde elettromagnetiche, sia in bassa frequenza che in alta frequenza, in modo che non producano elettrosmog e comunque conformi alle norme vigenti in materia e alle istruzioni del Ministero dell'ambiente e degli organi preposti alla sorveglianza sanitaria.

A realizzare tutte le opere inerenti il ciclo delle acque, dall'approvvigionamento idrico fino al recupero finale degli scarichi liquidi di qualsiasi genere, in conformità alle disposizioni di cui al titolo III, cap. III e IV e all'allegato 5 del decreto legislativo 11/05/1999 n. 152, nonché delle altre norme da questo richiamate.

Articolo 6

Eventuale cessione delle aree e degli immobili -criteri standard

Le eventuali aree per le urbanizzazioni primarie e le aree per attrezzature pubbliche (standard) previste da convenzioni integrative si intenderanno cedute dalla società in forma gratuita

agli enti pubblici Comune, Regione, Provincia contestualmente all'approvazione del piano particolareggiato che le identifichi.

La proprietà delle opere di urbanizzazione realizzate dalla società è pertanto attribuita automaticamente in forma gratuita al Comune di Fiumicino, la Regione Lazio e la Provincia di Roma, rispettivamente per quanto di competenza, risultando le opere realizzate direttamente su aree già di proprietà di questi ultimi enti locali.

La società con la firma della convenzione, conferisce procura irrevocabile al rappresentante degli enti competenti alla firma della stessa convenzione, a sottoscrivere anche per essa il successivo atto di identificazione catastale una volta intervenuta l'approvazione dell'eventuale frazionamento.

Articolo 7

Adempimenti e termini

Tutti i termini previsti dal presente articolo decorrono dalla data di stipula della presente convenzione.

La società si obbliga ed impegna a sviluppare e presentare alla all'Azienda:

- Entro il uno studio di fattibilità atto ad individuare le caratteristiche funzionali, tecniche, gestionali, economiche e finanziarie dell'intervento e che deve in particolare contenere:
 - L'analisi dello stato di fatto di ogni intervento nelle sue eventuali componenti di sostenibilità ambientale, socio economiche, amministrative e tecniche;

- Il piano economico-finanziario ipotizzando i seguenti elementi:
 - ipotesi di sviluppo di una partnership tra Banche, Fondazioni o altri Istituti di credito e/o finanziari ed Impresa anche attraverso l'intervento diretto delle Banche, delle Fondazioni o degli Istituti di credito e/o finanziari nel capitale di rischio;
 - capitale di prestito tradizionale;
 - credito industriale;
 - eventuali leggi speciali;
 - eventuali finanziamenti Europei (BEI o altro);
 - finanziamenti alle opere pubbliche;
 - eventuali ipotesi di project financing intendendo il supporto finanziario non come l'unico, ma come uno degli elementi di un'attività di servizio e di consulenza, con un coinvolgimento più approfondito delle Banche nella iniziativa, la modalità di intervento tramite project financing (acquisti delle eventuali nuove aree, realizzazione delle opere e gestione delle stessa sulla base di un piano economico che consenta la redditività nel lungo periodo) può essere in particolare ipotizzata in relazione agli interventi concordati con gli enti pubblici;
- Entro il un apposito piano particolareggiato dell'area e degli immobili in oggetto.
- Tutti i progetti ed atti tecnici accessori (rilievi, indagini, piani per la sicurezza, ecc.) necessari per la realizzazione delle opere

e delle infrastrutture eventualmente necessarie in conformità a quanto previsto dalla legge quadro sui lavori pubblici (L. 109/1994) entro le seguenti date:

- Entro il i preliminari
- Entro il i definitivi
- Entro il gli esecutivi.
- La società si obbliga inoltre:
 - A dare inizio ai lavori entro il
 - Ad ultimare le urbanizzazioni eventuali ed i lavori relativi alle strutture del comune di Fiumicino entro il
 - In ogni caso, fermi restando i termini di cui ai punti precedenti, tutti gli adempimenti prescritti nella convenzione devono essere eseguiti e ultimati entro il termine massimo di 24 mesi. Entro lo stesso termine la società deve avere conseguito l'ottenimento delle concessioni edilizie per la realizzazione degli interventi ed aver iniziato i relativi lavori previsti da ciascuna singola concessione edilizia.
 - Per la redazione dello studio di fattibilità, del piano particolareggiato e dei progetti preliminari definitivi relativi alle eventuali urbanizzazioni e strutture di proprietà degli enti locali, la società si impegna altresì ad acquisire e recepire integralmente le indicazioni degli stessi.
 - Gli enti pubblici si impegnano a formulare le indicazioni di cui al comma precedente, entro massimo 30 giorni dalla richiesta.

Articolo 8

Attribuzione degli immobili e delle aree di proprietà pubblica

Gli enti pubblici si obbligano ad attribuire alla società i propri immobili e le proprie aree a titolo di concessione a mente della vigente normativa.

Le parti concordano che la concessione dell'area e degli immobili, da destinare ad uso pubblico, dovrà essere oggetto di specifico separato accordo tra le medesime.

Articolo 9

Eventuale permuta di aree con immobili per nuove iniziative

Preliminarmente, nell'ipotesi che gli enti pubblici, per la cessione delle proprie aree ed immobili relativamente a nuove iniziative, decidano per questo tipo di scambio, rientrano nella permuta, nella effettiva consistenza che sarà determinata nell'ambito dello strumento attuativo, le seguenti aree/strutture:

- L'area standard in eccesso rispetto allo standard minimo previsto dalla normativa di P.R.G.,
- Eventuali parcheggi ad uso pubblico e servizi connessi (quali servizi igienici, biglietterie, ecc.);
- Immobili da destinare ad attrezzature pubbliche di competenza degli enti pubblici e da questi richiesti.

Articolo 10

Corrispettivo

Il corrispettivo spettante alla società per l'espletamento di quanto previsto nella presente convenzione è rappresentato dagli introiti, dai contributi, dagli stanziamenti e dai finanziamenti previsti contrattualmente; dagli altri introiti, dai contributi, dagli stanziamenti e dai finanziamenti richiesti ed ottenuti provenienti da soggetti pubblici, compresa la comunità europea (UE), e da privati eroganti; dagli introiti provenienti da raccolte pubbliche di fondi esercitate nelle forme e nei modi ritenuti più idonei dalla società stessa purché consentiti dalla legge.

La società è altresì titolare di ogni altro provento o finanziamento destinato alla attività oggetto della società anche per quegli interventi il cui costo sia stato già sostenuto a proprio totale o parziale carico nonché degli introiti derivanti dalla vendita di eventuali frazioni di immobili o servizi, autorizzati dagli enti pubblici.

Articolo 11

Eventuali concessioni delle strutture pubbliche

La società si impegna a valutare e a presentare al Comune ed agli altri enti interessati una o più ipotesi di gestione dell'eventuale parcheggio e/o altri servizi che sia possibile avere in concessione, tenendo conto dei seguenti criteri:

- Remunerabilità della gestione, che comprenda ipotesi di canone da corrispondere ai soggetti pubblici o ipotesi di partecipazione in relazione all'investimento effettuato;
- Disciplina dell'accesso da parte dell'utenza.

Articolo 12

Eventuale vendita delle aree interessate da nuove iniziative

La società si impegna a valutare la vendita delle aree o degli immobili oggetto di eventuali interventi di nuova iniziativa, fatte salve le aree da alienare, seguendo criteri di priorità dati dalle necessità di sviluppo delle attività dei soci.

Nel definire i prezzi di vendita delle aree e degli immobili si dovrà tenere conto:

- Della natura degli stessi,
- Della ubicazione degli stessi;
- Della potenzialità edificatoria;
- Delle appetibilità;
- Di ogni altro utile elemento estimativo.

Articolo 13

Garanzie

A garanzia degli immobili assunti con la convenzione, la società presta adeguata garanzia finanziaria con polizza fideiussoria n.

emessa in data da pari a Euro con
scadenza incondizionata fino al

La garanzia non può essere estinta se non previo favorevole collaudo tecnico di tutte le opere e di regolarità di ogni altro adempimento connesso; tuttavia la garanzia può essere ridotta in corso d'opera, su richiesta della società quando una parte funzionale autonoma delle opere sia stata regolarmente eseguita e,

sempre previo collaudo, anche parziale e gli enti pubblici interessati ne abbiano accertato la regolare esecuzione.

La garanzia è prestata con la rinuncia esplicita al beneficio della preventiva escussione del debitore principale e non trova applicazione l'articolo 1944, 2° comma, del c.c.. La fideiussione è operativa e soggetta ad escussione a semplice richiesta della parte pubblica, senza necessità di preventiva diffida o messa in mora, col solo rilievo dell'inadempimento.

Ancorché la garanzia sia commisurata all'importo delle opere, essa è prestata per tutte le obbligazioni a contenuto patrimoniale, anche indiretto, connesse all'attuazione della convenzione, da questa richiamate o il cui mancato o ritardato assolvimento possa arrecare pregiudizio alla parte pubblica, sia come ente territoriale, sia come soggetto iure privatorum, sia come autorità che cura il pubblico interesse. La garanzia copre altresì, senza alcuna riserva, i danni derivanti nel periodo di manutenzione e conservazione a cura della società fino all'approvazione del collaudo finale, nonché le sanzioni amministrative, sia di tipo pecuniario che ripristinatori e demolitorio, irrogate dagli enti pubblici a qualsiasi titolo in applicazione della convenzione, divenute inoppugnabili e definitive.

La parte pubblica può richiedere alla società la reintegrazione della cauzione ove questa sia venuta meno o in tutto o in parte.

Per l'attività di progettazione ed esecuzione dei lavori la società si impegna a costituire o, per quelle non svolte direttamente, a far

costituire, tutte le forme di garanzia previste dall'articolo 30 della legge 109/1994.

Articolo 14

Verifiche

La società e la parte pubblica si impegnano a verificare lo stato di attuazione della presente convenzione, la prima volta entro due mesi dalla data dell'atto costitutivo e successivamente a scadenze trimestrali.

Le verifiche riguarderanno:

- Stato avanzamento lavori;
- La situazione economica e finanziaria;
- Eventuali ipotesi di varianti;
- La qualità dei servizi prestati.

Articolo 15

Collaudi

Alla parte pubblica compete il collaudo in corso d'opera e finale dei lavori relativi alla realizzazione delle opere e delle strutture di propria competenza. Ogni onere economico per tale attività resta a carico della società ovvero a carico dalla parte pubblica con i fondi messi a disposizione della stessa e, che la società deve eventualmente anticipare.

Ultimate le opere ed ogni altro adempimento costruttivo, la società presenta alla parte pubblica una dichiarazione di avvenuta ultimazione. Qualora la parte pubblica non provveda al collaudo

finale entro tre mesi dalla dichiarazione di avvenuta ultimazione delle opere, ovvero non provveda alla sua approvazione entro i successivi tre mesi dall'emissione del certificato di collaudo, questo di intende reso in senso favorevole.

Per motivate ragioni può essere disposto il collaudo parziale di un complesso unitario di opere o di un sub-comparto autonomamente funzionale, a richiesta motivata della società ovvero a richiesta della parte pubblica. In tal caso per ogni collaudo parziale si procede con le modalità di cui al comma 1, fermo restando che qualora il collaudo parziale sia richiesto dalla parte pubblica per esigenze proprie quest'ultima ne assume il relativo maggiore onere. Ai collaudi parziali non si applica la procedura del collaudo tacito o dell'approvazione tacita del collaudo di cui al comma 2.

Articolo 16

Risoluzione della convenzione

La presente convenzione si risolve per colpa della società, dovuta a gravi reiterate e comprovate inadempienze, con riferimento agli obblighi ed impegni previsti dalla presente convenzione e dallo statuto, tali da compromettere gravemente la missione della società stessa e gli interessi della parte pubblica.

Nel caso che la parte pubblica intenda avvalersi della clausola di risoluzione, preliminarmente contestata alla società, per iscritto, con precisione e, ove possibile, con apporti documentali deve

preliminarmente evidenziare l'inadempienza riscontrata e intimare alla società di rimuovere le cause.

La società diffidata può presentare controdeduzioni entro 30 giorni dalla data di ricevimento della contestazione di cui sopra.

Qualora la società non motivi adeguatamente le cause dell'inadempimento e non cessi il proprio comportamento gravemente inadempiente, la parte pubblica può richiedere la risoluzione del contratto ai sensi del presente articolo.

Nel caso di risoluzione della presente convenzione, il presidente della società è obbligato ad iscrivere all'ordine del giorno dell'assemblea, da convocarsi entro sessanta giorni dall'avvenuta risoluzione, l'eventuale scioglimento della società stessa.

Articolo 17

Clausola compromissoria

Tutte le controversie che possono comunque sorgere fra la società e la parte pubblica in ordine all'esistenza, validità, interpretazione ed osservanza della presente convenzione, che non siano per norma imperative deferite all'autorità giudiziaria e che non fosse possibile comporre direttamente fra le parti in via bonaria definizione, saranno sottoposte al giudizio di un collegio di tre arbitri.

Ciascuna parte designerà un arbitro ed i due così nominati designeranno il terzo con funzioni di Presidente.

A questi effetti la parte che intende sottoporre la controversia ad arbitrato ne informerà l'altra con una comunicazione contenente anche le generalità dell'arbitro designato.

L'altra parte deve procedere alla designazione del suo arbitro entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui al comma 3.

In mancanza di accordo, il presidente del collegio arbitrale ed il membro eventualmente non nominato dalla parte, o non sostituito tempestivamente in caso di mancanza in corso di procedimento, saranno designati dal presidente del tribunale di Roma su ricorso della parte più diligente.

Qualora le parti fossero più di due, la nomina dell'intero collegio arbitrale sarà demandata al presidente del tribunale di Roma.

Gli arbitri decideranno secondo diritto e renderanno il lodo entro novanta giorni dalla loro costituzione in collegio, salvo deroga richiesta da entrambe le parti o disposta dal collegio stesso, per un periodo non superiore a trenta giorni.

Il lodo arbitrale deciderà anche circa le spese di giudizio e la loro ripartizione tra le parti.

Il collegio arbitrale avrà sede presso il comune di Roma.

Resta obbligo ed impegno delle parti a dare immediata e spontanea esecuzione alla decisione arbitrale.

Articolo 18

Spese

Tutte le spese, comprese le imposte e tasse, principali ed accessorie, inerenti e dipendenti, riguardanti la convenzione e gli atti successivi occorrenti alla sua attuazione, come pure le spese afferenti la redazione dei tipi di frazionamento delle aree in concessione quelle inerenti i rogiti notarili e ogni altro onere annesso e connesso, sono a carico della società.

Articolo 19

Trascrizione e benefici fiscali

La società rinuncia ad ogni diritto di iscrizione di ipoteca legale che potesse competere in dipendenza della presente convenzione.

La società autorizza il signor conservatore dei registri immobiliari alla trascrizione della presente affinché siano noti ai terzi gli obblighi assunti, esonerandolo da ogni responsabilità.

Al fine della concessione dei benefici fiscali previsti dalle vigenti disposizioni di legge in materia, si dà atto che tutte le cessioni di aree e manufatti di cui al presente atto, sono fatte, per quanto compatibile, in esecuzione del piano regolatore generale o degli strumenti urbanisti vigenti.

SCHEMA DI DISCIPLINARE PER LA SELEZIONE DEI SOCI DA AMMETTERE NELLA COSTITUENDA SPA MISTA

DISCIPLINARE

PARTE I

OGGETTO – INFORMAZIONI

Articolo 1

Ente banditore

l'Ente selezionatore è l'Azienda Unità Sanitaria Locale Roma "D", d'ora innanzi denominato più semplicemente "Azienda".

Articolo 2

Finalità della selezione

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda USL RM D n. 1142 del 2 agosto 2002, effettuata ai sensi di legge, con la quale è stato approvato il progetto di sperimentazione gestionale predisposto dal gruppo di lavoro nominato con deliberazione D.G. n. 274 del 27.02.2002, ai sensi dell'articolo 9.bis della legge 229/1999 e s.m. facente parte integrante del presente disciplinare, si è avviata la procedura d'evidenza pubblica di selezione dei soci per la costituenda Società mista pubblico-privato a prevalente capitale dell'Azienda Sanitaria RMD, per la gestione di servizi sanitari e di

progettazione, ristrutturazione e manutenzione ordinaria di due immobili nel Comune di Fiumicino in località Palidoro e Maccarese, ed in generale:

Pianificazione, progettazione e gestione dei servizi sanitari di cui allo statuto sociale;

Progettazione, ristrutturazione e manutenzione ordinaria degli immobili.

La costituzione della società è finalizzata, razionalizzando la spesa pubblica e realizzando economie di scala, alla produzione ed alla erogazione dei servizi specificati, in forma assolutamente innovativa e qualitativamente verificata, partecipata e concertata, nel rispetto della normativa vigente, attraverso un auspicato coinvolgimento del terzo settore, dei medici di medicina generale e dei privati di comprovata eccellenza professionale, tutti impegnati ad attuare il progetto, approvato nell'interesse generale della collettività.

Per la costituzione della società, l'Azienda ricerca soci privati e pubblici al fine di:

- apportare al processo economico-gestionale le competenze significative di più soci, sia privati che pubblici;
- apportare capitale pubblico e privato, oltre a quello dell'Azienda;
- realizzare il processo di gestione della rete-sistema di servizi in termini di efficienza, efficacia, economicità e appropriatezza

nonché di realizzare un percorso di rilevanza per lo sviluppo del territorio nell'interesse della comunità ivi insediata;

- ricercare ogni forma di gestione dei servizi utile alla promozione e allo sviluppo dell'occupazione complessivamente intesa.

Da parte dei soggetti privati è possibile richiedere minimo n. 2.000 azioni del valore nominale di Euro 1, ciascuna, fino ad un massimo di n. 49.000 azioni.

Da parte dei soggetti pubblici è possibile richiedere minimo n. 2.000 azioni del valore nominale di Euro 1, ciascuna, fino ad un massimo di n. 24.000 azioni.

La selezione dei soci è comunque condizionata all'autorizzazione/adozione da parte della Regione Lazio del progetto di sperimentazione.

Articolo 3

Caratteristiche essenziali della costituenda società

Il rapporto tra i soci sarà regolato da apposito statuto, eventuali patti parasociali e da apposita convenzione, i cui schemi sono allegati al presente disciplinare.

Il riepilogo delle caratteristiche essenziali è quello di seguito riportato:

- Forma giuridica: Società per Azioni a capitale pubblico maggioritario;

- Denominazione:

“.....”

- Capitale sociale iniziale: n. 100.000,00 azioni da Euro nominali 1 per un valore complessivo di Euro 100.000,00 (centomila/00);
- Quota capitale pubblico: minimo 51%, max 75%, di cui il 51% sempre di proprietà della AUSL RMD;
- Quota capitale privato: max 49%, min. 25%;
- Durata: fino al 2052.

Articolo 4

Ripartizione delle azioni

Sono riservate all'Azienda Unità Sanitaria Locale Roma "D", quale socio fondatore, n° 51.000 azioni, per un valore complessivo di 51.000,00 Euro, da poter sottoscrivere anche mediante apporto di beni in natura; l'Azienda, in caso di sottoscrizioni inferiori alle quote destinate agli altri soggetti pubblici e/o privati si riserva di aumentare la propria quota di partecipazione fino al 75% del capitale sociale;

Sono riservate agli altri soggetti pubblici n° 24.000 azioni, per un valore complessivo di Euro 24.000,00.

Articolo 5

Servizi da affidare alla costituenda società

Alla società saranno affidati i seguenti servizi:

- gestione Hospice
- gestione Assistenza Domiciliare
- gestione Ospedale di distretto
- gestione Centro diurno

- gestione Formazione specialistica
- gestione Ricerca in campo Sanitario
- gestione Ricerca in campo Economico-gestionale
- gestione Servizio catering e/o mensa
- gestione Servizio lavanderia
- gestione Servizi accessori e connessi ai precedenti
- gestione della sicurezza delle persone, degli impianti e delle problematiche ambientali
- progettazione della ristrutturazione degli immobili
- realizzazione delle opere di ristrutturazione degli immobili
- manutenzione ordinaria degli immobili e degli impianti
- ogni altra attività comunque programmata o prevista dal progetto nonché deliberata dai competenti organi statuari

Alla società verrà demandata anche:

- la preventiva presa in possesso degli immobili e delle aree di cui al progetto nonché l'acquisizione di tutti i beni strumentali e non, necessari al corretto svolgimento dei servizi;
- l'eventuale gestione tecnico-amministrativa dei servizi previsti e/o di altri, con tariffe e/o contributi determinate dagli enti sovraordinati;

la costituenda S.p.A., in particolare, dovrà provvedere anche:

- allo studio definitivo dei progetti economici-finanziari di ogni servizio da gestire nel quadro generale dei bisogni dell'utenza da servire, tenendo in debita considerazione i dati forniti dall'Azienda e dagli altri enti pubblici interessati;
- alla predisposizione di tutti gli strumenti amministrativi necessari all'effettiva attivazione dei servizi;
- a tutte le indagini preliminari tecniche ed amministrative;
- alla redazione di eventuali progetti definitivi ed esecutivi;

- a tutte le incombenze relative alla sicurezza: D.l.vo 626/1994 e D.l.vo 494/1996;
- all'ottenimento ed all'adeguamento a tutte le autorizzazioni necessarie in base alle norme vigenti in tema di progettazioni e gratuità delle prestazioni,
- al finanziamento con fondi propri e/o mediante idonee linee di credito;
- all'attivazione di eventuali provvidenze destinate ai settori specifici dalla Regione, dalla Provincia o da altri enti ed Organismi Pubblici.

Il solo compenso previsto per l'espletamento dei servizi è rappresentato dalla gestione dei servizi medesimi e quindi dal rapporto contrattuale con la Regione Lazio, con l'Azienda USL RMD, con gli altri Enti pubblici eroganti e con l'utenza nonché con quant'altro espressamente previsto nella convenzione.

Articolo 6

Rapporti Azienda-Società

I rapporti tra la Società e l'Azienda eventualmente non regolamentati dalla convenzione per la gestione dei servizi e dal presente disciplinare saranno oggetto di appositi contratti, da redigere prima dell'avvio delle attività e secondo criteri di massima soddisfazione ed interesse per gli utenti, nel rispetto della necessaria economicità della gestione.

Articolo 7

Informazioni sui servizi da gestire

Tutte le informazioni necessarie alla gestione integrata dei servizi sono contenute nel progetto di sperimentazione approvato e nei suoi allegati.

Articolo 8

Documenti disponibili

I documenti relativi alla selezione, disponibili presso l'Azienda sono:

- bando di selezione;
- schema di dichiarazione da allegare alla richiesta di ammissione;
- schema dello statuto della costituenda S.p.A;
- schema di convenzione per la gestione dei servizi;
- schema di disciplinare di selezione;
- prospetto generale contenente le informazioni economico-finanziarie sui servizi.

Articolo 9

Modalità di richiesta dei documenti

I documenti di cui all'articolo precedente possono essere richiesti soltanto per iscritto all'Azienda, per posta, per fax o a mano entro il 30/09/2002;

Può essere richiesta:

- copia cartacea dei documenti, al costo delle sole spese di duplicazione, pari a Euro _____ da versare anticipatamente mediante versamento sul conto corrente n° ____/____ intestato a ____/____;

Articolo 10

Informazioni

Per ogni altra informazione è possibile rivolgersi, presso la sede dell'Azienda, al responsabile del procedimento dalle ore ____/____ alle ore ____/____ tutti i giorni della settimana, non festivi, dal lunedì al venerdì.

E' possibile concordare con il responsabile del procedimento eventuali visite presso gli immobili ed i siti che l'Azienda intende mettere a disposizione per la gestione dei servizi alla costituenda società.

Articolo 11

Invio dei documenti ai richiedenti

Ogni richiesta dei documenti di cui all'articolo 8 od altra informazione, inerente la selezione, se fatta in tempo utile verrà evasa celermente, in ogni caso entro massimo 6 giorni dalla richiesta.

Articolo 12

Responsabile del procedimento

Il responsabile del procedimento è l'ing. Marco Bruschi.

PARTE II

SOGGETTI AMMESSI ALLA SELEZIONE

REQUISITI MINIMI

Articolo 13

Soggetti aspiranti soci

Possono aspirare ad essere soci della società:

- Regione Lazio;
- Provincia di Roma;
- Comune di Fiumicino;
- Enti locali e Aziende sanitarie interessate al progetto;
- Associazioni e Organizzazioni non lucrative (onlus);
- Cooperative di MMG e di PLS;
- Cooperative sociali;
- Consorzi;
- Associazioni iscritte nell'Anagrafe nazionale delle ricerche;
- Fondazioni;
- Aziende ed Istituti di credito;
- Imprenditori individuali;
- Singole società;
- Associazioni temporanee di imprese e/o di enti senza scopo di lucro appositamente costituite.

nota: i soggetti che per loro natura giuridica o per statuto non possono essere titolari di azioni o partecipazioni, devono allegare una dichiarazione dalla quale risulti l'impegno a costituirsi ovvero a modificarsi, in caso di aggiudicazione di azioni, in soggetto idoneo a tale scopo.

Articolo 14

Requisiti

Ciascun richiedente per poter partecipare alla selezione deve possedere, in quanto applicabili, pena l'esclusione, i seguenti requisiti d'ordine generale:

- cittadinanza italiana o di altro Stato appartenente all'Unione Europea, ovvero residenza in Italia per gli stranieri imprenditori ed amministratori di società commerciali legalmente costituite, se appartenenti a Stati che concedono trattamento di reciprocità nei riguardi di cittadini italiani;
- non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione previste dalla normativa antimafia;
- inesistenza di sentenze definitive di condanna passate in giudicato ovvero di sentenze di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale a proprio carico per reati che incidono sulla moralità professionale;
- inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contribuzione sociale secondo la legislazione italiana o del paese di provenienza;
- inesistenza di irregolarità, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse secondo la legislazione italiana o del paese di provenienza;
- essere iscritti, qualora obbligatorio, alla Camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura e relative attestazioni SOA; agli altri organismi equipollenti e/o obbligatori secondo la legislazione Italiana o quella del Paese di provenienza, per le attività attinenti i servizi da gestire ed avere tutti i requisiti e le

iscrizioni richieste dalla vigente normativa per la realizzazione delle opere oggetto degli interventi;

- non essere in stato di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o in ogni altra analoga situazione;
- non avere in corso una procedura di dichiarazione di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o versare in stato di sospensione dell'attività commerciale;
- non aver commesso, in materia professionale, alcun errore grave;
- inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, attinenti l'osservanza delle norme poste a tutela della prevenzione e della sicurezza sui luoghi di lavoro;
- atto costitutivo redatto da notaio;
- atto di associazione temporanea redatto per iscritto;
- attestazione di idonee referenze bancarie rilasciate da almeno un Istituto di Credito.

Articolo 15

Cauzione provvisoria

I soggetti privati dovranno presentare fideiussione bancaria o assicurativa di importo pari al 30% del valore delle azioni richieste con validità 365 giorni dalla data del termine per la presentazione delle richieste, rilasciata da primario Istituto di

credito o Assicurativo, quale cauzione per la partecipazione alla selezione. Le condizioni di esecutibilità di tale fideiussione saranno:

- ritiro della richiesta in corso di esame della stessa;
- rifiuto a liberare il capitale sociale, dopo la costituzione della S.p.A.,

Ai soggetti cui non verranno attribuite Azioni la cauzione sarà svincolata non appena avvenuta l'attribuzione di tutte le azioni.

PARTE III

NORME GENERALI DI SELEZIONE

Articolo 16

Modalità di scelta del socio privato

La scelta dei soci avverrà mediante procedura aperta, assimilata, per quanto compatibile, al pubblico incanto di cui al decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 157 e per selezione qualitativa complessiva delle progettualità e delle offerte presentate.

Articolo 17

Criteri di aggiudicazione

La selezione dei soci verrà effettuata da una Commissione tecnico amministrativa, in base ai criteri di valutazione fissati dal seguente articolo 22.

L'attribuzione delle azioni ai richiedenti sarà fatta, sulla base di quanto disposto dall'articolo 23, in via provvisoria dalla

Commissione tecnico amministrativa ed in via definitiva dal Direttore Generale della Azienda USL Roma D, con proprio provvedimento.

Articolo 18

Commissione giudicatrice

la Commissione giudicatrice per l'esame delle richieste sarà nominata con provvedimento del Direttore Generale della Azienda USL Roma D, dopo la scadenza del termine fissato per la presentazione delle domande.

la Commissione giudicatrice è composta dalle seguenti 4 persone fisiche, di comprovata professionalità, indipendenti dai partecipanti:

- un funzionario dell'Azienda USL Roma D, con funzioni di Presidente;
- un laureato in economia e commercio;
- un laureato in giurisprudenza;
- un laureato in medicina.

Non possono far parte della Commissione:

- i richiedenti, i loro coniugi ed i loro parenti ed affini fino al terzo grado compreso;
- i datori di lavoro ed i dipendenti dei richiedenti e coloro che abbiano con essi rapporti di lavoro o di collaborazione continuativi e notori.

la Commissione giudicatrice è autonoma nelle sue decisioni, nei suoi pareri e nella definizione delle modalità di lavoro per il procedimento di aggiudicazione, che sarà comunque preso in base ai documenti presentati e in base ai criteri specificati nel presente disciplinare.

Le sedute della Commissione sono valide solo con la presenza di tutti i componenti; le proposte possono essere approvate anche a maggioranza di voti. In caso di parità di voti quello del Presidente della commissione vale doppio.

I componenti della Commissione non possono astenersi dall'esprimere un voto.

La Commissione procederà con la massima tempestività alla attribuzione provvisoria delle azioni che proporrà all'Azienda USL Roma D.

Articolo 19

Forme di pubblicità

In analogia a quanto previsto dall'art. 2, comma 1, del D.P.R. 16/09/1996, n. 533 si procederà alle seguenti forme di pubblicità della selezione:

- invio per la pubblicazione del bando integrale:
 - all'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali della Comunità Europea;
 - all'Ufficio delle pubblicazioni della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana;
- pubblicazione dell'estratto del bando:

- su due quotidiani a diffusione nazionale;
- su due quotidiani avente particolare diffusione regionale.

Articolo 20

Termini

Il termine per la ricezione delle richieste viene fissato, in analogia a quanto previsto dall'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 17/03/1995, n. 157, in minimo 52 giorni dalla data di spedizione del bando di selezione all'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali della Comunità Europea.

Articolo 21

Comunicazioni esito selezione

In analogia a quanto previsto dall'articolo 23, comma 5, del D.Lgs.vo n. 157 del 17/03/1995 si procederà a comunicare l'esito a tutti i richiedenti a cui verranno assegnate azioni.

In analogia a quanto previsto dall'art. 26, comma 12, del citato decreto legislativo si procederà ad inviare all'Ufficio delle pubblicazioni della Comunità Europea, entro sessanta giorni dall'espletamento della selezione, un avviso in merito al risultato della procedura.

L'esito della selezione sarà inoltre pubblicato:

- sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana;
- su due quotidiani a diffusione nazionale;
- su un quotidiano avente particolare diffusione regionale.

PARTE IV

MODALITA' DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE DA PARTE DI PRIVATI DI ATTRIBUZIONE DI AZIONI

Articolo 22

Criteri di valutazione

l'accoglimento delle richieste avverrà in base ai seguenti criteri:

- se la richiesta complessiva, da parte di soggetti risultati idonei, è inferiore o uguale alle azioni disponibili, si attribuirà, a ciascun richiedente, il numero di azioni richieste;
- se la richiesta complessiva, da parte di soggetti risultati idonei, è superiore alle azioni disponibili, si attribuiranno le azioni, in relazione alle specificazioni, di cui all'articolo 28, ed eventualmente in riduzione proporzionale rispetto alle richieste.

In particolare si privilegeranno le richieste:

- dei soggetti che presentino caratteristiche di omogeneità agli interessi della compagine sociale;
- dei soggetti che hanno o che manifestino la volontà, in caso di assegnazione di azioni, di insediare la propria attività nell'area urbana di riferimento o nelle aree più prossime;
- dei soggetti operanti da più tempo nei settori attinenti a quelli dei servizi che dovrà rendere la società;
- dei soggetti che possano determinare positivi impatti occupazionali;

- dei soggetti appartenenti alle categorie del no-profit;
- dei soggetti che dispongano, nel complesso, al proprio interno di personale medico appartenente alla categoria dei mmg e pls, di personale paramedico e di personale per ricerca medica o/e economico-gestionale di comprovata professionalità;
- dei soggetti che presentino proposte e soluzioni progettuali complessive e/o ipotesi di project financing e/o di lavoro e/o di ricerca attinenti l'attività da svolgere.

Articolo 23

Modalità di attribuzione delle azioni

In ogni caso l'Azienda USL Roma D si riserva di:

- Non accogliere, previa idonea motivazione, le domande di partecipazione alla società;
- Nel caso in cui le richieste di sottoscrizione di azioni, ritenute valide, siano superiori a 49.000,00 Euro:
 - di attribuire un numero di azioni ridotto proporzionalmente alle azioni richieste;
 - di aumentare il capitale sociale fino ad un massimo di Euro 200.000,00 adeguando la propria partecipazione e comunque mantenendola non al di sotto del 51%;
- Nel caso in cui le richieste di sottoscrizione di azioni accolte siano inferiori ai 49.000,00 Euro:
 - di proporre azioni in aumento ai richiedenti;
 - di aumentare la propria partecipazione sociale, mantenendola comunque non al di sotto del 51%;

- di ricercare ulteriori soci a trattativa privata, tenendo conto dei criteri indicati nel presente disciplinare;
- non dar luogo alla costituzione della società.
- Non dar luogo alla costituzione della società.
- Raggruppare i soggetti privati in unico soggetto.
- Non dar luogo alla costituzione della società in caso di non autorizzazione/adozione del progetto da parte della Regione Lazio.

PARTE V

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE ED ESPLETAMENTO SELEZIONE

Articolo 24

Modalità di presentazione della richiesta da parte dei soggetti pubblici

I soggetti pubblici devono far pervenire una domanda:

- esclusivamente per mezzo del servizio postale per raccomandata o agenzie di recapito autorizzate dall'Ente Poste;
- entro e non oltre l'ora ed il giorno stabiliti nel bando di selezione;
- all'indirizzo di cui al punto 1 del bando di selezione.

Non è ammessa la presentazione di richieste relative a quote di partecipazione societaria in misura inferiore a quella prevista di n. 2.000 Azioni.

La domanda dovrà essere sottoscritta, con firma leggibile e per esteso, in ciascuna sua parte dal legale rappresentante dell'Ente richiedente.

La richiesta di partecipazione alla Società deve essere contenuta in un plico recante all'esterno la dicitura:

“Bando di selezione dei soci per la costituzione della S.p.A. di cui alla Deliberazione D.G. n. 1142 del 02.08.2002”.

Contenere all'interno del plico:

- la domanda, di cui all'articolo 27, comma 1, del presente disciplinare;
- copia dell'atto deliberativo o altro atto idoneo ad impegnare l'ente.

Articolo 25

Modalità di presentazione della richiesta da parte dei soggetti privati

I soggetti interessati, aventi i requisiti prescritti dal presente disciplinare, per partecipare alla selezione devono far pervenire una domanda:

- esclusivamente per mezzo del servizio postale per raccomandata o agenzie di recapito autorizzate dall'Ente Poste;
- entro e non oltre l'ora ed il giorno stabiliti nel bando di selezione;
- all'indirizzo di cui al punto 1 del bando di selezione.

Non è ammessa la presentazione di richieste relative a quote di partecipazione societaria in misura inferiore a quella prevista di n. 2.000 Azioni.

La domanda dovrà essere sottoscritta, con firma leggibile e per esteso, in ciascuna sua parte dal legale rappresentante.

La domanda e tutti i documenti prodotti dovranno essere redatti in lingua italiana. Eventuali documenti emessi da Autorità straniere dovranno essere accompagnati da traduzione in lingua italiana.

In caso di soggetto estero, la società deve prevedere alla nomina di un rappresentante fiscale ai sensi dell'articolo 17, comma 2, del D.P.R. 26/10/1972, n. 633 e successive modificazioni.

La richiesta di partecipazione alla Società, a pena di esclusione, deve essere contenuta in plico sigillato con ceralacca e firmato sui lembi di chiusura dal legale rappresentante e recare all'esterno la dicitura:

“Bando di selezione dei soci per la costituzione della S.p.A. di cui alla Deliberazione D.G. n. 1142 del 02.08.2002”.

Contenere all'interno del plico:

- la domanda, di cui all'articolo 28 del presente disciplinare;
- i documenti, di cui all'articolo 29 del presente disciplinare;
- la dichiarazione, di cui all'articolo 30 del presente disciplinare;
- l'impegno, di cui all'articolo 31 del presente disciplinare;
- la fideiussione bancaria o assicurativa di cui all'articolo 15 del presente disciplinare;
- ogni altro documento ritenuto utile ai fini della selezione.

Articolo 26

Recapito plico

Il recapito del plico rimane ad esclusivo rischio del mittente, ove per qualsiasi motivo lo stesso non giunga a destinazione in tempo utile.

Ai fini della partecipazione alla selezione fanno fede la data e l'ora di ricezione delle offerte e non quelle di spedizione.

Non sono in nessun caso prese in considerazione le domande, anche se sostitutiva od aggiuntiva di domanda precedente, pervenute oltre tale termine e anche se spedite prima del termine di scadenza sopra indicato.

Non si darà corso all'apertura del plico che risulti pervenuto oltre il termine fissato per la ricezione o che risulti pervenuto in difformità a come richiesto o sul quale non sia apposto il mittente, la scritta relativa alla specificazione della selezione oggetto della procedura aperta, non sia sigillato con ceralacca e non sia controfirmato sui lembi di chiusura, come richiesto.

Articolo 27

Domande enti pubblici

Unitamente alla domanda, i soggetti pubblici ai quali sono riservate le azioni di cui all'articolo 4, dovranno specificare il numero di azioni che intendono sottoscrivere.

Unitamente alla domanda occorre allegare copia di idoneo atto con il quale l'Ente ha determinato di richiedere le azioni di cui al

comma 1 e con il quale ha previsto la relativa copertura finanziaria.

Articolo 28

Domanda soggetti privati

Nella domanda, i soggetti privati dovranno specificare:

- il numero di azioni che intendono sottoscrivere;
- l'intenzione o meno di insediarsi nell'area di riferimento o nelle aree più prossime;
- le eventuali interrelazioni economiche, tecniche, logistiche, eccetera, con altre prevedibili attività attinenti nell'area interessata;
- la modalità di partecipazione ed i relativi atti redatti con altri soggetti interessati alla sottoscrizione di azioni della società e con i quali si sono redatti progetti complessivi finalizzati ad intervenire in modo integrato nella gestione dei Servizi offerti dalla Società e nella progettazione e realizzazione delle opere da effettuare, con i relativi schemi, prospetti e soluzioni corredate anche con gli eventuali project financing e ovvero altri strumenti finanziari collegati e attinenti la migliore soluzione, sempre per la gestione dei servizi oggetto della società e della realizzazione delle opere connesse;
- gli eventuali schemi aggiuntivi di convenzioni/contratti da sottoscrivere con l'Azienda,
- tutte le informazioni aggiuntive e arricchenti ritenute utili.

Articolo 29

Altri documenti

Nel caso di soggetti con più soci dovranno essere presentati:

- elenco con i nominativi:
 - di tutti i soci: nel caso di s.n.c., cooperative, associazioni, consorzi e altri enti assimilati;
 - di tutti i soci accomandatari, nel caso di società in accomandita semplice o per azioni;
 - degli amministratori/e o dei/l soggetti/o con poteri di rappresentanza, per ogni tipo di società, associazione temporanea o altro soggetto assimilato richiedente, con più soci.
- copia:
 - dell'atto costitutivo e dello statuto vigente;
 - del verbale di impegno di costituzione o di modifica statutaria di cui alla nota del punto 5. del bando di gara.
- tutti i soggetti richiedenti:
 - copia dell'ultimo bilancio, comprensivo dei prescritti allegati (esonerati i soggetti costituiti nell'anno 2002, le associazioni appositamente costituite ed i non obbligati per legge);
 - referenze bancarie rilasciate da almeno un Istituto di Credito.

Articolo 30

Dichiarazione

La dimostrazione del possesso dei requisiti d'ordine generale richiesti dal presente disciplinare avviene mediante unica *dichiarazione* sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi della Legge 04/01/1968, n. 15 e del D.P.R. 20/10/1998, n. 403, nonché dell'articolo 11, comma 2, del D.Lgs.vo 24/07/1992, n. 358 e successive modificazioni, così come richiamato dall'articolo 12 del D.Lgs.vo 157/1995 più volte citato, in lingua italiana, da rendersi nel rispetto della Legge sull'imposta di Bollo sulla base dell'allegato "*Schema di dichiarazione*".

I cittadini della Comunità Europea possono presentare la dichiarazione sostitutiva con le stesse modalità previste per i cittadini italiani ai sensi dell'articolo 4 del D.P.R. 20/10/1998, n. 403.

Per i cittadini extracomunitari si applica la disposizione di cui al comma 2 del medesimo articolo 4 del D.P.R. 403/1998.

Si rammenta che la falsa dichiarazione comporta sanzioni penali (articolo 26 L. 04/01/1968, n. 15) e costituisce causa d'esclusione dalla partecipazione a successive gare per ogni tipo di appalto, oltre che comportare nella presente procedura la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

In ordine alla veridicità delle dichiarazioni, l'Azienda si riserva di procedere a verifiche d'ufficio anche per gli aspiranti non risultati assegnatari di azioni.

Saranno esclusi dalla selezione i soggetti che avranno presentato dichiarazioni incomplete.

Le dichiarazioni dovranno essere rese:

- nel caso di impresa individuale, dal titolare;
- nel caso di società in nome collettivo, da tutti i soci;
- nel caso di società in accomandita semplice o per azioni, da tutti i soci accomandatari;
- per ogni altro tipo di società, ente o associazione, anche temporanea appositamente costituita, dall'amministratore/i o dal soggetto/i con poteri di rappresentanza legale, prevista nei rispettivi atti costitutivi e dal direttore tecnico, se previsto in statuto.

Articolo 31

Impegno

Ogni richiedente deve sottoscrivere formale impegno:

- alla sottoscrizione ed alla liberazione, attraverso conferimenti in denaro, del numero di azioni di capitale sociale che in base alla richiesta gli verrà assegnato, prima della stipula del rogito costitutivo;

Articolo 32

Procedura di selezione

Le operazioni di selezione si svolgeranno secondo quanto illustrato nel successivo articolo 33 ed avranno inizio:

- all'ora ed il giorno stabiliti nel Bando;

- presso la sede dell'Azienda USL Roma D;
- anche se nessuno dei richiedenti sarà presente in sala.

il Presidente della Commissione selezionatrice dispone l'apertura delle sole richieste pervenute in tempo utile.

La mancanza, la difformità o l'incompletezza dei documenti presentati o il non possesso delle condizioni minime richieste, comporta l'esclusione del richiedente.

Non sarà ammessa alla selezione la richiesta nel caso che manchi o risulti incompleto od irregolare alcuno dei documenti richiesti.

Non sono ammesse le richieste che recano abrasioni o correzioni del numero di azioni, se non espressamente confermate e sottoscritte.

Potranno essere esclusi dalla selezione, ad insindacabile giudizio della Commissione esaminatrice, i soggetti per i quali risulti dal Certificato del Casellario Giudiziario che il titolare o i legali rappresentanti abbiano riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per uno dei seguenti reati che incida gravemente sulla loro moralità professionale:

- reati contro il patrimonio, contro la Pubblica Amministrazione, contro la fede pubblica e reati previsti o richiamati dalla Legge 13/09/1982, n. 646 e successive modificazioni;
- altri reati, non colposi, che comportino l'irrogazione di una pena superiore ad anni due di reclusione, previsti dal Codice Penale o dalle leggi speciali;
- recidive infrazioni alle leggi sociali.

Si avverte che i documenti da presentare dovranno essere prodotti in bollo, ad eccezione di quelli per i quali il bollo è esplicitamente escluso o per i quali, ovviamente, venga assolto in modo virtuale.

I documenti non in regola con le disposizioni sul bollo non comportano esclusione dalla selezione. Ne sarà fatta denuncia al competente Ufficio del Registro per la regolarizzazione (articolo 19 del D.P.R. 26/10/1972, n. 633, come sostituito dall'articolo 16 del D.P.R. 30/12/1982, n. 955).

Si procederà all'attribuzione delle azioni anche in presenza di una sola richiesta valida.

Articolo 33

Selezione

In seduta pubblica, la Commissione selezionatrice:

- verificherà la regolarità dei plichi: recapito, integrità, regolarità dei sigilli;
- aprirà i plichi e verificherà la regolarità e conformità a quanto richiesto nel presente disciplinare della domanda e dei documenti allegati;
- verificherà il possesso dei requisiti minimi richiesti;
- annoterà le richieste di azioni;
- procederà a mente del presente disciplinare se il numero di azioni richieste è minore, uguale o superiore a quello massimo fissato;
- trasmetterà le proprie valutazioni ed attribuzioni al responsabile del procedimento dell'Azienda.

Il responsabile del procedimento provvederà a predisporre idonea definitiva proposta deliberativa, al Direttore Generale, per l'attribuzione delle azioni e quanto altro ritenuto utile e necessario.

PARTE VI

NORME GENERALI

Articolo 34

Disposizioni finali

L'attribuzione di azioni, mentre sarà vincolante per il richiedente per effetto della presentazione della domanda, non impegnerà l'Azienda se non quando dopo aver eventualmente deliberato in merito, a norma di legge, tutti gli atti inerenti la selezione e ad essa necessari e dipendenti e avranno conseguito piena efficacia giuridica.

Si riserva al Presidente della Commissione selezionatrice la facoltà insindacabile di non dare luogo alla selezione stessa o di rinviare la data senza che i concorrenti preavvisati possano accampare pretese al riguardo.

Tutti i documenti e certificati presentati dai soci selezionati saranno trattenuti dalla stazione appaltante. I certificati ed i documenti presentati dai richiedenti non selezionati potranno essere restituiti dopo l'attribuzione definitiva delle azioni. Gli atti in questione, salvo l'offerta, potranno essere ritirati direttamente presso il competente ufficio.

Prima di procedere alla scelta dei soci ed alla relativa attribuzione di azioni, l'Azienda si riserva di invitare i richiedenti selezionati a produrre tutta la documentazione probatoria delle dichiarazioni presentate in sede di selezione ovvero a sanare eventuali imperfezioni.

Ove i soci selezionati, nel termine di 25 giorni dalla data dell'invito non abbiano perfettamente o completamente ottemperato a quanto precedentemente richiesto, ovvero venga accertata la mancanza o carenza dei requisiti, l'Azienda procederà all'annullamento della selezione provvisoria e potrà disporla in favore di altri richiedenti o degli aspiranti in regola.

Articolo 35

Trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'articolo 10 della Legge 21/12/1996, n. 675 e successive modificazioni ed integrazioni, si precisa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nella piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza; il trattamento dei dati ha la finalità di consentire l'accertamento dell'idoneità dei concorrenti a partecipare alla procedura di selezione dei soci della costituenda S.p.A.; il trattamento dei dati forniti sarà dunque implicitamente concesso dai concorrenti con la richiesta di partecipazione.

Articolo 36

Clausola compromissoria

Qualsiasi controversia che dovesse insorgere tra l'Azienda e la costituenda S.p.A. e che non fosse possibile comporre direttamente fra le parti, in via di bonaria definizione, sarà sottoposta al giudizio di un Collegio di arbitri, nominato secondo le norme di rito e come regolamentato nella convenzione per la gestione dei servizi.

il Collegio arbitrale deciderà in forma rituale e secondo diritto.

Articolo 37

Riserve da parte dell'Azienda

L'Azienda si riserva, comunque, di fare proposte modificative in conseguenza di eventuali necessari adeguamenti e/o in conseguenza di indicazioni e prescrizioni pervenute da parte della Regione Lazio o da altri organismi sovraordinati senza che gli aspiranti soci possano pretendere risarcimenti o accampare diritti.

SCHEMA DI STATUTO DELLA SOCIETA' MISTA

**AZIENDA USL ROMA D
REGIONE LAZIO**

**SCHEMA DI STATUTO DELLA SOCIETA' DI
SPERIMENTAZIONE GESTIONALE AI SENSI
DELL'ARTICOLO 9 BIS DELLA LEGGE 229/1999 e s.m.**

PARTE I

DENOMINAZIONE SEDE DURATA OGGETTO

Articolo 1

Denominazione

E' costituita, ai sensi degli articoli 2325 e seguenti del c.c .e dell'articolo 9 bis della legge 229/1999 come risulta modificato dall'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 405/2001, una Società per Azioni con partecipazione maggioritaria dell'Azienda Sanitaria RMD denominata : “.....S.p.A.”

Articolo 2

Sede

La Società ha sede legale in Roma (RM) alla Via

.....

Nel rispetto delle norme di legge e del presente statuto potranno essere istituite e parimenti soppresse, in altre località nazionali ed all'estero:

- con deliberazioni assembleari straordinarie, sedi secondarie;
- con deliberazioni assembleari ordinarie, filiali, succursali, agenzie, uffici locali ed uffici di rappresentanza.

Articolo 3

Durata

La durata della società è stabilita dalla data della sua legale costituzione sino a tutto il 31 dicembre 2052 ma potrà essere sciolta o trasformata anticipatamente, rispetto alla scadenza, nei casi e con le modalità previste dal progetto di sperimentazione gestionale e/o dalla convenzione per la gestione dei servizi di cui al successivo articolo 4 ovvero prorogata con deliberazione dell'assemblea straordinaria degli azionisti.

Articolo 4

Finalità ed oggetto della società

La società ha per oggetto l'attuazione di un progetto di sperimentazione gestionale, autorizzato ed adottato dalla Regionale Lazio, che fa parte integrante e sostanziale del presente statuto, nei termini e nei modi stabiliti dalla convenzione dei servizi appositamente sottoscritta.

La società, nel raggiungimento dell'oggetto sociale, è impegnata altresì a rispettare, definire e concordare in particolare i seguenti elementi e criteri di garanzia:

- risoluzione del rapporto contrattuale con i privati che partecipano alla sperimentazione in caso di gravi inadempienze agli obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi;
- definizione dei compiti, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati che partecipano alla sperimentazione gestionale, avendo cura di escludere in particolare il ricorso a forme contrattuali, di appalto o subappalto, nei confronti di terzi estranei alla convenzione di sperimentazione, per la fornitura di opere e servizi direttamente connesse all'assistenza alla persona;
- individuazione delle forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione delle convenzioni di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione;
- privilegiare nell'area del settore privato il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale.

In via esemplificativa e non tassativa la società gestirà i seguenti servizi:

gestione hospice, gestione assistenza domiciliare, gestione ospedale di distretto, gestione centro diurno, gestione formazione specialistica, gestione ricerca in campo sanitario, gestione ricerca

in campo economico-gestionale, gestione servizio catering e/o mensa, gestione servizio lavanderia, gestione servizi accessori e connessi ai precedenti, gestione sicurezza delle persone, degli impianti e delle problematiche ambientali, progettazione della ristrutturazione degli immobili, realizzazione delle opere di ristrutturazione degli immobili, manutenzione ordinaria degli immobili e degli impianti.

Per il conseguimento delle sopra indicate finalità la società potrà compiere anche le seguenti attività:

- acquisizione di beni immobili e di beni strumentali necessari alla realizzazione delle strutture e alla gestione dei servizi;
- redazione di studi preliminari e di fattibilità, strumenti attuativi, indagini tecniche, progettazioni preliminari, definitive ed esecutive;
- realizzazione delle opere mediante esecuzione dei lavori in forma diretta o in affidamento;
- manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili e degli impianti oggetto dell'intervento.

La società, direttamente o indirettamente, potrà inoltre:

- eseguire ogni altra operazione attinente o connessa all'oggetto sociale, nessuna esclusa;
- compiere tutte le operazioni commerciali, industriali, finanziarie, mobiliari ed immobiliari ritenute necessarie ed utili per il conseguimento dell'oggetto sociale;
- assumere interessenze, quote o partecipazioni anche azionarie in società di capitali, imprese, consorzi ed enti anche di tipo

- associativo aventi scopi affini, analoghi, complementari o strumentali al proprio;
- ricorrere al prestito, al credito industriale, a finanziamenti per opere pubbliche, a finanziamenti europei, contrarre mutui, richiedere fidi, scontare e sottoscrivere effetti sia con Istituti Pubblici che Privati, concedere e ricevere fideiussioni e ipoteche di ogni ordine e grado, sviluppare ipotesi di project financing;
 - raccogliere, ai fini del conseguimento degli scopi sociali, conferimenti di denaro o prestiti dai soci, esclusivamente nei limiti consentiti dalla delibera del 3 marzo 1994 del Comitato Interministeriale per il Credito ed il Risparmio e/o da eventuali future norme che verranno emanate in materia;
 - essere soggetto destinatario di fondi provenienti da soggetti pubblici o privati che hanno interesse al raggiungimento del fine sociale;

La società potrà altresì costituire enti, società, consorzi ed associazioni, sotto qualsiasi forma.

PARTE II

CAPITALE SOCIALE AZIONI OBBLIGAZIONI

Articolo 5

Capitale sociale

Il capitale sociale iniziale è di Euro 100.000,00 (centomila) ed è diviso in n° 100.000,00 (centomila) azioni da nominali Euro 1 (uno) ciascuna, aventi tutte parità di diritti.

Una quota di capitale sociale pari a minimo il 51% deve essere sempre detenuta dall'Azienda Unità Sanitaria Locale ROMA D.

I conferimenti possono essere in numerario ovvero, previa perizia, in beni immobili o in beni mobili.

Gli eventuali versamenti effettuati dai soci ed eseguiti in conto futuri aumenti di capitale, sono infruttiferi e non comportano obblighi di restituzione per la società, salvo apposita deliberazione assembleare.

Su delibera dei soci, costoro, per necessità gestionali o di investimento, potranno finanziare la società senza che ciò comporti aumento di capitale sociale:

- ciò potrà avvenire anche in proporzione diversa alle quote di partecipazione dei soci al capitale sociale;
- quanto versato sarà comunque infruttifero salvo che il Consiglio di amministrazione, sentito il collegio sindacale, non deliberi il riconoscimento di un interesse a un tasso da stabilire.

Articolo 6

Variazioni del capitale sociale

Il capitale sociale può essere aumentato o diminuito con deliberazione dell'Assemblea straordinaria e alle condizioni e nei termini da questa stabiliti, nel rispetto delle disposizioni del c.c. in

materia e senza diminuire la percentuale maggioritaria spettante alla Azienda Unità Sanitaria Locale ROMA D.

In caso di aumento del capitale sociale verrà riservato, salvo diversa deliberazione assembleare, il diritto di opzione agli azionisti.

Articolo 7

Finanziamento dei soci

Nel caso in cui, per qualsiasi motivo, si rendessero necessari versamenti in conto capitale e tutti i soci fossero disponibili a eseguirli, tali versamenti s'intenderanno proporzionali alle quote di partecipazione al capitale sociale, salvo e unanime altra pattuizione.

La società ha facoltà di emettere ogni titolo o valore mobiliare previsto dalla legge.

Su delibera dei soci, costoro potranno finanziare la società senza che ciò comporti aumento di capitale sociale. Ciò potrà avvenire anche in proporzione diversa alle quote di partecipazione dei soci al capitale sociale.

Articolo 8

Azioni

Le azioni sono obbligatoriamente nominative ed indivisibili e conferiscono ai loro possessori uguali diritti.

Ai soli fini della nomina del consiglio di amministrazione e delle altre previste nel presente statuto le azioni sono nominalmente divise in due categorie: categoria "A" alla quale appartengono le azioni possedute dai soggetti pubblici e categoria "B" alla quale appartengono le azioni possedute dai soggetti privati.

Le azioni sono indivisibili e ognuna di esse dà diritto ad un voto, in occasione delle assemblee.

In sede di aumento di capitale sociale gli azionisti hanno diritto di opzione nella sottoscrizione di azioni di nuova emissione, proporzionalmente al possesso azionario rilevabile dall'iscrizione nel libro soci alla data di deliberazione dell'aumento di capitale sociale. Il termine per l'esercizio del diritto di opzione di all'articolo 2441 del C.C. è fissato in mesi sei.

Le eventuali azioni aventi diritti diversi da quelle già emesse godono dei diritti per esse espressamente previsti nell'atto che ne disciplina l'emissione.

I certificati azionari, se emessi, portano le firme di due amministratori, oppure quelle di un amministratore e di un procuratore speciale all'uopo delegato dal consiglio di amministrazione.

I versamenti sulle azioni sono richiesti dal consiglio di amministrazione, in una o più volte, nei termini e nei modi che lo stesso reputi convenienti.

A carico dei soci in ritardo nei pagamenti decorrerà l'interesse nella misura che, di volta in volta, verrà fissata dal Consiglio di

amministrazione, salvo il diritto degli amministratori di avvalersi delle facoltà loro concesse dall'articolo 2344 del codice civile.

In conformità dell'articolo 2441 del codice civile, la società potrà aumentare il proprio capitale riservando parte delle azioni di nuova emissione ai propri dipendenti e ai propri utenti.

La società potrà, altresì, aumentare il proprio capitale per destinarne parte all'azionariato diffuso.

Il socio che intende costituire in pegno, in tutto o in parte, le proprie azioni dovrà darne comunicazione scritta agli altri soci, indicando le condizioni dell'operazione di finanziamento in relazione alla quale le azioni dovrebbero essere costituite in pegno e gli altri soci avranno diritto di prelazione nell'esecuzione dell'operazione stessa; diritto da esercitarsi dandone comunicazione scritta entro 15 giorni dal ricevimento dell'offerta. In caso di esercizio di prelazione esercitato da un socio resta convenuto che il diritto di voto continuerà a spettare al socio debitore che ha costituito le azioni in pegno.

Ove gli altri soci non si avvalgano del diritto di prelazione di cui sopra, il socio interessato potrà, entro un mese dalla spedizione della lettera di offerta compiere l'operazione, ma ciò:

- solamente con primaria banca o assicurazione;
- ed a condizione che la banca o assicurazione riconoscano di aver accertato la preliminare osservanza della clausola di prelazione contenuta nel presente articolo e che nell'atto di costituzione di pegno, da produrre alla società, sia stato convenuto che il diritto di voto spetti al socio debitore.

La qualità di azionista comporta di per sé sola, piena ed assoluta adesione all'atto costitutivo della società ed al presente statuto.

Articolo 9

Prelazione

Qualora un socio intenda trasferire in tutto o in parte le proprie azioni, ovvero i diritti di opzione su nuove azioni emesse in caso di aumento di capitale, dovrà previamente, con raccomandata R.R. da inviare al consiglio di amministrazione, offrirle in acquisto agli altri soci, specificando il nome del terzo e dei terzi disposti all'acquisto e le condizioni di vendita. Il consiglio di amministrazione entro 10 giorni dal ricevimento della proposta di vendita provvederà a darne comunicazione a tutti i soci.

I soci che intendono esercitare il diritto di prelazione debbono, entro 20 giorni dal ricevimento della raccomandata di cui al comma precedente, darne comunicazione a mezzo di lettera raccomandata R.R. indirizzata al consiglio di amministrazione, nella quale dovrà essere manifestata l'incondizionata volontà di acquistare le azioni o i diritti di opzione offerti in vendita. Il consiglio di amministrazione provvederà a dare comunicazione all'offerente ed a tutti i soci a mezzo raccomandata R.R. delle proposte di acquisto pervenute entro 10 giorni dal ricevimento.

Nel caso in cui l'offerta venga accettata da più soci, le azioni o i diritti di opzione offerti in vendita verranno attribuiti ad essi in proporzione alla rispettiva partecipazione al capitale della società.

Qualora, in seguito ad alienazione, venisse raggiunta la quota minima pubblica di possesso azionario, di cui all'articolo 5, le successive alienazioni di azioni e di diritti di opzione da parte di enti pubblici potranno essere disposte esclusivamente in favore di altri enti pubblici locali soci e non soci.

Nel caso in cui nessuno dei soci eserciti il diritto di prelazione, le azioni ed i relativi diritti di opzione possono essere offerti anche a terzi nel rispetto di quanto disposto dal successivo articolo.

Articolo 10

Trasferimento delle azioni

Il trasferimento volontario delle azioni, da parte dei soci privati, non può avvenire prima del quinto anno successivo alla data di costituzione della società.

Il trasferimento delle azioni e dei diritti di opzione è comunque subordinato all'attuazione del progetto di sperimentazione di cui al precedente articolo 4 e al preventivo gradimento del Consiglio di amministrazione, espresso con la maggioranza qualificata di cui all'articolo 24 del presente statuto, anche per quanto concerne la qualifica del cessionario.

E' libero sia da prelazione che da gradimento il trasferimento di azioni mortis causa.

Il rifiuto deve essere motivato. Comunque il gradimento dovrà essere negato in presenza delle seguenti circostanze:

- nel caso che l'acquirente persona fisica abbia subito condanne, anche non definitive, per reati dolosi;

- nel caso che la parte acquirente abbia subito protesti cambiari o per assegni a vuoto;
- nel caso che, con l'alienazione delle azioni messe in vendita, la partecipazione complessiva del capitale sociale dell'Azienda RMD scenda al di sotto del limite del 51%;
- nel caso in cui l'acquirente non sia in possesso dei requisiti richiesti dal disciplinare di gara, approvato con deliberazione n. 1142 del 02/08/2002 del direttore Generale della A.USL RMD, per la scelta degli azionisti privati con procedure di evidenza pubblica.

A tal fine il socio alienante deve comunicare al Consiglio di amministrazione le generalità del cessionario, ed ogni altra indicazione eventualmente richiesta, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Il Consiglio di amministrazione deve comunicare al socio la propria decisione entro il termine di 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della raccomandata di cui al precedente comma, trascorso tale termine senza che l'organo amministrativo si sia pronunciato il consenso si presume prestato.

In particolare la società, qualora non voglia o non possa acquistare essa stessa, ai sensi dell'articolo n. 2357 C.C., le azioni od i diritti di opzione che si vogliono trasferire, può indicare al socio alienante un acquirente ad esso gradito.

Articolo 11

Certificati azionari

La società non ha l'obbligo di emettere i titoli azionari se non a richiesta del socio interessato.

Essa potrà emettere certificati provvisori firmati da almeno due amministratori, fra i quali il presidente o l'amministratore delegato.

La qualifica di azionista, nei rapporti con la società viene acquisita unicamente attraverso l'iscrizione nell'apposito albo/libro dei soci.

Articolo 12

Obbligazioni

La società potrà emettere obbligazioni ordinarie nei limiti e con le modalità previste dall'articolo n. 2410 del Codice Civile e dalle altre disposizioni vigenti in materia.

Articolo 13

Contributi

La società potrà ricevere contributi di ogni tipo per il conseguimento dello scopo sociale da chiunque.

PARTE III

ORGANI

Articolo 14

Organi della società

Sono organi della società:

- l'Assemblea degli azionisti;
- il Consiglio di Amministrazione;
- il Presidente;
- il Collegio Sindacale.

Articolo 15

Assemblea

L'assemblea rappresenta l'universalità dei soci e le sue deliberazioni, assunte in conformità della legge e dello statuto, obbligano tutti i soci, ancorché assenti o dissenzienti, ed i loro aventi causa, salvo il disposto dell'art. 2437 cc.

L'assemblea è ordinaria e straordinaria ai sensi di legge.

L'assemblea ordinaria delibera sulle materie indicate dall'articolo 2364 del c.c. e su quanto previsto dal presente statuto e suoi allegati.

L'assemblea straordinaria delibera sulle materie indicate dall'articolo 2365 e su quanto previsto dal presente statuto e suoi allegati.

Articolo 16

Convocazione delle assemblee

L'assemblea, che può essere ordinaria e straordinaria, è convocata dal Presidente del consiglio di amministrazione, anche fuori dalla sede sociale, purché in Italia, osservate le disposizioni dell'articolo 2366 del c.c..

In occasione di ogni convocazione, il Presidente provvederà altresì ad inviare ai soci almeno quindici giorni liberi prima di quello fissato per l'adunanza, avviso con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, contenente il giorno, l'ora, il luogo della riunione in prima ed in seconda convocazione e gli argomenti posti all'ordine del giorno.

La seconda convocazione dell'assemblea che può essere contenuta anche nell'avviso di prima convocazione, non può essere tenuta nello stesso giorno fissato per la prima. L'assemblea è altresì validamente costituita quando sia presente l'intero capitale sociale, il consiglio di amministrazione e tutti i sindaci effettivi; in seconda convocazione invece, l'assemblea è validamente costituita, ai sensi dell'articolo 2369 del c.c., e qualunque sia la parte di capitale rappresentata dai soci intervenuti.

Articolo 17

Partecipazione all'assemblea

Hanno diritto ad intervenire e votare nell'assemblea i soci regolarmente iscritti nel libro soci almeno cinque giorni prima dell'adunanza, anche se non regolarmente convocati.

Ogni socio può farsi rappresentare, a mezzo di delega scritta, da altro socio o da persona non socio, con osservanza del disposto e dei limiti dell'articolo 2372 del c.c..

All'assemblea può altresì partecipare, qualora la società a norma del precedente articolo abbia emesso obbligazioni, il rappresentante comune degli obbligazionisti.

Articolo 18

Funzionamento dell'assemblea

L'assemblea è presieduta dal Presidente del Consiglio di Amministrazione, in caso di impedimento, se nominato, dal Vice Presidente ed in assenza di quest'ultimo da persona designata dall'assemblea stessa, che nominerà altresì un segretario, anche non socio, salvo che tale ufficio sia assunto da un notaio ai sensi di legge. In caso di assemblea straordinaria il verbale dell'assemblea dovrà essere redatto da un notaio.

Spetta al Presidente constatare la validità dell'assemblea, la regolarità delle deleghe, il diritto degli intervenuti di partecipare all'assemblea e di regolarne l'andamento dei lavori e delle votazioni sottoscrivendo, per ciascuna seduta, il relativo verbale unitamente al segretario, che ne cura la trascrizione sull'apposito libro dei verbali delle assemblee.

Ogni socio ha diritto di esprimere nelle assemblee un voto per ogni azione posseduta.

Articolo 19

Assemblea ordinaria e straordinaria

L'assemblea ordinaria, in prima convocazione, è validamente costituita con la presenza di tanti soci che rappresentino in proprio

o per delega, almeno il 51% del capitale sociale. In seconda convocazione l'assemblea ordinaria è regolarmente costituita qualunque sia la parte di capitale rappresentata dai soci intervenuti.

L'assemblea ordinaria delibera sugli oggetti indicati nel 1° comma dell'articolo 2364 c.c. e su ogni altro oggetto previsto dal presente statuto.

L'assemblea ordinaria delibera sulle indennità di carica spettanti ai componenti del Consiglio di amministrazione ed al suo Presidente.

E' convocata almeno una volta l'anno, nei termini, per l'approvazione di bilancio ed almeno una volta l'anno, entro sei mesi dalla chiusura dell'esercizio, attesa la specificità dell'oggetto sociale.

L'assemblea straordinaria delibera in prima convocazione col voto favorevole di tanti soci che rappresentino almeno i 2/3 del capitale sociale. In seconda convocazione, è validamente costituita se può deliberare col voto favorevole di tanti soci che rappresentino, in proprio o per delega, il 51% del capitale sociale, fatte salve le disposizioni di legge inderogabili.

Articolo 20

Consiglio di amministrazione

La società è amministrata da un Consiglio di amministrazione formato da 7 membri, anche non soci.

I componenti del Consiglio di amministrazione vengono nominati nel seguente modo:

- n. 4, dai titolari di azioni di categoria “A”, ai sensi dell’articolo 2458 del c.c.;
- n. 3, dai titolari di azioni di categoria “B”;

La modalità di svolgimento delle nomine è determinata dal Presidente del Consiglio di amministrazione e comunicata all’assemblea prima dell’inizio delle operazioni.

Gli amministratori nominati ai sensi dell’articolo 2458 c.c. possono essere revocati, con giusta causa, solo dalla categoria di azioni che li ha nominati.

Il Consiglio di amministrazione dura in carica per 3 anni. I componenti sono rieleggibili.

Il Consiglio di amministrazione nomina, scegliendolo tra i componenti nominati dalla categoria “A” di azioni, il suo Presidente.

Il Consiglio di amministrazione nomina, scegliendolo tra i componenti nominati dalla categoria “B” di azioni, un Amministratore delegato al fine di conferirgli ai sensi e nei limiti dell’art. 2381 c.c. i poteri di cui al successivo articolo 21, determinandone la remunerazione sentito il collegio sindacale, ai sensi dell’art. 2389 c.c..

Il Consiglio di amministrazione nomina un Direttore sanitario, con le modalità previste nel successivo articolo 22.

Nel periodo di intercorrenza tra la data di decadenza e quella di accettazione della carica da parte degli amministratori di nuova elezione, il Consiglio continua ad esercitare tutti i poteri previsti dalla legge e dal presente statuto senza limitazione alcuna.

Ai componenti del Consiglio di amministrazione spetta il rimborso delle spese sostenute per l'espletamento del proprio incarico, fermo restando la competenza dell'Assemblea ordinaria per la determinazione di cui al n. 3 dell'articolo 2364 del codice civile.

Gli amministratori comunque nominati non sono tenuti a presentare cauzione.

Articolo 21

Amministratore delegato

Il Consiglio di amministrazione conferirà ad un Amministratore delegato, nominato ai sensi del presente statuto, le seguenti attribuzioni e deleghe:

- dirigere l'attività tecnica e amministrativa della società;
- dirigere il personale dipendente;
- proporre i budget settoriali e gli organigrammi aziendali;
- provvedere alla formalizzazione dei rapporti di lavoro dei dipendenti;
- adottare i provvedimenti per assicurare e migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità dei servizi della società ed il loro organico sviluppo;

- provvedere nei limiti e con le modalità stabilite in un apposito regolamento alla esecuzione dei lavori ed alla acquisizione dei servizi e forniture indispensabili per il funzionamento della società;
- ogni altra attribuzione che il consiglio riterrà di delegare.

Non possono essere delegate le attribuzioni indicate negli articoli 2423, 2442 e 2447 del codice civile.

Articolo 22

Poteri del consiglio di amministrazione

Il Consiglio di amministrazione è investito dei più ampi poteri di gestione ordinaria e straordinaria e gli sono riconosciute tutte le facoltà per il raggiungimento degli scopi sociali che non siano dalla legge e dallo statuto riservati all'assemblea dei soci e potrà quindi in via esemplificativa:

- procedere ad acquisti, permuta ed alienazioni mobiliari ed immobiliari, di assumere obbligazioni anche cambiarie e mutui ipotecari, di partecipare ad altre aziende o società costituite o costituende, anche sotto forma di conferimento, di fare qualsiasi operazione presso gli istituti di credito;
- decidere di assumere e licenziare personale;
- decidere di acquistare e vendere merci e beni mobili in genere anche registrati;
- procedere a revisioni e liquidazioni di conti;

- decidere di esigere somme o garanzie fideiussorie o simili e quant'altro comunque dovuto e da chiunque dovuto a da chiunque alla società e per qualsiasi titolo;
- decidere di compiere qualunque operazione bancaria, e così chiedere ed ottenere finanziamenti, aperture di credito e fini di conto corrente, perfezionando tutte le formalità relative; aprire e chiudere conti; depositare e ritirare somme, titoli e valori; emettere assegni sui conti correnti della società presso qualsiasi banca od istituto di credito, fino a concorrenza dei fidi accordati alla società stessa, compiere ogni atto od operazione presso la Cassa Depositi e Prestiti ove consentito dalla speciale normativa;
- deliberare la sottoscrizione di contratti di ogni tipo, necessari all'attività;
- decidere di nominare avvocati e procuratori alle liti in ogni sede e grado di giurisdizione;
- decidere di nominare un comitato esecutivo, consiglieri delegati e procuratori determinandone i poteri;
- decidere di nominare un Direttore Sanitario, scegliendolo tra i consiglieri nominati dalla categoria di azioni di tipo "B", ovvero, qualora si rendesse necessario per particolari compiti da assegnare, scegliendolo tra una rosa di tre nomi esterni, indicati dai consiglieri aventi diritto alla nomina - cioè quelli eletti dalle azioni di tipo "B" -, definendone poteri, compiti, attribuzioni, periodo e remunerazione, con le responsabilità di cui all'art. 2396 c.c..

Inoltre resta al Consiglio di amministrazione la competenza a decidere su atti che prevedano l'assunzione di nuove attività o servizi connessi a quelli oggetto della società.

Rientrano nella competenza collegiale del Consiglio, e quindi non sono delegabili ai singoli amministratori, oltre alle attribuzioni previste dalla legge come non delegabili, l'approvazione dei piani di investimento connessi ai contratti stipulati con gli enti pubblici per la gestione dei servizi pubblici sanitari.

Articolo 23

Convocazione del Consiglio di amministrazione

Il Consiglio di amministrazione è convocato dal Presidente o in caso di suo impedimento, dalla persona che lo sostituisce nella sede della società o in altro luogo, purché in Italia, con lettera raccomandata spedita almeno tre giorni prima della data fissata per la riunione e, per il caso d'urgenza, con telegramma o altro mezzo purché idoneo, da recapitarsi almeno 24 ore prima.

La convocazione ha luogo di regola una volta ogni bimestre e quando il Presidente ne ravvisi l'opportunità nonché quando ne faccia richiesta scritta almeno metà più uno dei consiglieri in carica.

Il Consiglio si reputa validamente costituito, anche in assenza di formale convocazione, qualora siano presenti tutti i consiglieri ed i sindaci effettivi.

Articolo 24

Validità delle delibere del consiglio di amministrazione

Per la validità delle delibere del Consiglio di amministrazione è necessaria la presenza della maggioranza degli amministratori in carica.

Le deliberazioni sono prese a maggioranza dei voti favorevoli dei presenti.

In caso di parità dei voti prevale il voto del Presidente o di chi ne fa le veci.

Per le deliberazioni che seguono sarà necessaria la maggioranza assoluta dei consiglieri in carica:

- trasferimento delle azioni;
- nomina dell'Amministratore delegato;
- nomina del Direttore Sanitario;
- esame e proposte all'assemblea di eventuali variazioni allo statuto.

Articolo 25

Deleghe

Il Consiglio può delegare parte delle proprie attribuzioni e dei propri poteri, compreso l'uso della firma sociale, ad uno o più dei suoi membri, con la qualifica di Consigliere delegato; potrà pure attribuire speciali incarichi e speciali funzioni d'ordine tecnico-amministrativo ad uno o più dei suoi membri, come pure potrà avvalersi della particolare loro consulenza.

In tal caso, potrà deliberare speciali compensi e particolari remunerazioni, sentito però, in ogni caso, il parere del collegio sindacale.

Articolo 26

Firma e rappresentanza sociale

Al Presidente del Consiglio di amministrazione ed in caso di assenza od impedimento, se nominato, al Vice Presidente, spetta la rappresentanza legale, negoziale e giudiziale della società. All'uno ed all'altro potranno essere attribuite dal Consiglio di amministrazione particolari cariche, deleghe e funzioni.

Articolo 27

Presidente del Consiglio di Amministrazione

Il Presidente:

- ha la rappresentanza legale della società con firma libera per la esecuzione di tutte le deliberazioni del consiglio;
- può rilasciare anche a terzi procure speciali per atti o categorie di atti di ordinaria amministrazione predeterminati con deliberazione del consiglio di amministrazione;
- convoca l'assemblea, ne accerta la regolare costituzione e la presiede;
- sovrintende al regolare andamento della società;
- riferisce all'assemblea sull'andamento della gestione aziendale segnatamente in ordine alla realizzazione degli indirizzi

programmatici stabiliti dall'assemblea stessa e, ove necessario, ne sollecita l'emanazione;

- promuove le iniziative volte ad assicurare una integrazione dell'attività aziendale con le realtà sociali, economiche e culturali della comunità locale;
- adotta, sotto la sua responsabilità, in caso di necessità ed urgenza insorti posteriormente all'ultima seduta, i provvedimenti di competenza del consiglio di amministrazione e li sottopone alla ratifica del consiglio stesso nella sua prima adunanza e, comunque, entro trenta giorni dalla assunzione.

In caso di assenza o di impedimento, il Presidente è sostituito dal Vice Presidente o dal consigliere anziano.

La firma del Vice Presidente o del consigliere anziano fa fede dell'assenza o dell'impedimento del Presidente.

Articolo 28

Collegio sindacale

Il Collegio sindacale è composto di tre membri effettivi e due supplenti, nominati dall'Assemblea nel modo seguente:

- n. 2 effettivi e n. 1 supplente, dai titolari di azioni di categoria "A", ai sensi dell'articolo 2458 del c.c.;
- n. 1 effettivo e n. 2 supplenti, dai titolari di azioni di categoria "B";

I sindaci durano in carica un triennio e sono rieleggibili per una sola volta.

Il Collegio sindacale nomina tra i suoi membri, scegliendolo tra quelli nominati ai sensi dell'art. 2458, il Presidente.

I sindaci effettivi e supplenti dovranno essere scelti fra gli iscritti nel Registro dei Revisori contabili istituito presso il Ministero di Grazia e giustizia.

L'assemblea determina il compenso spettante ai sindaci effettivi ed al Presidente del collegio sindacale.

PARTE IV

BILANCIO ED UTILI

Articolo 29

Esercizio sociale

L'esercizio sociale ha inizio il 1° gennaio e termina il 31 dicembre di ogni anno.

Articolo 30

Bilancio

Il bilancio di esercizio, redatto secondo i criteri di cui all'articolo 2423 e seguenti del codice civile, costituito dal Conto economico dei profitti e delle perdite, dallo Stato patrimoniale, dalla Nota integrativa e da una relazione degli amministratori, sarà sottoposto all'approvazione dell'Assemblea ordinaria dei soci a cura del Consiglio di amministrazione nei termini di legge.

Il bilancio può essere certificato da società di revisione abilitata, prescelta dal consiglio di amministrazione.

Articolo 31

Utili

Gli utili netti di bilancio saranno ripartiti come segue:

- il 5% al Fondo di riserva legale fino a che questa non abbia raggiunto il quinto del capitale sociale;
- il 5% ad un Fondo riserva statutario, destinato al miglioramento e allo sviluppo dell'azienda;
- il residuo verrà ripartito tra i soci in forma di dividendi in proporzione alle quote di capitale sociale possedute, salvo diversa deliberazione dell'Assemblea ordinaria, con il voto favorevole dei soci che rappresentino almeno i quattro quinti del capitale sociale.

Il pagamento dei dividendi è effettuato nei modi, luoghi e termini stabiliti dal consiglio di amministrazione.

I dividendi non riscossi entro il quinquennio dal giorno in cui divennero disponibili vanno prescritti a favore del Fondo di riserva statutario.

PARTE V

DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 32

Scioglimento e liquidazione

Addivenendosi in qualunque tempo e per qualsiasi causa allo scioglimento della società l'assemblea straordinaria nominerà uno

o più liquidatori, determinandone poteri e compensi e stabilendo le modalità di liquidazione.

Articolo 33

Domicilio dei soci

Il domicilio dei soci, per quanto concerne i loro rapporti con la società, si intende eletto ad ogni effetto di legge presso quello che risulta dal libro dei soci.

Articolo 34

Clausola compromissoria

Tutte le controversie che possono comunque sorgere fra i soci, o fra la società, i soci, gli amministratori, i liquidatori, o fra soci, la società e gli eredi di un socio, in ordine all'esistenza, validità interpretazione ed osservanza del presente statuto e dell'atto costitutivo e ciò anche in sede di liquidazione, che non siano per norma imperativa deferite all'autorità giudiziaria e che non fosse possibile comporre direttamente fra le parti in via bonaria definizione, saranno sottoposte al giudizio di un collegio di tre arbitri.

Ciascuna parte designerà un arbitro ed i due così nominati designeranno il terzo con funzioni di presidente.

A questi effetti la parte che intende sottoporre la controversia ad arbitrato ne informerà l'altra con una comunicazione contenente anche le generalità dell'arbitro designato.

L'altra parte deve procedere alla designazione del suo arbitro entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui al precedente punto 3.

In mancanza di accordo, il presidente del collegio arbitrale ed il membro eventualmente non nominato dalla parte, o non sostituito tempestivamente in caso di mancanza in corso di procedimento, saranno designati dal Presidente del Tribunale di Roma su ricorso della parte più diligente.

Qualora le parti fossero più di due, la nomina dell'intero collegio arbitrale sarà demandata al Presidente del tribunale di Roma.

Gli arbitri decideranno secondo diritto e renderanno il lodo entro 90 giorni dalla loro costituzione il collegio, salvo deroga richiesta da entrambe le parti o disposta dal collegio stesso, per un periodo non superiore a trenta giorni.

Il lodo arbitrale deciderà anche circa le spese di giudizio e la loro ripartizione tra le parti.

Il collegio arbitrale avrà sede presso il Comune di Roma.

Resta obbligo ed impegno delle parti a dare immediata e spontanea esecuzione alla decisione arbitrale.

Articolo 35

Rinvio

Per quanto non espressamente disciplinato dal presente statuto si fa riferimento alle disposizioni in materia, contenute nel codice civile e nelle altre leggi in materia.

Articolo 36

Norme transitoria

Il Presidente del Consiglio di amministrazione e le altre nomine previste dal presente statuto sono effettuate, per la prima volta, in sede di costituzione della società senza formale convocazione delle assemblee e comunicati sedutastante al notaio rogante.

ELENCO DELLE PRINCIPALI NORME, CIRCOLARI E PUBBLICAZIONI ATTINENTI

Legge 28 dicembre 2001, n. 448
“articoli 35 – 11 – 40 – 47 – 55”

Legge 16 novembre 2001, n. 405
“conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”

Circolare 19 ottobre 2001, n. 12727
“presidenza Consiglio dei Ministri, dipartimento politiche comunitarie, On. Buttiglione”

Legge 3 ottobre 2001, n. 366
“delega al governo per la riforma del diritto societario”

Trattato di Maastricht
“articoli 43 – 49”

Il Sole 24 ore
lunedì 20 marzo 2000 “il privato nel pubblico ha reso 21 miliardi nel 1999”

Il Sole 24 ore
lunedì 14 febbraio 2000 “società miste Ssn e privati”

Il Sole 24 ore
“un controllo pubblico ma con società miste” D’Antoni

Direttive CEE
“n. 92/50 articolo 1-bis del 18 giugno 1992 recepita con D.Lgs 17 marzo, art. 2, 1995, n. 157 e modificazioni introdotte dalla direttiva CEE 97/38 “settori esclusi” recepita con D.Lgs 17 marzo 1995, n. 158 e modifiche introdotte con direttiva CEE 98/4 recepita con D.Lgs 25 novembre 1999, n. 525”

Legge 14 ottobre 1999, n. 362
“disposizioni urgenti in materia sanitaria”

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229
“norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale,
a norma dell’art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”

Legge 30 novembre 1998, n. 419
“delega al governo per la razionalizzazione del servizio
sanitario nazionale e per l’adozione di un testo unico in materia
di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario
nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992,
n. 502”

Legge 31 luglio 1997, n. 258
“conversione in legge del decreto legge 19 giugno 1997, n. 171,
recante disposizioni urgenti in materia sanitaria”

Legge 17 gennaio 1997, n. 4
“conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 17
maggio 1996, n. 280, recante disposizioni urgenti nel settore
sanitario”

Legge 18 luglio 1996, n. 382
“conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 17
maggio 1996, n. 280, recante disposizioni urgenti nel settore
sanitario”

Linee guida regionali
“per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle aziende
sanitarie della regione Lazio”

Nuovo piano dei conti delle aziende sanitarie e aziende
ospedaliere

Testo Unico degli Enti locali

“D.Lgs 18 agosto 2000, n. 267, artt. 112 – 113 – 114 – 115 - 116”

Decreto Ministero della Salute 5 settembre 2001
“ripartizione dei finanziamenti per gli anni 2000, 2001 e 2002 per la realizzazione di strutture per le cure palliative”

Determinazione n. 33/2000 del 13 luglio
“organismo di diritto pubblico e società miste”

D.P.R. 16 settembre 1996, n. 533
“regolamento recante norme sulla costituzione di società miste a maggioranza privata per la gestione dei servizi pubblici”

Circolare 17 ottobre 2001 Ministero Ambiente
“società a prevalente capitale pubblico locale per la gestione del servizio idrico integrato”

Bibliografia:

Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhof F, Geurts JM and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997; 349:1655-9.

Cadum E, Costa G, Biggeri A, Martuzzi M. Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base geografica. *Epidemiol Prev* 1999; 23:175-87

Pinnelli A, Ma socco M. La disuguaglianza della nascita e dell'infanzia. In: Corchia C, Baronciani D, Ghetti V (atti del convegno a cura di). *Epidemiologia della diseguaglianza nell'infanzia*. Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma, 1995

Pacella C, *Le società miste di gestione dei servizi pubblici*. CERSEG Roma 2001

Faggiano F, Di Stanislao F, Lemma P, Renga G. Inequalities in health. Role of social class in caries occurrence in 12 year olds in Turin, Italy. *Eu J Public Health* 1999; 9:109-13

Iacona (gruppo di lavoro). Icona: indagine nazionale sulla copertura vaccinale infantile. Rapporti ISTISAN 98/33, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 1998.

Segnan N, Ronco G, Ponti A. Practice of early diagnosis of breast and uterine cervix cancer in a northern Italian town. *Tumori*, 1990; 76:227-33

Faggiano F, Zanetti R, Rosso S, Costa G. Differenze sociali nell'incidenza, letalità e mortalità per tumori a Torino. *Epidemiol Prev* 1999; 23:294-99

Materia E, Spadea T, Rossi L, Cesaroni G, Arcà M, Peducci CA. Disuguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socio-economica a Roma. *Epidemiol Prev* 1999; 23:197-206

Pacella C, Marketing dell'Ente locale. CERSEG Roma 2001

Rapiti E, Peducci CA, Agabiti N, et al. Disuguaglianze socioeconomiche nell'efficacia dei trattamenti sanitari. Tre esempi nel Lazio. *Epidemiol Prev* 1999; 23:153-60

Ciccione G, Lorenzoni L, Ivaldi C, cicarelli E, Piobbici M, Arione R. Classe sociale, modalità di ricovero, gravità clinica e mortalità ospedaliera: un'analisi con "All Patient Refined - DRG" dei dimessi dall'ospedale Molinette di Torino. *Epidemiol Prev* 1999; 23:188-96

Costa G, Faggiano F, Lagorio S. Mortalità per professioni in Italia negli anni '80. ISPESL (collana quaderni Ispesl 2) Roma, 1995

Pacella C, Pianificazione e gestione delle Aziende sanitarie, FOR.COM. Roma, 2002

Costa G, Faggiano F (a cura di). L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Fondazione Smith Kline, Franco Angeli, Milano, 1994

Pacella C, Marketing degli Enti locali – letture di approfondimento – Master Pubbl.Com. “La Sapienza” Roma, 2002

Corchia C, Baronciani D, Ghetti V (atti del convegno a cura di). Epidemiologia della disuguaglianza nell'infanzia. Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma, 1995

Ministero della Sanità. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. un patto di solidarietà per la salute. Ministero della sanità, Roma, 1998

Canon AG, Semwogerere A, Lamont DW, et al. Relation between socioeconomic deprivation and pathological prognostic factors in women with breast cancer. BMJ 1994; 307:1054-1057

**REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
ROMA D**

**DIRETTORE GENERALE
AVV. MARCO BONAMICO**

STATUTO DELLA SOCIETA'

**PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE
COMUNE DI FIUMICINO**

**HOSPICE
CENTRO DIURNO
OSPEDALE DI DISTRETTO
ASSISTENZA DOMICILIARE**

STATUTO DELLA SOCIETA' MISTA

**AZIENDA USL ROMA D
REGIONE LAZIO**

**STATUTO DELLA SOCIETA' DI SPERIMENTAZIONE
GESTIONALE AI SENSI DELL'ARTICOLO 9 BIS DELLA
LEGGE 229/1999 e s.m.**

PARTE I

DENOMINAZIONE SEDE DURATA OGGETTO

Articolo 1

Denominazione

E' costituita, ai sensi degli articoli 2325 e seguenti del c.c .e dell'articolo 9 bis della legge 229/1999 come risulta modificato dall'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 405/2001, una Società per Azioni con partecipazione maggioritaria dell'Azienda Sanitaria RMD denominata : “.....S.p.A.”

Articolo 2

Sede

La Società ha sede legale in Roma (RM) alla Via

.....

Nel rispetto delle norme di legge e del presente statuto potranno essere istituite e parimenti soppresse, in altre località nazionali ed all'estero:

- con deliberazioni assembleari straordinarie, sedi secondarie;
- con deliberazioni assembleari ordinarie, filiali, succursali, agenzie, uffici locali ed uffici di rappresentanza.

Articolo 3

Durata

La durata della società è stabilita dalla data della sua legale costituzione sino a tutto il 31 dicembre 2052 ma potrà essere sciolta o trasformata anticipatamente rispetto alla scadenza nei casi e con le modalità previste espressamente dal programma di sperimentazione gestionale di cui al successivo articolo 4 ovvero prorogata con deliberazione dell'assemblea straordinaria degli azionisti.

Articolo 4

Finalità ed oggetto della società

La società ha per oggetto l'attuazione di un programma di sperimentazione gestionale di servizi sanitari, adottato dalla Regionale Lazio e facente parte integrante e sostanziale del

presente statuto, contenente in particolare i seguenti elementi e criteri di garanzia:

- disciplina delle forme di risoluzione del rapporto contrattuale con i privati che partecipano alla sperimentazione in caso di gravi inadempienze agli obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi;
- definizione dei compiti, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati che partecipano alla sperimentazione gestionale, avendo cura di escludere in particolare il ricorso a forme contrattuali, di appalto o subappalto, nei confronti di terzi estranei alla convenzione di sperimentazione, per la fornitura di opere e servizi direttamente connesse all'assistenza alla persona;
- individuazione delle forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione delle convenzioni di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione;
- privilegiare nell'area del settore privato il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale.

In via esemplificativa e non tassativa la società gestirà i seguenti servizi.....

Per il conseguimento delle sopra indicate finalità la società potrà compiere anche le seguenti attività:

- acquisizione di beni immobili e di beni strumentali necessari alla realizzazione delle strutture e alla gestione dei servizi;
- redazione di studi preliminari e di fattibilità, strumenti attuativi, indagini tecniche, progettazioni preliminari, definitive ed esecutive;
- realizzazione delle opere mediante esecuzione dei lavori in forma diretta o in affidamento;
- manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili e degli impianti oggetto dell'intervento.

La società, direttamente o indirettamente, potrà inoltre:

- eseguire ogni altra operazione attinente o connessa all'oggetto sociale, nessuna esclusa;
- compiere tutte le operazioni commerciali, industriali, finanziarie, mobiliari ed immobiliari ritenute necessarie ed utili per il conseguimento dell'oggetto sociale;
- assumere interessenze, quote o partecipazioni anche azionarie in società di capitali, imprese, consorzi ed enti anche di tipo associativo aventi scopi affini, analoghi, complementari o strumentali al proprio;
- ricorrere al prestito, al credito industriale, a finanziamenti per opere pubbliche, a finanziamenti europei, contrarre mutui, richiedere fidi, scontare e sottoscrivere effetti sia con Istituti Pubblici che Privati, concedere e ricevere fideiussioni e ipoteche di ogni ordine e grado, sviluppare ipotesi di project financing;

- raccogliere, ai fini del conseguimento degli scopi sociali, conferimenti di denaro o prestiti dai soci, esclusivamente nei limiti consentiti dalla delibera del 3 marzo 1994 del Comitato Interministeriale per il Credito ed il Risparmio e/o da eventuali future norme che verranno emanate in materia;
- essere soggetto destinatario di fondi provenienti da soggetti pubblici o privati che hanno interesse al raggiungimento del fine sociale;

La società potrà altresì costituire enti, società, consorzi ed associazioni, sotto qualsiasi forma.

PARTE II

CAPITALE SOCIALE AZIONI OBBLIGAZIONI

Articolo 5

Capitale sociale

Il capitale sociale iniziale è di Euro 100.000,00 (centomila) ed è diviso in n° 100.000,00 (centomila) azioni da nominali Euro 1 (uno) ciascuna, aventi tutte parità di diritti.

Una quota di capitale sociale pari a minimo il 51% deve essere sempre detenuta dall'Azienda Unità Sanitaria Locale ROMA D.

I conferimenti possono essere in numerario ovvero, previa perizia, in beni immobili o in beni mobili.

Gli eventuali versamenti effettuati dai soci ed eseguiti in conto futuri aumenti di capitale, sono infruttiferi e non comportano obblighi di restituzione per la società, salvo apposita deliberazione assembleare.

Su delibera dei soci, costoro, per necessità gestionali, potranno finanziare la società senza che ciò comporti aumento di capitale sociale:

- ciò potrà avvenire anche in proporzione diversa alle quote di partecipazione dei soci al capitale sociale;
- quanto versato sarà comunque infruttifero salvo che il Consiglio di amministrazione, sentito il collegio sindacale, non deliberi il riconoscimento di un interesse a un tasso da stabilire.

Articolo 6

Variazioni del capitale sociale

Il capitale sociale può essere aumentato o diminuito con deliberazione dell'Assemblea straordinaria e alle condizioni e nei termini da questa stabiliti, nel rispetto delle disposizioni del c.c. in materia e senza diminuire la percentuale maggioritaria spettante alla Azienda Unità Sanitaria Locale ROMA D.

In caso di aumento del capitale sociale verrà riservato, salvo diversa deliberazione assembleare, il diritto di opzione agli azionisti.

Articolo 7

Finanziamento dei soci

Nel caso in cui, per qualsiasi motivo, si rendessero necessari versamenti in conto capitale e tutti i soci fossero disponibili a eseguirli, tali versamenti s'intenderanno proporzionali alle quote di partecipazione al capitale sociale, salvo e unanime altra pattuizione.

La società ha facoltà di emettere ogni titolo o valore mobiliare previsto dalla legge.

Su delibera dei soci, costoro potranno finanziare la società senza che ciò comporti aumento di capitale sociale. Ciò potrà avvenire anche in proporzione diversa alle quote di partecipazione dei soci al capitale sociale.

Articolo 8

Azioni

Le azioni sono obbligatoriamente nominative ed indivisibili e conferiscono ai loro possessori uguali diritti.

Ai soli fini della nomina del consiglio di amministrazione di cui all'articolo 20 del presente statuto le azioni sono nominalmente divise in due categorie: categoria "A" alla quale appartengono le azioni possedute dai soggetti pubblici e categoria "B" alla quale appartengono le azioni possedute dai soggetti privati.

Le azioni sono indivisibili e ognuna di esse dà diritto ad un voto, in occasione delle assemblee.

In sede di aumento di capitale sociale gli azionisti hanno diritto di opzione nella sottoscrizione di azioni di nuova emissione, proporzionalmente al possesso azionario rilevabile dall'iscrizione nel libro soci alla data di deliberazione dell'aumento di capitale sociale. Il termine per l'esercizio del diritto di opzione di all'articolo 2441 del C.C. è fissato in mesi sei.

Le eventuali azioni aventi diritti diversi da quelle già emesse godono dei diritti per esse espressamente previsti nell'atto che ne disciplina l'emissione.

I certificati azionari, se emessi, portano le firme di due amministratori, oppure quelle di un amministratore e di un procuratore speciale all'uopo delegato dal consiglio di amministrazione.

I versamenti sulle azioni sono richiesti dal consiglio di amministrazione, in una o più volte, nei termini e nei modi che lo stesso reputi convenienti.

A carico dei soci in ritardo nei pagamenti decorrerà l'interesse nella misura che, di volta in volta, verrà fissata dal Consiglio di

amministrazione, salvo il diritto degli amministratori di avvalersi delle facoltà loro concesse dall'articolo 2344 del codice civile.

In conformità dell'articolo 2441 del codice civile, la società potrà aumentare il proprio capitale riservando parte delle azioni di nuova emissione ai propri dipendenti e ai propri utenti.

La società potrà, altresì, aumentare il proprio capitale per destinarne parte all'azionariato diffuso.

Il socio che intende costituire in pegno, in tutto o in parte, le proprie azioni dovrà darne comunicazione scritta agli altri soci, indicando le condizioni dell'operazione di finanziamento in relazione alla quale le azioni dovrebbero essere costituite in pegno e gli altri soci avranno diritto di prelazione nell'esecuzione dell'operazione stessa; diritto da esercitarsi dandone comunicazione scritta entro 15 giorni dal ricevimento dell'offerta.

In caso di esercizio di prelazione esercitato da un socio resta convenuto che il diritto di voto continuerà a spettare al socio debitore che ha costituito le azioni in pegno.

Ove gli altri soci non si avvalgano del diritto di prelazione di cui sopra, il socio interessato potrà, entro un mese dalla spedizione della lettera di offerta compiere l'operazione, ma ciò:

- solamente con primaria banca o assicurazione;

- ed a condizione che la banca o assicurazione riconoscano di aver accertato la preliminare osservanza della clausola di prelazione contenuta nel presente articolo e che nell'atto di costituzione di pegno, da produrre alla società, sia stato convenuto che il diritto di voto spetti al socio debitore.

La qualità di azionista comporta di per sé sola, piena ed assoluta adesione all'atto costitutivo della società ed al presente statuto.

Articolo 9

Prelazione

Qualora un socio intenda trasferire in tutto o in parte le proprie azioni, ovvero i diritti di opzione su nuove azioni emesse in caso di aumento di capitale, dovrà previamente, con raccomandata R.R. da inviare al consiglio di amministrazione, offrirle in acquisto agli altri soci, specificando il nome del terzo e dei terzi disposti all'acquisto e le condizioni di vendita. Il consiglio di amministrazione entro 10 giorni dal ricevimento della proposta di vendita provvederà a darne comunicazione a tutti i soci.

I soci che intendono esercitare il diritto di prelazione debbono, entro 20 giorni dal ricevimento della raccomandata di cui al comma precedente, darne comunicazione a mezzo di lettera raccomandata R.R. indirizzata al consiglio di amministrazione, nella quale dovrà essere manifestata l'incondizionata volontà di acquistare le azioni o i diritti di opzione offerti in vendita. Il

consiglio di amministrazione provvederà a dare comunicazione all'offerente ed a tutti i soci a mezzo raccomandata R.R. delle proposte di acquisto pervenute entro 10 giorni dal ricevimento.

Nel caso in cui l'offerta venga accettata da più soci, le azioni o i diritti di opzione offerti in vendita verranno attribuiti ad essi in proporzione alla rispettiva partecipazione al capitale della società.

Qualora, in seguito ad alienazione, venisse raggiunta la quota minima pubblica di possesso azionario, di cui all'articolo 5, le successive alienazioni di azioni e di diritti di opzione da parte di enti pubblici potranno essere disposte esclusivamente in favore di altri enti pubblici locali soci e non soci.

Nel caso in cui nessuno dei soci eserciti il diritto di prelazione, le azioni ed i relativi diritti di opzione possono essere offerti anche a terzi nel rispetto di quanto disposto dal successivo articolo.

Articolo 10

Trasferimento delle azioni

Il trasferimento volontario delle azioni non può avvenire prima del quinto anno successivo alla data di costituzione della società.

Il trasferimento delle azioni e dei diritti di opzione è comunque subordinato all'attuazione del programma di sperimentazione di cui al precedente articolo 4 e al preventivo gradimento del

Consiglio di amministrazione, espresso con la maggioranza qualificata di cui all'articolo 24 del presente statuto, anche per quanto concerne la qualifica del cessionario.

E' libero sia da prelazione che da gradimento il trasferimento di azioni mortis causa.

Il rifiuto deve essere motivato. Comunque il gradimento dovrà essere negato in presenza delle seguenti circostanze:

- nel caso che l'acquirente persona fisica abbia subito condanne, anche non definitive, per reati dolosi;
- nel caso che la parte acquirente abbia subito protesti cambiari o per assegni a vuoto;
- nel caso che, con l'alienazione delle azioni messe in vendita, la partecipazione complessiva del capitale sociale dell'Azienda RMD scenda al di sotto del limite del 51%;
- nel caso in cui l'acquirente non sia in possesso dei requisiti richiesti dal disciplinare di gara, approvato con deliberazione del n. ___/___ del ___/___/2002 della Regione Lazio, per la scelta degli azionisti privati con procedure di evidenza pubblica.

A tal fine il socio alienante deve comunicare al Consiglio di amministrazione le generalità del cessionario, ed ogni altra indicazione eventualmente richiesta, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Il Consiglio di amministrazione deve comunicare al socio la propria decisione entro il termine di 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della raccomandata di cui al precedente comma, trascorso tale termine senza che l'organo amministrativo si sia pronunciato il consenso si presume prestato.

In particolare la società, qualora non voglia o non possa acquistare essa stessa, ai sensi dell'articolo n. 2357 C.C., le azioni od i diritti di opzione che si vogliono trasferire, può indicare al socio alienante un acquirente ad esso gradito.

Articolo 11

Certificati azionari

La società non ha l'obbligo di emettere i titoli azionari se non a richiesta del socio interessato.

Essa potrà emettere certificati provvisori firmati da almeno due amministratori, fra i quali il presidente o l'amministratore delegato.

La qualifica di azionista, nei rapporti con la società viene acquisita unicamente attraverso l'iscrizione nell'apposito albo/libro dei soci.

Articolo 12

Obbligazioni

La società potrà emettere obbligazioni ordinarie nei limiti e con le modalità previste dall'articolo n. 2410 del Codice Civile e dalle altre disposizioni vigenti in materia.

Articolo 13

Contributi

La società potrà ricevere contributi di ogni tipo per il conseguimento dello scopo sociale da chiunque.

PARTE III

ORGANI

Articolo 14

Organi della società

Sono organi della società:

- l'Assemblea degli azionisti;
- il Consiglio di Amministrazione;
- il Presidente;
- il Collegio Sindacale.

Articolo 15

Assemblea

L'assemblea rappresenta l'universalità dei soci e le sue deliberazioni, assunte in conformità della legge e dello statuto, obbligano tutti i soci, ancorché assenti o dissenzienti, ed i loro aventi causa, salvo il disposto dell'art. 2437 cc.

L'assemblea è ordinaria e straordinaria ai sensi di legge.

L'assemblea ordinaria delibera sulle materie indicate dall'articolo 2364 del c.c. e su quanto previsto dal presente statuto e suoi allegati.

L'assemblea straordinaria delibera sulle materie indicate dall'articolo 2365 e su quanto previsto dal presente statuto e suoi allegati.

Articolo 16

Convocazione delle assemblee

L'assemblea, che può essere ordinaria e straordinaria, è convocata dal Presidente del consiglio di amministrazione, anche fuori dalla sede sociale, purché in Italia, osservate le disposizioni dell'articolo 2366 del c.c..

In occasione di ogni convocazione, il Presidente provvederà altresì ad inviare ai soci almeno quindici giorni liberi prima di quello fissato per l'adunanza, avviso con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, contenente il giorno, l'ora, il luogo della riunione in prima ed in seconda convocazione e gli argomenti posti all'ordine del giorno.

La seconda convocazione dell'assemblea che può essere contenuta anche nell'avviso di prima convocazione, non può essere tenuta nello stesso giorno fissato per la prima. L'assemblea è altresì validamente costituita quando sia presente l'intero

capitale sociale, il consiglio di amministrazione e tutti i sindaci effettivi; in seconda convocazione invece, l'assemblea è validamente costituita, ai sensi dell'articolo 2369 del c.c., e qualunque sia la parte di capitale rappresentata dai soci intervenuti.

Articolo 17

Partecipazione all'assemblea

Hanno diritto ad intervenire e votare nell'assemblea i soci regolarmente iscritti nel libro soci almeno cinque giorni prima dell'adunanza, anche se non regolarmente convocati.

Ogni socio può farsi rappresentare, a mezzo di delega scritta, da altro socio o da persona non socio, con osservanza del disposto e dei limiti dell'articolo 2372 del c.c..

All'assemblea può altresì partecipare, qualora la società a norma del precedente articolo abbia emesso obbligazioni, il rappresentante comune degli obbligazionisti.

Articolo 18

Funzionamento dell'assemblea

L'assemblea è presieduta dal Presidente del Consiglio di Amministrazione, in caso di impedimento, se nominato, dal Vice Presidente ed in assenza di quest'ultimo da persona designata

dall'assemblea stessa, che nominerà altresì un segretario, anche non socio, salvo che tale ufficio sia assunto da un notaio ai sensi di legge. In caso di assemblea straordinaria il verbale dell'assemblea dovrà essere redatto da un notaio.

Spetta al Presidente constatare la validità dell'assemblea, la regolarità delle deleghe, il diritto degli intervenuti di partecipare all'assemblea e di regolarne l'andamento dei lavori e delle votazioni sottoscrivendo, per ciascuna seduta, il relativo verbale unitamente al segretario, che ne cura la trascrizione sull'apposito libro dei verbali delle assemblee.

Ogni socio ha diritto di esprimere nelle assemblee un voto per ogni azione posseduta.

Articolo 19

Assemblea ordinaria e straordinaria

L'assemblea ordinaria, in prima convocazione, è validamente costituita con la presenza di tanti soci che rappresentino in proprio o per delega, almeno il 51% del capitale sociale. In seconda convocazione l'assemblea ordinaria è regolarmente costituita qualunque sia la parte di capitale rappresentata dai soci intervenuti.

L'assemblea ordinaria delibera sugli oggetti indicati nel 1° comma dell'articolo 2364 c.c. e su ogni altro oggetto previsto dal presente statuto.

L'assemblea ordinaria delibera sulle indennità di carica spettanti ai componenti del Consiglio di amministrazione ed al suo Presidente.

E' convocata almeno una volta l'anno entro sei mesi dalla chiusura dell'esercizio attesa la specificità dell'oggetto sociale svolto.

L'assemblea straordinaria delibera in prima convocazione col voto favorevole di tanti soci che rappresentino almeno i 2/3 del capitale sociale. In seconda convocazione, è validamente costituita se può deliberare col voto favorevole di tanti soci che rappresentino, in proprio o per delega, il 51% del capitale sociale, fatte salve le disposizioni di legge inderogabili.

Articolo 20

Consiglio di amministrazione

La società è amministrata da un Consiglio di amministrazione formato da 7 membri, anche non soci.

I componenti del Consiglio di amministrazione vengono nominati nel seguente modo:

- n. 4, dai titolari di azioni di categoria “A”, ai sensi dell’articolo 2458 del c.c.;
- n. 3, dai titolari di azioni di categoria “B”;

La modalità di svolgimento delle nomine è determinata dal Presidente del Consiglio di amministrazione e comunicata all’assemblea prima dell’inizio delle operazioni.

Gli amministratori nominati ai sensi dell’articolo 2458 C.C. possono essere revocati solo dalla categoria di azioni che li ha nominati.

Il Consiglio di amministrazione dura in carica per 3 anni. I componenti sono rieleggibili.

Il Consiglio di amministrazione nomina, scegliendolo tra i componenti nominati dalla categoria “A” di azioni, il suo Presidente.

Il Consiglio di amministrazione dovrà delegare ai sensi e nei limiti dell’art. 2381 c.c. parte dei suoi poteri ad un Amministratore delegato, scegliendolo tra i componenti nominati dalla categoria “B” di azioni, determinandone la remunerazione e sentito il collegio sindacale, ai sensi dell’art. 2389 c.c..

Il Consiglio di amministrazione dovrà nominare un direttore sanitario, con le modalità previste nel successivo articolo 22.

Nel periodo di intercorrenza tra la data di decadenza e quella di accettazione della carica da parte degli amministratori di nuova elezione, il Consiglio continua ad esercitare tutti i poteri previsti dalla legge e dal presente statuto senza limitazione alcuna.

Ai componenti del Consiglio di amministrazione spetta il rimborso delle spese sostenute per l'espletamento del proprio incarico, fermo restando la competenza dell'Assemblea ordinaria per la determinazione di cui al n. 3 dell'articolo 2364 del codice civile.

Gli amministratori comunque nominati non sono tenuti a presentare cauzione.

Articolo 21

Amministratore delegato

Il Consiglio di amministrazione dovrà delegare ad un Amministratore delegato le seguenti attribuzioni:

- dirigere l'attività tecnica e amministrativa della società;
- dirigere il personale dipendente;
- proporre i budget settoriali e gli organigrammi aziendali;
- provvedere alla formalizzazione dei rapporti di lavoro dei dipendenti;

- adottare i provvedimenti per assicurare e migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità dei servizi della società ed il loro organico sviluppo;
- provvedere nei limiti e con le modalità stabilite in un apposito regolamento alla esecuzione dei lavori ed alla acquisizione dei servizi e forniture indispensabili per il funzionamento della società;
- ogni altra attribuzione che il consiglio riterrà di delegare.

Non possono essere delegate le attribuzioni indicate negli articoli 2423.2442.2447 del codice civile.

Articolo 22

Poteri del consiglio di amministrazione

Il Consiglio di amministrazione è investito dei più ampi poteri di gestione ordinaria e straordinaria e gli sono riconosciute tutte le facoltà per il raggiungimento degli scopi sociali che non siano dalla legge e dallo statuto riservati all'assemblea dei soci e potrà quindi in via esemplificativa:

- procedere ad acquisti, permuta ed alienazioni mobiliari ed immobiliari, di assumere obbligazioni anche cambiarie e mutui ipotecari, di partecipare ad altre aziende o società costituite o costituende, anche sotto forma di conferimento, di fare qualsiasi operazione presso gli istituti di credito;
- decidere di assumere e licenziare personale;

- decidere di acquistare e vendere merci e beni mobili in genere anche registrati;
- procedere a revisioni e liquidazioni di conti;
- decidere di esigere somme o garanzie fideiussorie o simili e quant'altro comunque dovuto e da chiunque dovuto a da chiunque alla società e per qualsiasi titolo;
- decidere di compiere qualunque operazione bancaria, e così chiedere ed ottenere finanziamenti, aperture di credito e fini di conto corrente, perfezionando tutte le formalità relative; aprire e chiudere conti; depositare e ritirare somme, titoli e valori; emettere assegni sui conti correnti della società presso qualsiasi banca od istituto di credito, fino a concorrenza dei fidi accordati alla società stessa, compiere ogni atto od operazione presso la Cassa Depositi e Prestiti ove consentito dalla speciale normativa;
- deliberare la sottoscrizione di contratti di ogni tipo, necessari all'attività;
- decidere di nominare avvocati e procuratori alle liti in ogni sede e grado di giurisdizione;
- decidere di nominare un comitato esecutivo, consiglieri delegati e procuratori determinandone i poteri;
- decidere di nominare un Direttore Sanitario, scegliendolo tra i consiglieri nominati dalla categoria di azioni di tipo "B", ovvero, qualora si rendesse necessario per particolari compiti da assegnare, scegliendolo tra una rosa di tre nomi esterni, indicati dai consiglieri aventi diritto alla nomina - cioè quelli

eletti dalle azioni di tipo "B" -, definendone poteri, compiti, attribuzioni, periodo e remunerazione, con le responsabilità di cui all'art. 2396 c.c..

Inoltre resta al Consiglio di amministrazione la competenza a decidere su atti che prevedano l'assunzione di nuove attività o servizi connessi a quelli oggetto della società.

Rientrano nella competenza collegiale del Consiglio, e quindi non sono delegabili ai singoli amministratori, oltre alle attribuzioni previste dalla legge come non delegabili, l'approvazione dei piani di investimento connessi ai contratti stipulati con gli enti pubblici per la gestione dei servizi pubblici sanitari.

Articolo 23

Convocazione del Consiglio di amministrazione

Il Consiglio di amministrazione è convocato dal Presidente o in caso di suo impedimento, dalla persona che lo sostituisce nella sede della società o in altro luogo, purché in Italia, con lettera raccomandata spedita almeno tre giorni prima della data fissata per la riunione e, per il caso d'urgenza, con telegramma o altro mezzo purché idoneo, da recapitarsi almeno 24 ore prima.

La convocazione ha luogo di regola una volta ogni bimestre e quando il Presidente ne ravvisi l'opportunità nonché quando ne

faccia richiesta scritta almeno metà più uno dei consiglieri in carica.

Il Consiglio si reputa validamente costituito, anche in assenza di formale convocazione, qualora siano presenti tutti i consiglieri ed i sindaci effettivi.

Articolo 24

Validità delle delibere del consiglio di amministrazione

Per la validità delle delibere del Consiglio di amministrazione è necessaria la presenza della maggioranza degli amministratori in carica.

Le deliberazioni sono prese a maggioranza dei voti favorevoli dei presenti.

In caso di parità dei voti prevale il voto del Presidente o di chi ne fa le veci.

Per le deliberazioni che seguono sarà necessaria la maggioranza assoluta dei consiglieri in carica:

- trasferimento delle azioni;
- nomina dell'Amministratore delegato;
- nomina del Direttore Sanitario;
- esame e proposte all'assemblea di eventuali variazioni allo statuto.

Articolo 25

Deleghe

Il Consiglio può delegare parte delle proprie attribuzioni e dei propri poteri, compreso l'uso della firma sociale, ad uno o più dei suoi membri, con la qualifica di Consigliere delegato; potrà pure attribuire speciali incarichi e speciali funzioni d'ordine tecnico-amministrativo ad uno o più dei suoi membri, come pure potrà avvalersi della particolare loro consulenza.

In tal caso, l'assemblea potrà deliberare speciali compensi e particolari remunerazioni, sentito però in ogni caso il parere del collegio sindacale.

Articolo 26

Firma e rappresentanza sociale

Al Presidente del Consiglio di amministrazione ed in caso di assenza od impedimento, se nominato al vice presidente, spetta la rappresentanza legale, negoziale e giudiziale della società. All'uno ed all'altro potranno essere attribuite dal Consiglio di amministrazione particolari cariche, deleghe e funzioni.

Articolo 27

Presidente del Consiglio di Amministrazione

Il Presidente:

- ha la rappresentanza legale della società con firma libera per la esecuzione di tutte le deliberazioni del consiglio;
- può rilasciare anche a terzi procure speciali per atti o categorie di atti di ordinaria amministrazione predeterminati con deliberazione del consiglio di amministrazione;
- convoca l'assemblea, ne accerta la regolare costituzione e la presiede;
- sovrintende al regolare andamento della società;
- riferisce all'assemblea sull'andamento della gestione aziendale segnatamente in ordine alla realizzazione degli indirizzi programmatici stabiliti dall'assemblea stessa e, ove necessario, ne sollecita l'emanazione;
- promuove le iniziative volte ad assicurare una integrazione dell'attività aziendale con le realtà sociali, economiche e culturali della comunità locale;
- adotta, sotto la sua responsabilità, in caso di necessità ed urgenza insorti posteriormente all'ultima seduta, i provvedimenti di competenza del consiglio di amministrazione e li sottopone alla ratifica del consiglio stesso nella sua prima adunanza e, comunque, entro trenta giorni dalla assunzione.

In caso di assenza o di impedimento, il Presidente è sostituito dal Vicepresidente o dal consigliere anziano.

La firma del Vicepresidente o del consigliere anziano fa fede dell'assenza o dell'impedimento del Presidente.

Articolo 28

Collegio sindacale

Il Collegio sindacale è composto di tre membri effettivi e due supplenti, nominati non modo seguente:

- n. 2 effettivi e n. 1 supplente, dai titolari di azioni di categoria “A”, ai sensi dell’articolo 2458 del c.c.;
- n. 1 effettivo e n. 2 supplenti, dai titolari di azioni di categoria “B”;

I sindaci durano in carica un triennio e sono rieleggibili per una sola volta.

Il Collegio sindacale nomina tra i suoi membri, scegliendolo tra quelli nominati ai sensi dell’art. 2458, il Presidente.

I sindaci effettivi e supplenti dovranno essere scelti fra gli iscritti nel Registro dei Revisori contabili istituito presso il Ministero di Grazia e giustizia.

L’assemblea determina il compenso spettante ai sindaci effettivi ed al Presidente del collegio sindacale.

PARTE IV

BILANCIO ED UTILI

Articolo 29

Esercizio sociale

L'esercizio sociale ha inizio il 1° gennaio e termina il 31 dicembre di ogni anno.

Articolo 30

Bilancio

Il bilancio di esercizio, redatto secondo i criteri di cui all'articolo 2423 e seguenti del codice civile, costituito dal Conto economico dei profitti e delle perdite, dallo Stato patrimoniale, dalla Nota integrativa e da una relazione degli amministratori, sarà sottoposto all'approvazione dell'Assemblea ordinaria dei soci a cura del Consiglio di amministrazione nei termini di legge.

Il bilancio può essere certificato da società di revisione abilitata, prescelta dal consiglio di amministrazione.

Articolo 31

Utili

Gli utili netti di bilancio saranno ripartiti come segue:

- il 5% al Fondo di riserva legale fino a che questa non abbia raggiunto il quinto del capitale sociale;
- il 5% ad un Fondo riserva statutario, destinato al miglioramento e allo sviluppo dell'azienda;

- il residuo verrà ripartito tra i soci in forma di dividendi in proporzione alle quote di capitale sociale possedute, salvo diversa deliberazione dell'Assemblea ordinaria, con il voto favorevole dei soci che rappresentino almeno i quattro quinti del capitale sociale.

Il pagamento dei dividendi è effettuato nei modi, luoghi e termini stabiliti dal consiglio di amministrazione.

I dividendi non riscossi entro il quinquennio dal giorno in cui divennero disponibili vanno prescritti a favore del Fondo di riserva statutario.

PARTE V

DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 32

Scioglimento e liquidazione

Addivenendosi in qualunque tempo e per qualsiasi causa allo scioglimento della società l'assemblea straordinaria nominerà uno o più liquidatori, determinandone poteri e compensi e stabilendo le modalità di liquidazione.

Articolo 33

Domicilio dei soci

Il domicilio dei soci, per quanto concerne i loro rapporti con la società, si intende eletto ad ogni effetto di legge presso quello che risulta dal libro dei soci.

Articolo 34

Clausola compromissoria

Tutte le controversie che possono comunque sorgere fra i soci, o fra la società, i soci, gli amministratori, i liquidatori, o fra soci, la società e gli eredi di un socio, in ordine all'esistenza, validità interpretazione ed osservanza del presente statuto e dell'atto costitutivo e ciò anche in sede di liquidazione, che non siano per norma imperativa deferite all'autorità giudiziaria e che non fosse possibile comporre direttamente fra le parti in via bonaria definizione, saranno sottoposte al giudizio di un collegio di tre arbitri.

Ciascuna parte designerà un arbitro ed i due così nominati designeranno il terzo con funzioni di presidente.

A questi effetti la parte che intende sottoporre la controversia ad arbitrato ne informerà l'altra con una comunicazione contenente anche le generalità dell'arbitro designato.

L'altra parte deve procedere alla designazione del suo arbitro entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui al precedente punto 3.

In mancanza di accordo, il presidente del collegio arbitrale ed il membro eventualmente non nominato dalla parte, o non sostituito tempestivamente in caso di mancanza in corso di procedimento, saranno designati dal Presidente del Tribunale di Roma su ricorso della parte più diligente.

Qualora le parti fossero più di due, la nomina dell'intero collegio arbitrale sarà demandata al Presidente del tribunale di Roma.

Gli arbitri decideranno secondo diritto e renderanno il lodo entro 90 giorni dalla loro costituzione il collegio, salvo deroga richiesta da entrambe le parti o disposta dal collegio stesso, per un periodo non superiore a trenta giorni.

Il lodo arbitrale deciderà anche circa le spese di giudizio e la loro ripartizione tra le parti.

Il collegio arbitrale avrà sede presso il Comune di Roma.

Resta obbligo ed impegno delle parti a dare immediata e spontanea esecuzione alla decisione arbitrale.

Articolo 35

Rinvio

Per quanto non espressamente disciplinato dal presente statuto si fa riferimento alle disposizioni in materia, contenute nel codice civile e nelle altre leggi in materia.

Articolo 36

Norme transitoria

Gli organi previsti dal presente statuto sono nominati per la prima volta in sede di costituzione della società senza formale convocazione di assemblea dei soci e comunicati sedutastante al notaio rogante.

**REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
ROMA D**

**DIRETTORE GENERALE
AVV. MARCO BONAMICO**

**INFORMATION SHEET MEMORANDUM
PRESCRIZIONI E STIME PER LA
PROGETTAZIONE E LA
RISTRUTTURAZIONE DEGLI IMMOBILI
PIANO ECONOMICO FINANZIARIO
DATI STATISTICI A CONFRONTO**

**PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE
COMUNE DI FIUMICINO**

**HOSPICE
CENTRO DIURNO
OSPEDALE DI DISTRETTO
ASSISTENZA DOMICILIARE**

INFORMATION SHEET MEMORANDUM

Il progetto è finalizzato, razionalizzando la spesa pubblica e realizzando economie di scala, alla produzione ed alla erogazione dei servizi e delle attività nell'elenco appresso specificate, in forma assolutamente innovativa e qualitativamente verificata, partecipata e concertata, attraverso un auspicato coinvolgimento del terzo settore, dei medici di medicina generale e dei privati di comprovata eccellenza professionale, tutti impegnati a sottoscrivere un patto territoriale per la sanità.

Il progetto sarà validato anche attraverso l'applicazione dei principali e più significativi indicatori di qualità attinenti i servizi sanitari e quelli economico-gestionali connessi.

Elenco dei servizi e delle attività

- Gestione Hospice
- Gestione Centro Diurno per non autosufficienti
- Gestione ospedale di distretto
- Gestione Assistenza Domiciliare Integrata
- Formazione ed aggiornamento permanente e specialistica, anche in convenzione con le Università, degli addetti ai servizi gestiti nonché di quegli operatori esterni provenienti da altre strutture, sia pubbliche che private, che desiderassero aderirvi
- Ricerca permanente, a livello regionale, nel campo delle scienze sanitarie e di quelle economico gestionali ad esse attinenti
- Servizi accessori, annessi e connessi ai precedenti.

La produzione e l'erogazione dei predetti servizi ed attività sarà esercitata prevalentemente in due immobili situati nel Comune di Fiumicino – località Palidoro e località Maccarese – di proprietà dello stesso Comune ma concessi in comodato alla

ASL Roma D, attualmente utilizzati per servizi che la ASL stessa intende delocalizzare in strutture più idonee, e che comunque risultano fatiscenti e non adatti ad un adeguato e moderno sfruttamento. Il progetto prevede anche la completa ristrutturazione ed adeguamento degli immobili e la loro messa a norma.

Il soggetto che si appresta a gestire i servizi è una società per azioni, mista ed a prevalente capitale pubblico (51%, minimo, appartenente alla ASL Roma D), al cui interno intende ammettere uno Spv – Special purpose vehicle – sotto forma di idoneo soggetto giuridico integrato, che sarà costituito da privati di eccellenza provenienti dal settore *no-profit*, da medici di medicina generale nonché da altri privati in grado di supportare finanziariamente, professionalmente e scientificamente l'iniziativa.

Nel bando di gara per l'offerta di azioni ai partner privati, saranno evidenziati i costi stimati per le ristrutturazioni e l'adeguamento degli immobili, i costi per la gestione ordinaria dei servizi e gli altri costi annessi e connessi. Saranno altresì evidenziate le entrate stanziabili dalla Regione Lazio – che dovrà autorizzare ed adottare il progetto della ASL RMD, e degli altri soggetti pubblici che vorranno parteciparvi ed affidare servizi.

La progettazione comprensiva delle spese di ristrutturazione ed adeguamento formeranno oggetto di apposita proposta messa a gara, se del caso, in project financing integrato e conglobato all'interno della gestione complessiva.

I ricavi/finanziamenti provenienti dalla Regione e dagli altri Enti pubblici saranno commisurati alle ordinarie tariffe attualmente applicate per la tipologia di prestazione/servizio: la peculiarità del "modello" proposto, quindi, oltre a garantire la performance qualitativa di cui sopra, consente e consiste nella realizzazione di recuperi gestionali di scala in grado di garantire il rimborso remunerato del capitale necessario per la realizzazione delle opere, per effettuare formazione specialistica e per esercitare attività di ricerca così come già specificato.

QUADRO ECONOMICO FINANZIARIO DI SINTESI

VOCI		USCITE	ENTRATE
HOSPICE	18%	477.199,75	1.649.435,00
OSPEDALE DI DISTRETTO	19%	496.986,76	496.986,76
CENTRO DIURNO	11%	284.822,39	284.822,39
ASSISTENZA DOMICILIARE	7%	186.548,52	186.548,52
TUTTE LE ALTRE SPESE DI PROGETTO	28%	728.235,25	
RIMBORSI FINANZIAMENTI *	17%	444.000,00	
TOTALI	100%	2.617.792,67	2.617.792,67

* Calcolati su un periodo di rimborso di durata della convenzione con la Regione di 10 anni

PRESCRIZIONI E STIME PER LA PROGETTAZIONE E LA RISTRUTTURAZIONE DEGLI IMMOBILI

Introduzione

L'acquisizione del concetto di salute come benessere fisico, mentale e relazionale, la constatazione che molto spesso i problemi di salute oggi sono complessi, in riferimento ad una complessità di cause che si intersecano fra loro, il contenimento della spesa e l'ottimizzazione di risorse, per definizione limitate, fanno sì che si debba realizzare una reale integrazione assistenziale socio-sanitaria territoriale nell'ambito dell'Assistenza Sanitaria Primaria.

Questa deve prevedere l'offerta di prestazioni da parte dei due referenti istituzionali coinvolti, aziende sociosanitarie per il tramite delle loro articolazioni distrettuali e comuni attraverso i loro servizi sociali, con il necessario supporto delle famiglie e delle associazioni di volontariato.

Tali prestazioni devono essere offerte da strutture che devono perseguire i seguenti obiettivi:

- filtro ai ricoveri ospedalieri impropri;
- ottimizzazione delle risorse logistiche, strutturali, umane, professionali ed economiche;
- facilità di accesso e collaborazione da parte dei familiari dei pazienti e del volontariato;
- superamento di schematismi e mansionari rigidi di lavoro;
- contenimento della spesa sociosanitaria;
- diminuzione di costi secondari indotti dalla ospedalizzazione.

Le figure professionali che devono essere coinvolte sono:

- Dirigente Medico del territorio;
- medico di medicina generale, Guardia Medica ed Emergenza territoriale;
- personale infermieristico ed ausiliario;
- consulenti specialisti individuati di volta in volta in base alle esigenze del paziente;
- terapisti della riabilitazione;
- assistente sociale;
- assistente spirituale;
- volontariato sociale;

La localizzazione deve avvenire in zona urbana o urbanizzata, protetta dal rumore cittadino e con buoni collegamenti con il contesto urbano, in modo da favorirne l'accessibilità da parte dei familiari e dei parenti. Nel caso di impossibilità di eliminare il rumore, esso deve essere opportunamente abbattuto.

L'Azienda ASL RMD è intenzionata a riconvertire due strutture, attualmente di proprietà site nel comune di Fiumicino in località Palidoro e in località Maccarese, da destinare rispettivamente ad Hospice ad Ospedale di distretto e a Centro diurno.

L'Hospice

L'assistenza palliativa per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale necessita di cure finalizzate e tali da assicurare il rispetto della dignità del paziente e dei suoi familiari creando una migliore qualità della vita che sia nello stesso tempo simile a quella della propria abitazione.

L'Hospice è una struttura sanitaria residenziale da realizzare come se fosse il prolungamento della propria casa, dove il paziente oncologico in fase terminale, riesce a vivere con dignità gli ultimi giorni della sua esistenza.

Risulta così necessario un approccio globale alla persona non sanabile o morente, con un'assistenza terapeutica personalizzata e multiprofessionale, che preveda il coinvolgimento del medico di famiglia, dello specialista territoriale, dell'esperto in Cure Palliative, dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'infermiere, nonché di altre figure professionali il cui apporto sia ritenuto utile.

In considerazione di tutto ciò e sulla base degli indirizzi stabiliti dal Ministero della Salute, un Centro Residenziale di Cure Palliative - Hospice, così definito, deve costituire una struttura atta ad assolvere le seguenti principali funzioni:

- ricovero temporaneo per pazienti per i quali non sussistano le condizioni necessarie all'assistenza domiciliare o all'assistenza domiciliare specialistica o al ricovero ospedaliero per acuti;
- ricovero temporaneo come supporto alle famiglie per alleviarle dalla cura del proprio congiunto;
- attività assistenziale in regime diurno;
- valutazione e monitoraggio delle terapie Palliative per il controllo dei sintomi;
- punti di informazione e supporto per gli utenti;
- aggiornamento e formazione del personale.

Le caratteristiche sostanziali che deve garantire sono: il benessere psicologico, il comfort ambientale, la sicurezza degli spazi, la privacy e l'agevole accessibilità dell'utenza attraverso mezzi pubblici, anche senza limite di orario.

Il concetto di corsia è superato da quello di spazio personalizzato con il rispetto della privacy del malato; locali comuni daranno la possibilità di incontri con parenti, amici ed altri malati.

La famiglia è una risorsa che collabora e condivide la gestione del paziente e il personale infermieristico dedicherà particolare attenzione all'inserimento dei familiari nel processo di cura.

Schema delle aree funzionali

AREA RESIDENZIALE

Camera con spazio per permanenza notturna e diurna di un accompagnatore
tavolo per consumare i pasti
poltrona
servizi igienici
spazio per interventi medici
Cucina tisaneria
Deposito biancheria pulita
Deposito attrezzature, carrozzine e materiali di consumo
Servizi igienici per il personale
Postazione del personale assistente
Ambulatorio mediceria
Soggiorno polivalente (ristoro, conversazione, lettura)
Deposito sporco dotato di lavatoio e lavapadelle

AREA DESTINATA ALLA TERAPIA E ALLA VALUTAZIONE

Locali e attrezzature per terapie antalgiche e prestazioni ambulatoriali
Locale per la preparazione e manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali
Locali per le prestazioni in regime diurno
Locale per i colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale ecc.)
Locale deposito pulito, sporco e attrezzature
Sala di attesa

AREA GENERALE DI SUPPORTO

Morgue
Spazio per i dolenti
Sala per il culto
Locale per uso amministrativo
Cucina, dispensa e locali accessori per lavanderia e stireria
Magazzini
Locali tecnici

Il Centro diurno ed Ospedale di distretto

L'Ospedale di Distretto ed il Centro diurno costituiscono una struttura sociosanitaria territoriale inserita nella rete dei servizi distrettuali che prevede la gestione diretta di posti letto da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG), destinata a persone residenti prevalentemente anziane non autosufficienti che non necessitano del ricovero ospedaliero ma che non possono essere assistiti a domicilio.

A seguito della riconversione o soppressione degli ospedali con meno di 120 posti letto, ormai attuata in tutta la nazione, avvenuta per lo più in piccoli comuni periferici, lontani dai grandi centri ospedalieri, con un'elevata percentuale di anziani, spesso affetti da polipatologie, riprende vigore la teoria dell'intervento globale sull'anziano.

Il medico di medicina generale, non a caso indicato anche come medico di famiglia o di fiducia, è quello più idoneo ad avere un quadro totale, comprendendo non solo la storia sanitaria ma, per la confidenza che s'instaura tra medico ed assistito, una conoscenza approfondita delle condizioni familiari, delle vicissitudini, dei problemi economici.

Il Ospedale di distretto ed il centro diurno possono offrire oggi una reale opportunità di assistenza domiciliare alternativa al ricovero, qualitativamente rilevante, a costi estremamente contenuti, ad alta valorizzazione del Medico di Medicina Generale e a consistente gratificazione delle popolazioni assistite.

In relazione alle linee guida per la realizzazione di un "Country Hospital" redatte dalla Regione Emilia Romagna si evidenziano le caratteristiche strutturali e funzionali.

Struttura logistica

- unità abitativa con camere a 2 letti, dotate di servizi per portatori di handicap, in grado di ospitare fino a 16 pazienti; le camere e la zona giorno devono riprodurre il più possibile le caratteristiche di un'abitazione privata, nel rispetto dei bisogni fisiologici del paziente
- zona di soggiorno e zona pranzo, con annessa cucinotta; quest'ultima dovrà essere dotata del necessario per la conservazione e la erogazione di pasti caldi, per la preparazione ed erogazione di bevande
- una sala polifunzionale attrezzata anche per il soggiorno diurno dei non autosufficienti
- una postazione multifunzionale: reception, ufficio con collegamenti informatici, telefono, fax; la postazione multifunzionale dovrà essere dotata dell'arredo tipo di una reception, archivio, postazione telefonica e pc collegato in rete con le altre articolazioni dell'Azienda USL, gli studi dei Medici di Medicina Generale e con i servizi sociali del comune, per rendere semplice, veloce ed affidabile ogni comunicazione
- un ambulatorio ufficio a disposizione dei medici che forniscono le loro prestazioni nella struttura dotato di archivio per la custodia delle cartelle cliniche, telefono e collegamento in rete
- una sala da medicazione dotata di strumentario per piccola chirurgia, medicazione, diagnostica, ausili e presidi sanitari
- una saletta riunioni per il personale socio-sanitario

La struttura dovrà essere fornita di un sistema di raccolta e smaltimento di rifiuti speciali, in convenzione esterna con ditte specializzate.

Strumentario e materiale medico chirurgico

- elettrocardiografo portatile
- ecografo portatile + doppler
- strumentario diagnostico ambulatoriale standard
- strumentario per piccola chirurgia e per medicazione
- lampada antiriflesso
- sterilizzatrice
- ulteriore strumentario integrato in funzione di bisogni di salute del singolo paziente

Riferimenti legislativi

D.lgs. n. 229 del 19 giugno 1999 “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”

Country Hospital

- DPR del 1° marzo 1994 “Progetto obiettivo della Sanità: assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati”

Hospice

- Decreto del Ministero della Sanità del 28 settembre 1999 “Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative”
- DPCM del 20 gennaio 2000 “Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative”

Per le attività di progettazione ed esecuzione delle opere dovrà essere assicurato il rispetto di quanto previsto dalla legge 11 febbraio 1994, n.109 “Legge quadro in materia di LL.PP.” e successive modificazioni, oltre quanto disciplinato in materia di lavori pubblici dal “Regolamento di attuazione della legge quadro in materia di lavori pubblici, ai sensi dell’articolo 3 della legge 11 febbraio 1994, n.109 e successive modificazioni”.

La progettazione si articolerà, nel rispetto dei vincoli esistenti, preventivamente accertati, secondo tre livelli di successivi approfondimenti tecnici, in preliminare, definitiva ed esecutiva in modo da assicurare:

- a) la qualità delle opere e la rispondenza alle finalità relative;
- b) la conformità alle norme ambientali ed urbanistiche;
- c) il soddisfacimento dei requisiti essenziali, definiti dal quadro normativo e comunitario.

La progettazione delle opere dovrà risultare conforme agli strumenti urbanistici vigenti o adottati e ricadenti sul territorio dove risiedono gli immobili.

Edificio in località Maccarese da adibire a Ospedale di distretto e Centro Diurno

L'edificio preso in esame si colloca in località Maccarese, nel comune di Fiumicino, in zona a traffico veicolare di tipo urbano, comodamente raggiungibile dai mezzi pubblici.

È ubicato al centro di un lotto di terreno nel quale l'unico ingresso pedonale e carrabile, si trova su Viale Castel S. Giorgio verso il quale affaccia anche il fronte principale dello stabile.

Il fabbricato risulta circondato da un parco verde caratterizzato da alberi ad alto fusto a folta chioma. L'entrata principale è molto arretrata rispetto alla strada e questo gli garantisce un discreto livello di privacy e filtro rispetto ai rumori del traffico veicolare esterno.

Tipologicamente è ascrivibile alla edilizia degli anni "trenta". È di semplice ed essenziale fattura, in discreto stato di conservazione e di manutenzione nonostante gli interventi e le modifiche apportate fino ad oggi.

L'edificio, a pianta ad "L", consta di un corpo edilizio autonomo a cinque livelli, di cui uno parzialmente interrato per un'altezza di 130 cm circa, avente quattro ingressi (uno per ogni lato dello stabile) ed un quinto ingresso esclusivo per la parte interrata dello stesso.

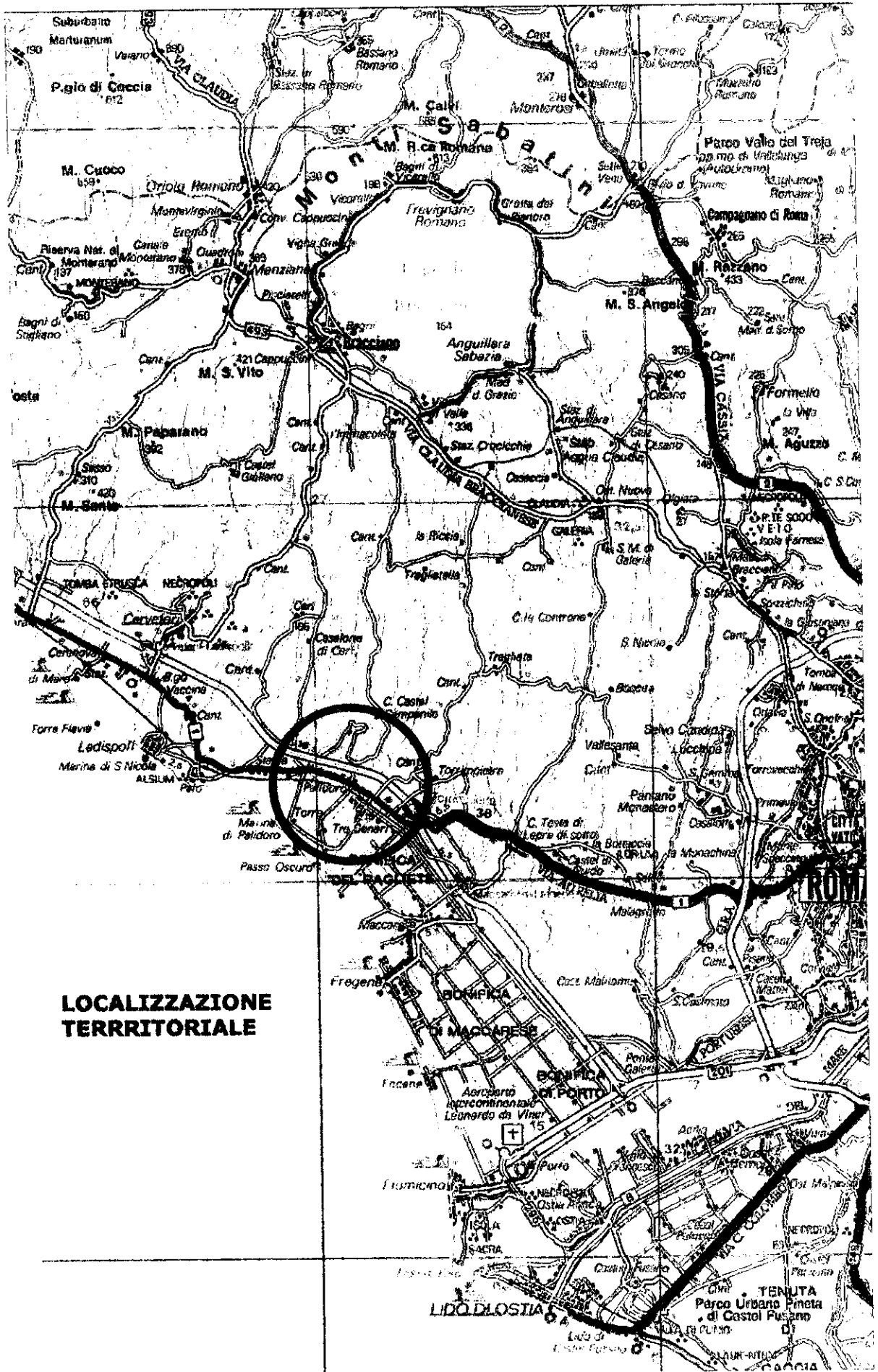
Nel retro, in aderenza con i confinanti, si collocano due corpi di edifici minori di servizio e/o impianti.

Le finestre sono del tipo con chiusura ad avvolgibili.

Strutturalmente si identifica come di tipo murario, con copertura piana fruibile a lastrico solare.

Una consistente parte degli impianti, esclusivamente essenziali, non soddisfa le specifiche disposizioni legislative vigenti.

L'uso attuale è quello di struttura sanitaria con un pronto soccorso.



LOCALIZZAZIONE TERRITORIALE

LIDO DI OSTIA

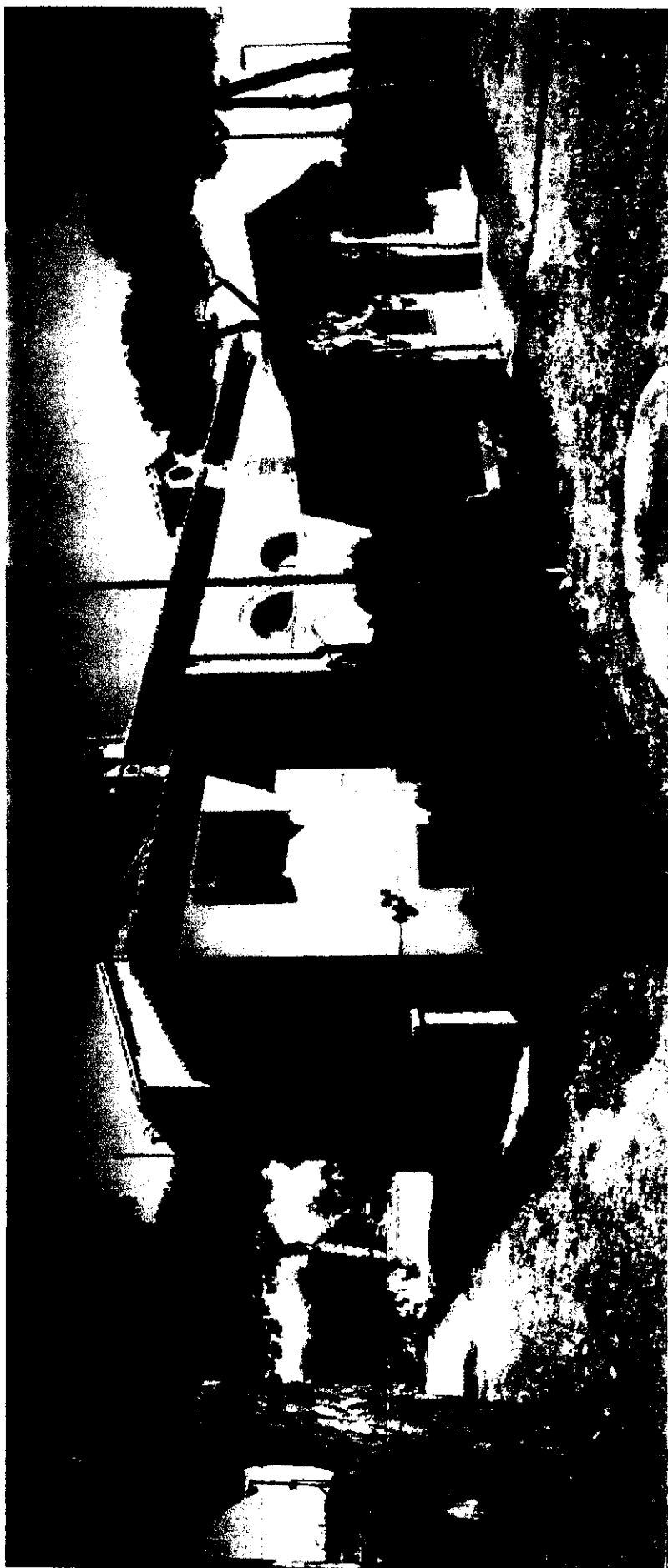
TENUTA Perco Urbano Pineta di Castel Fusano

ROMA

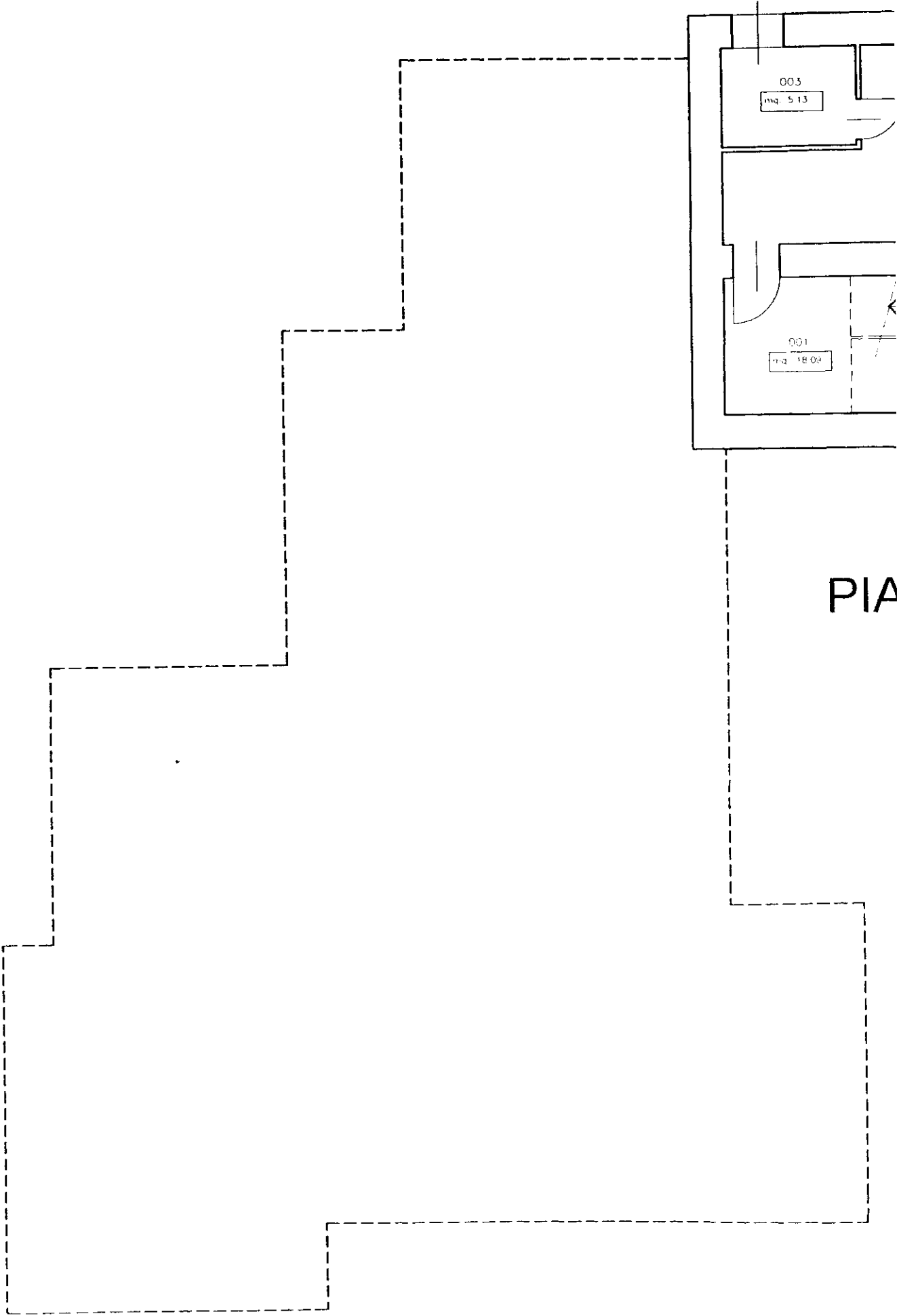


L'EDIFICIO ESISTENTE.
PROSPETTO PRINCIPALE

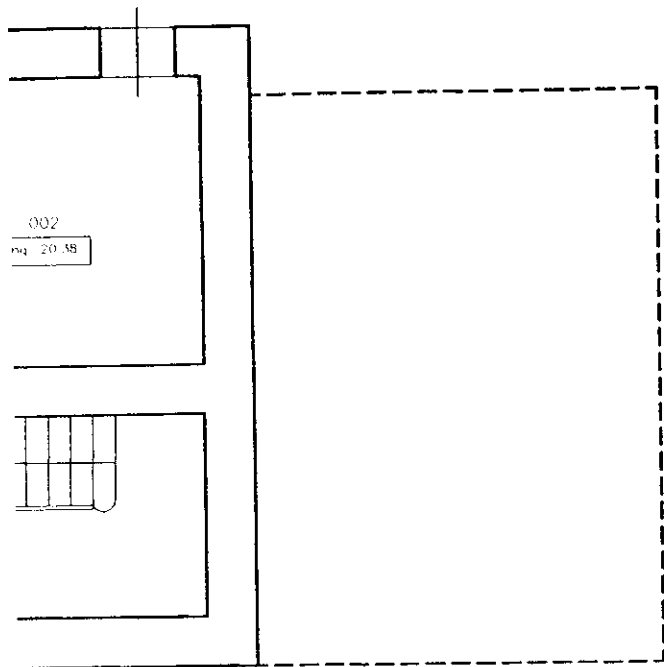
INGRESSO DALLA VIA AURELIA



L'EDIFICIO ESISTENTE
PROSPETTI INTERNI



PIA



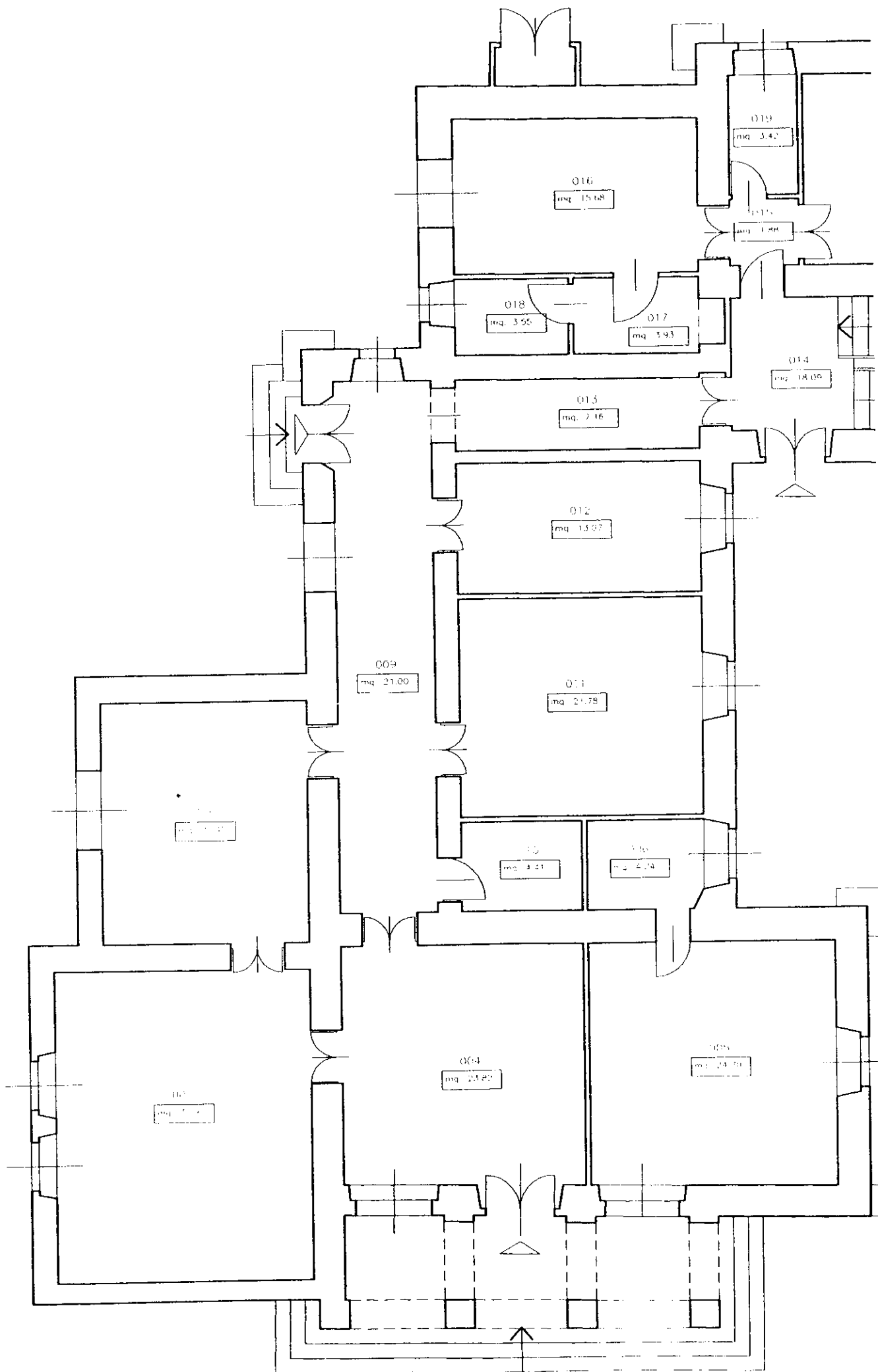
TA PIANO INTERRATO

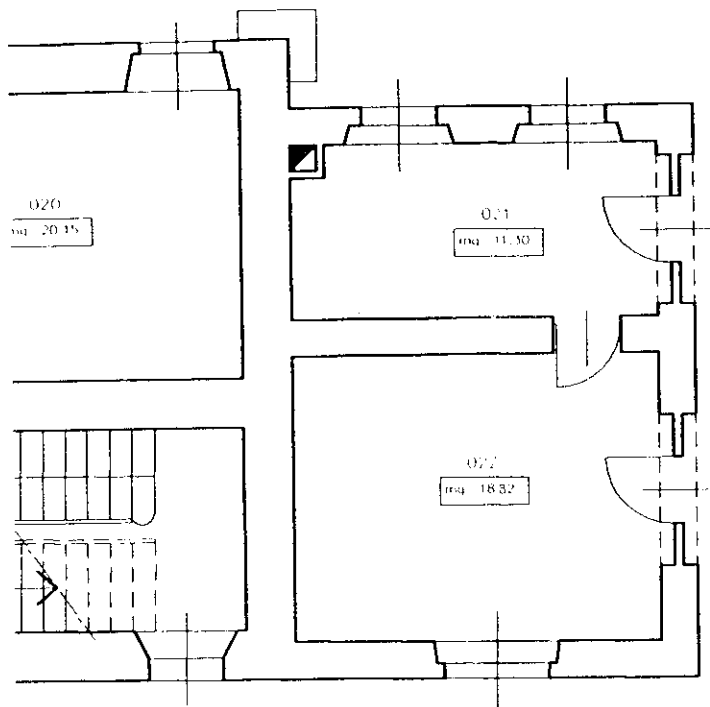
**COMUNE DI
FIUMICINO**
(Provincia di Roma)

Località Palidoro
Via Aurelia

A.S.L. – Rm – D
Via Viola, 31 – 00148 Roma

STATO ATTUALE
Rapp. 1 : 100





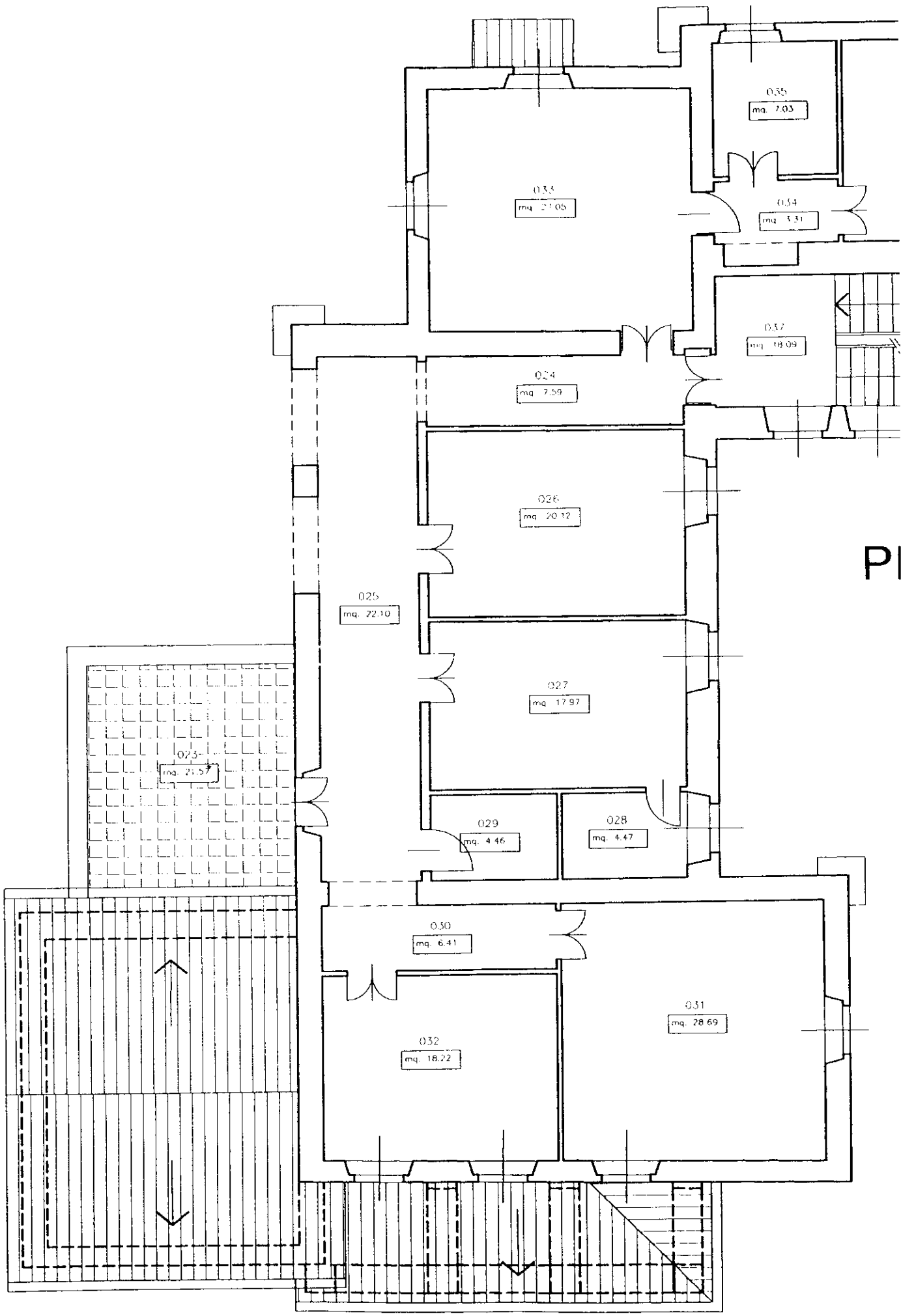
PIANTA PIANO TERRA

**COMUNE DI
FIUMICINO**
(Provincia di Roma)

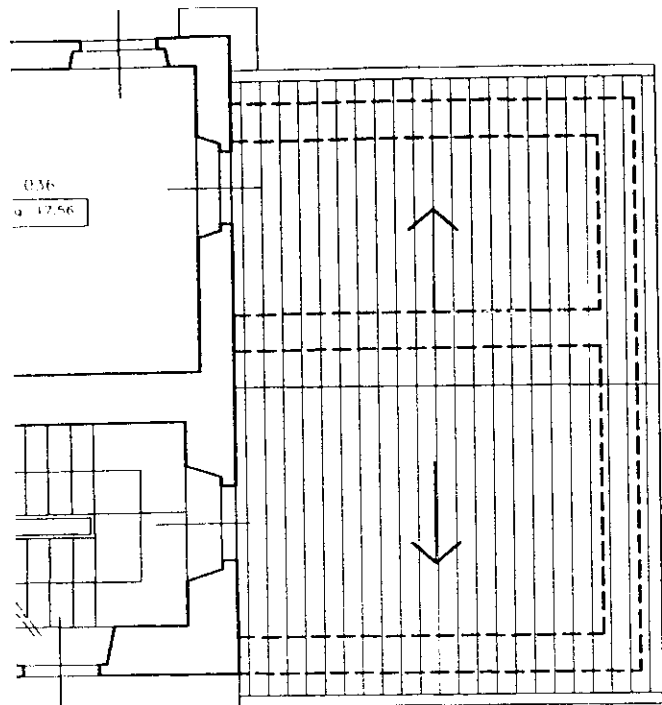
Località Palidoro
Via Aurelia

A.S.L. – Rm – D
Via Viola, 31 – 00148 Roma

STATO ATTUALE
Rapp. 1 : 100



PI



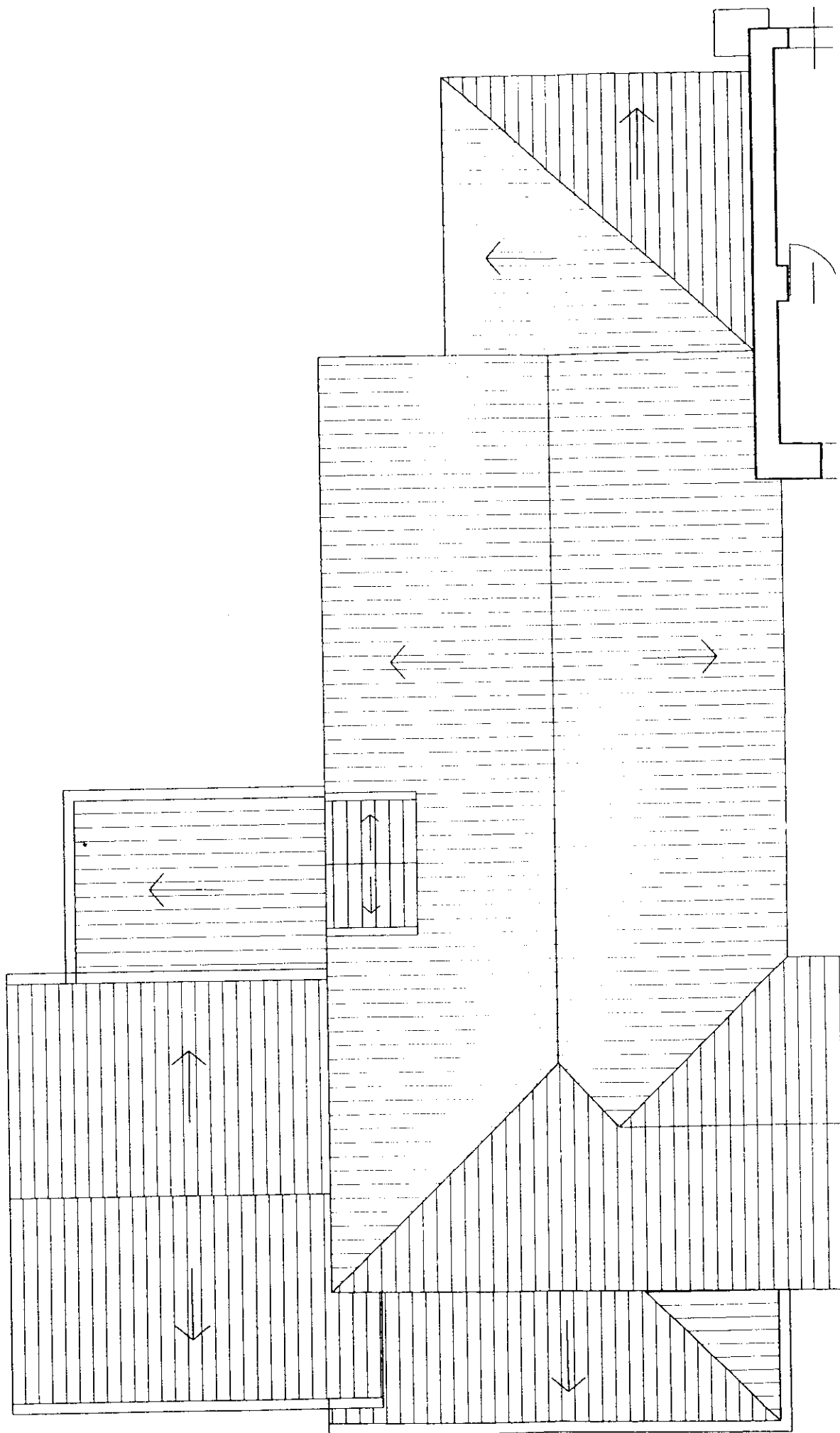
ANTA PIANO PRIMO

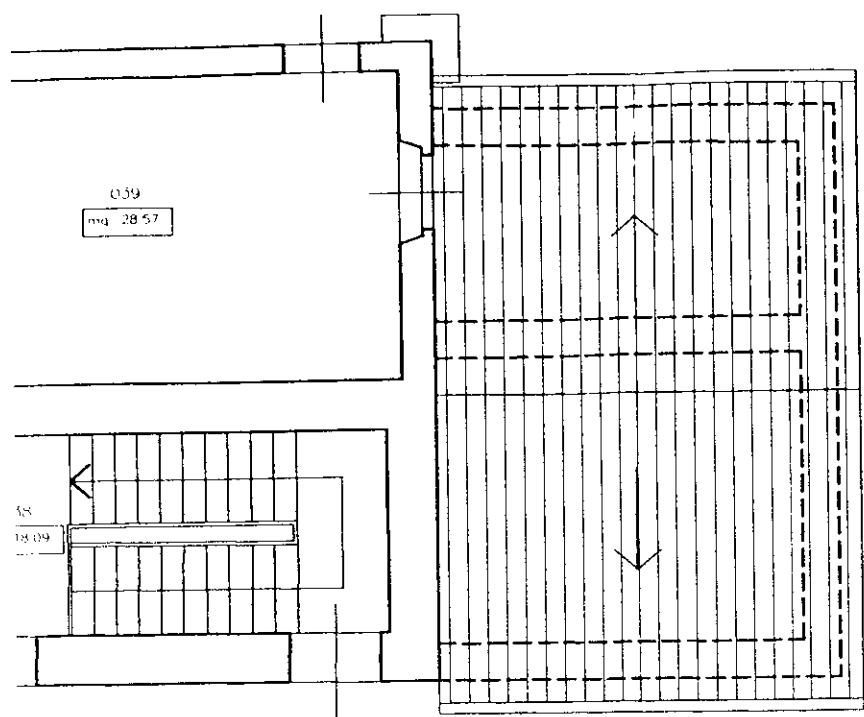
**COMUNE DI
FIUMICINO**
(Provincia di Roma)

Località Palidoro
Via Aurelia

A.S.L. – Rm – D
Via Viola, 31 – 00148 Roma

STATO ATTUALE
Rapp. 1 : 100





PIANTA PIANO SECONDO



**COMUNE DI
FIUMICINO**
(Provincia di Roma)

Località Palidoro
Via Aurelia

A.S.L. – Rm – D
Via Viola, 31 – 00148 Roma

STATO ATTUALE
Rapp. 1 : 100

Edificio in località Maccarese da adibire a Country Hospital

L'edificio preso in esame si colloca in località Maccarese, nel comune di Fiumicino, in zona a traffico veicolare di tipo urbano, comodamente raggiungibile dai mezzi pubblici.

È ubicato al centro di un lotto di terreno nel quale l'unico ingresso pedonale e carrabile, si trova su Viale Castel S. Giorgio verso il quale affaccia anche il fronte principale dello stabile.

Il fabbricato risulta circondato da un parco verde caratterizzato da alberi ad alto fusto a folta chioma. L'entrata principale è molto arretrata rispetto alla strada e questo gli garantisce un discreto livello di privacy e filtro rispetto ai rumori del traffico veicolare esterno.

Tipologicamente è ascrivibile alla edilizia degli anni "trenta". È di semplice ed essenziale fattura, in discreto stato di conservazione e di manutenzione nonostante gli interventi e le modifiche apportate fino ad oggi.

L'edificio, a pianta ad "L", consta di un corpo edilizio autonomo a cinque livelli, di cui uno parzialmente interrato per un'altezza di 130 cm circa, avente quattro ingressi (uno per ogni lato dello stabile) ed un quinto ingresso esclusivo per la parte interrata dello stesso.

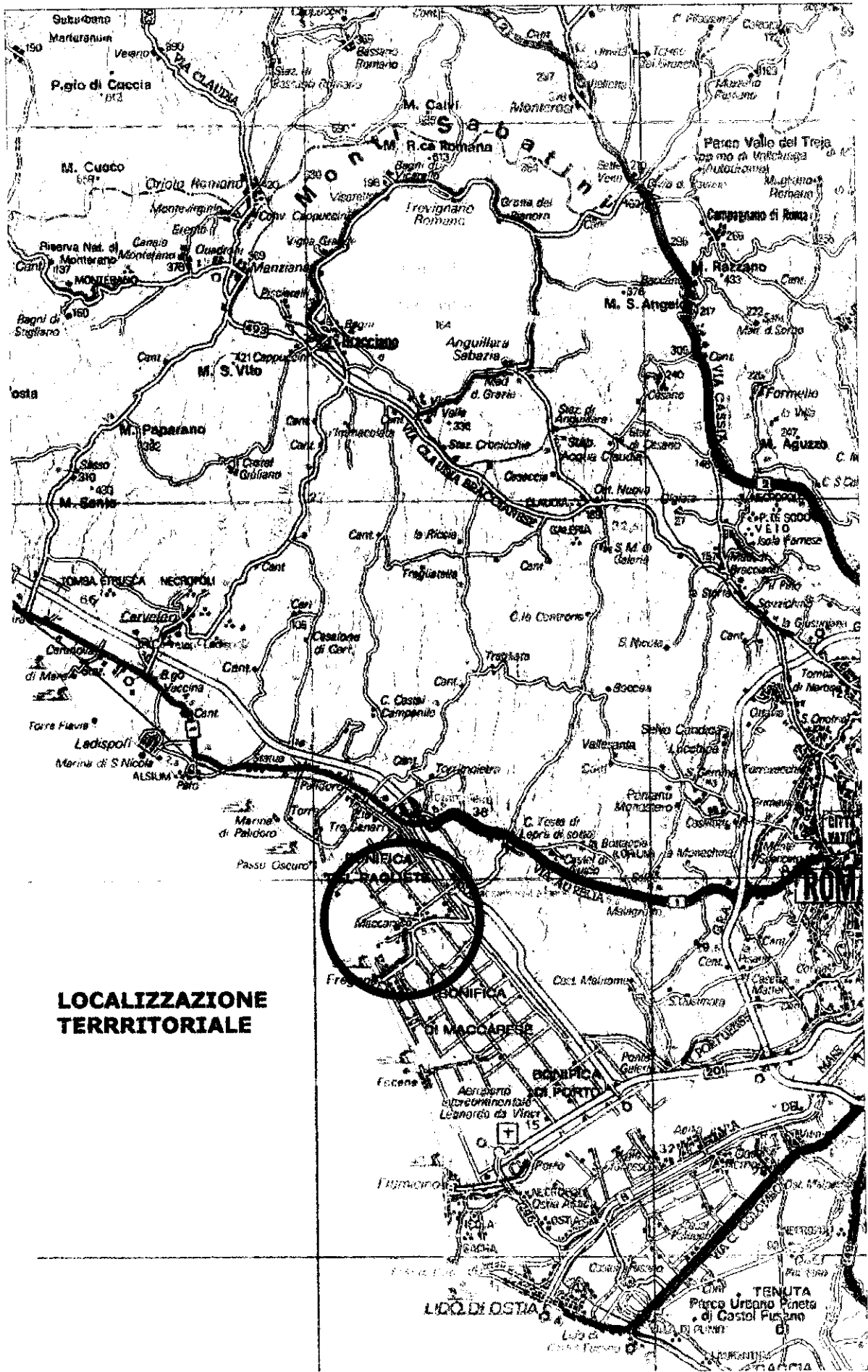
Nel retro, in aderenza con i confinanti, si collocano due corpi di edifici minori di servizio e/o impianti.

Le finestre sono del tipo con chiusura ad avvolgibili.

Strutturalmente si identifica come di tipo murario, con copertura piana fruibile a lastrico solare.

Una consistente parte degli impianti, esclusivamente essenziali, non soddisfa le specifiche disposizioni legislative vigenti.

L'uso attuale è quello di struttura sanitaria con un pronto soccorso.



LOCALIZZAZIONE TERRITORIALE

LIDO DI OSTIA
TENUTA Parco Urbano Pineta di Castel Fusano



Foto n°1



Foto n°2



Foto n°3



Foto n°4



Foto nº5

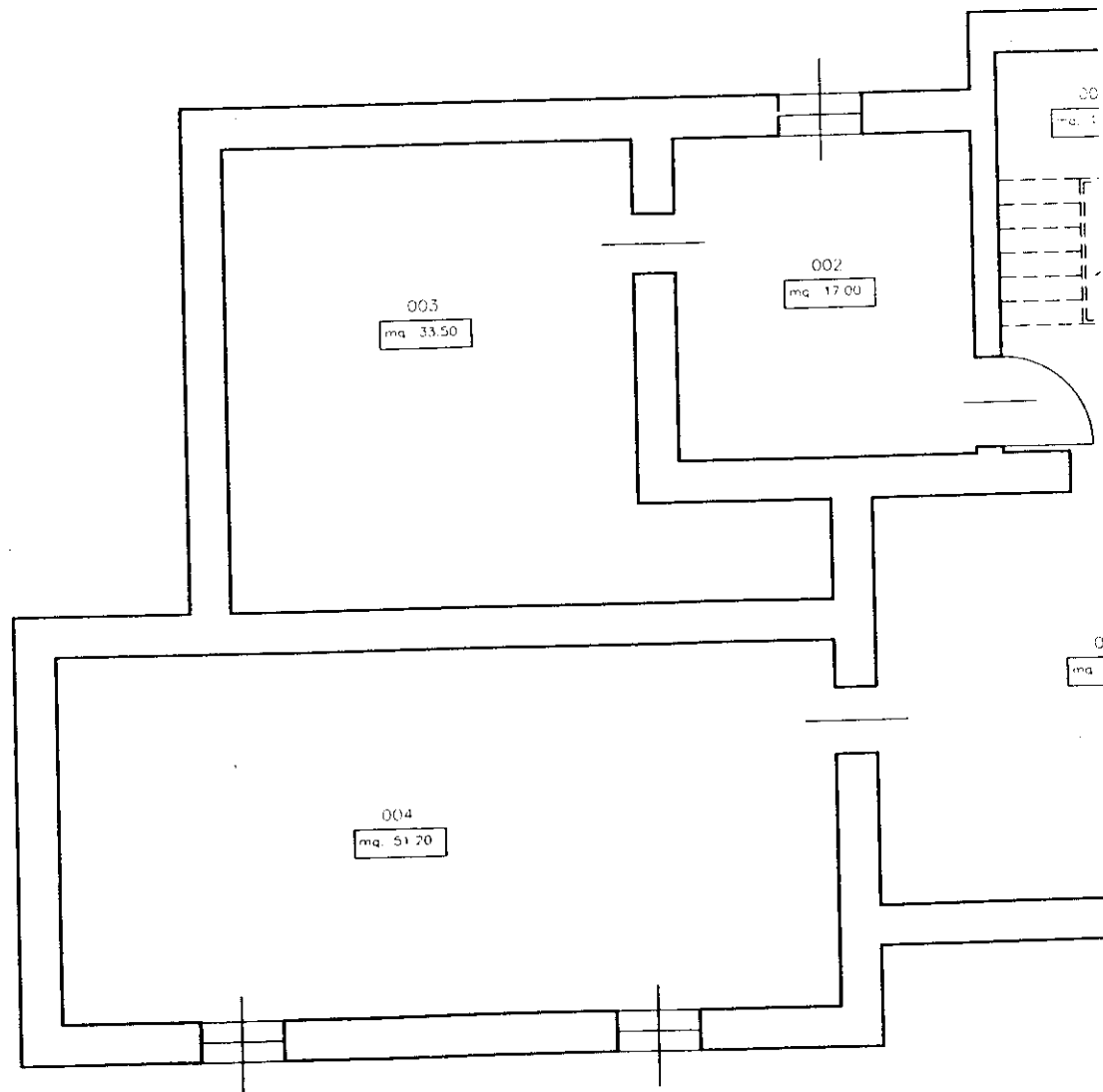
COMUNE DI
FIUMICINO
(Provincia di Roma)

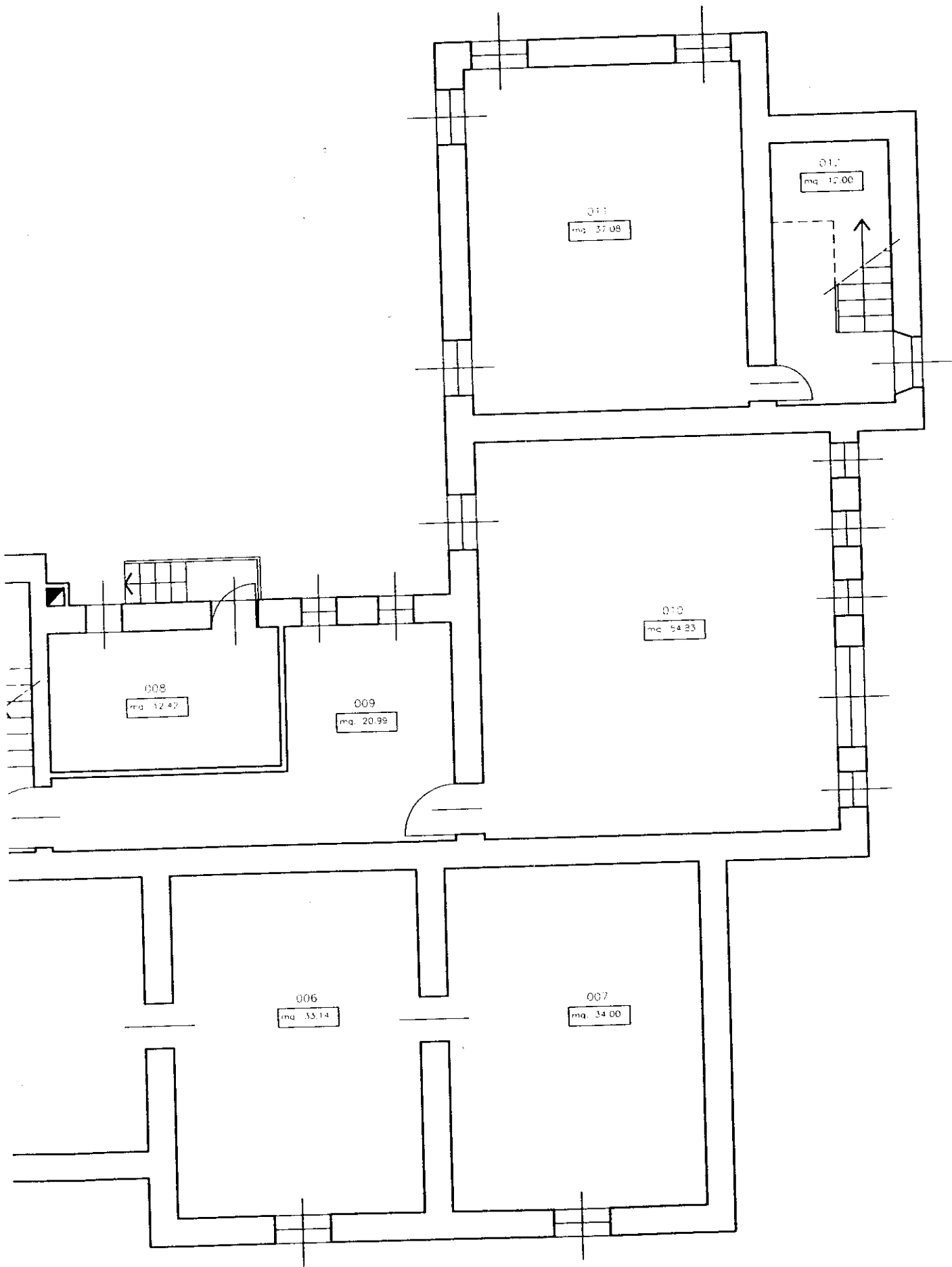
A.S.L. - Rm - D
Via Viola, 31 - 00148 Roma

Località Maccarese
Via Castel San Giorgio, 225

STATO ATTUALE
Rapp. 1 : 100

PIANO INTERRATO





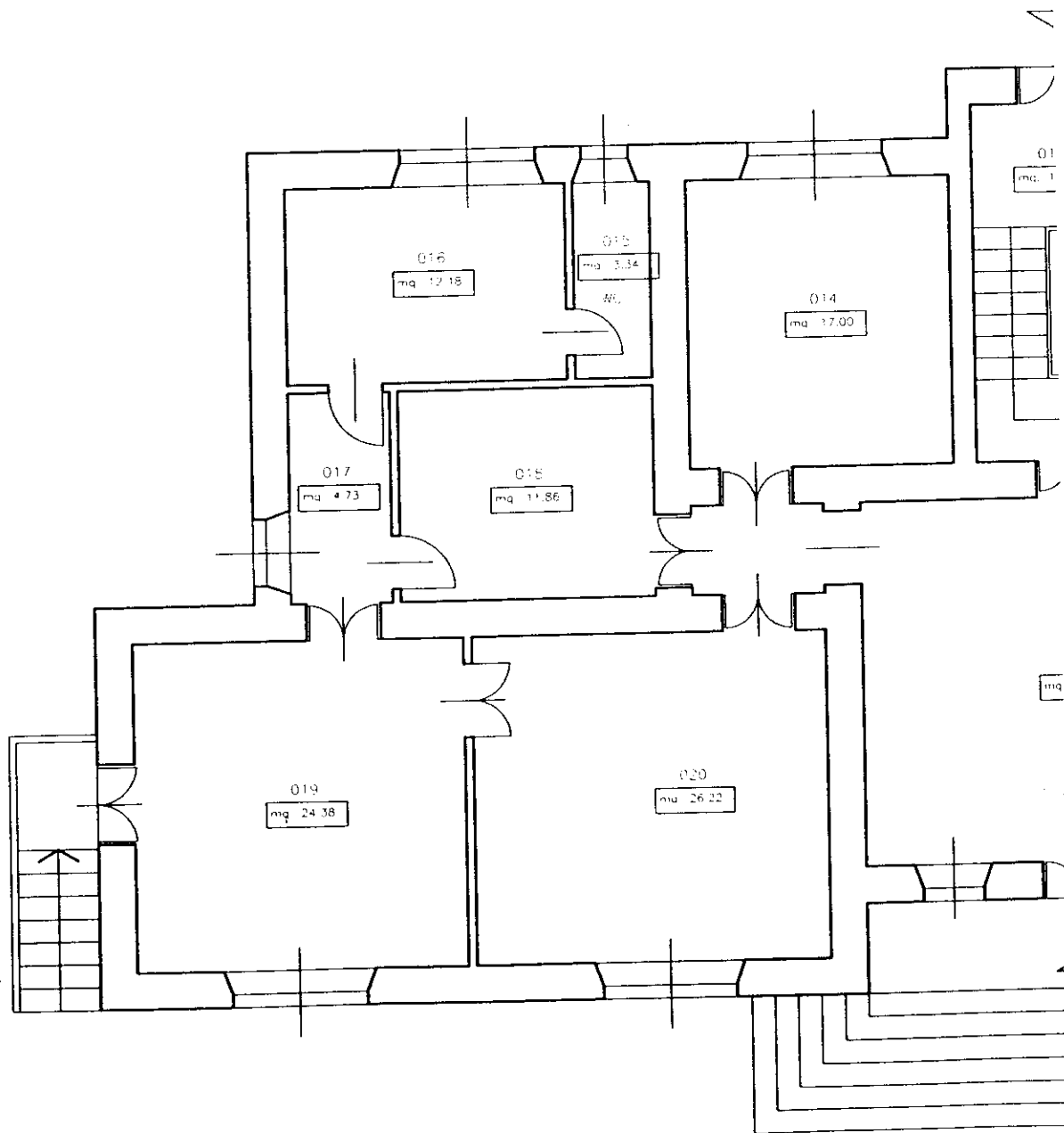
COMUNE DI
FIUMICINO
(Provincia di Roma)

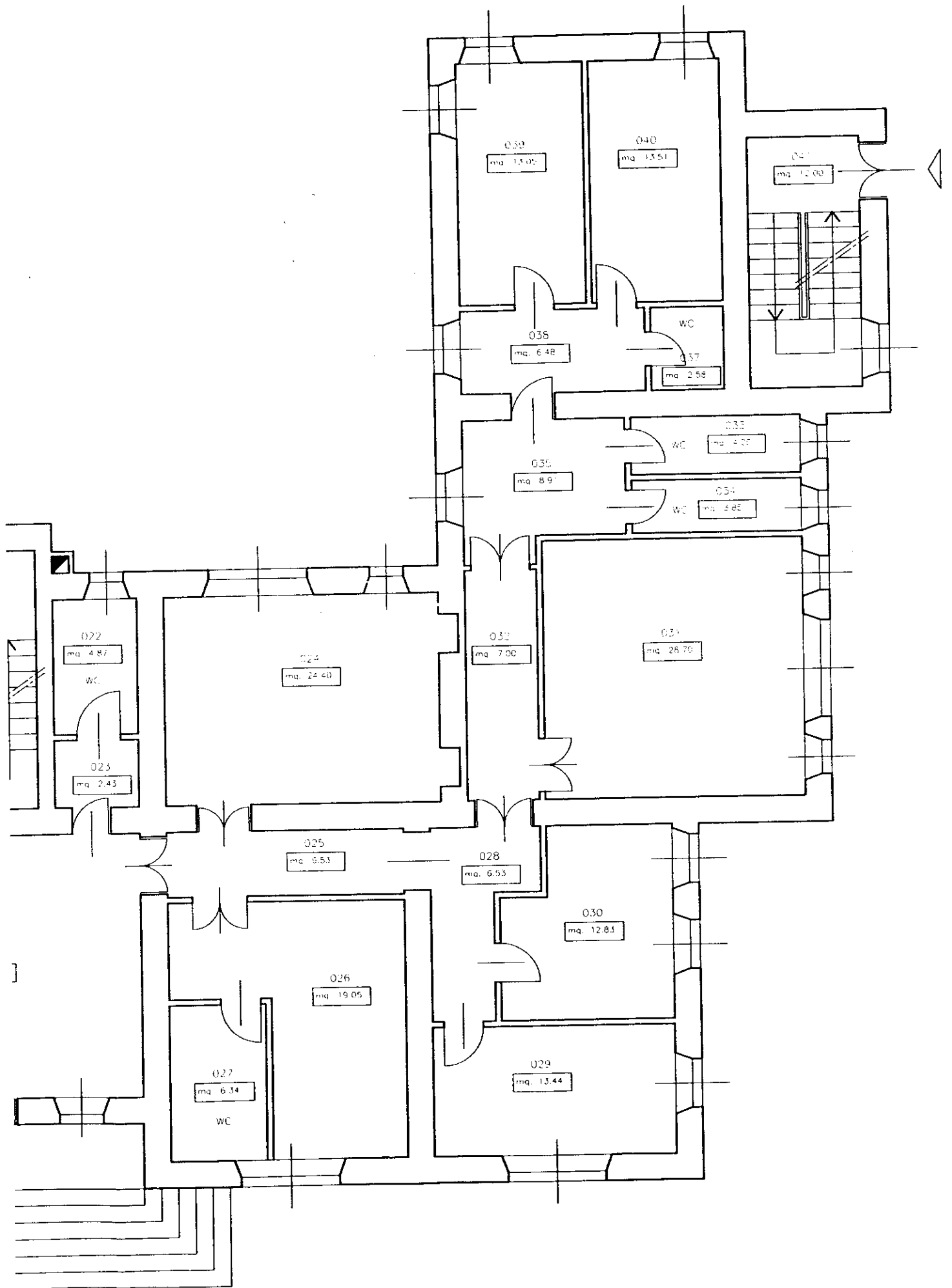
A.S.L. - Rm - D
Via Viola, 31 - 00148 Roma

Località Maccarese
Via Castel San Giorgio, 225

STATO ATTUALE
Rapp. 1 : 100

PIANO TERRA





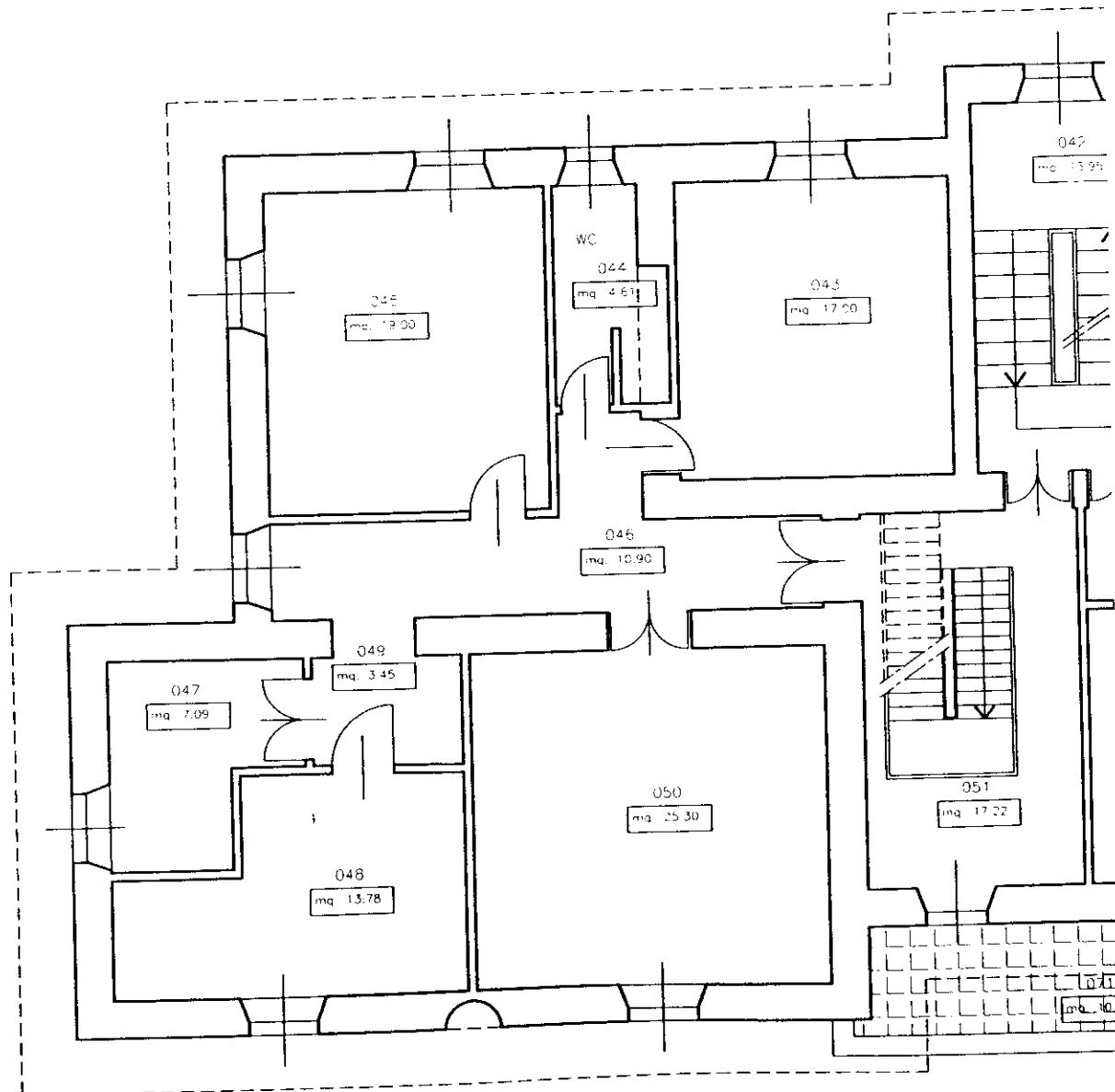
COMUNE DI
FIUMICINO
(Provincia di Roma)

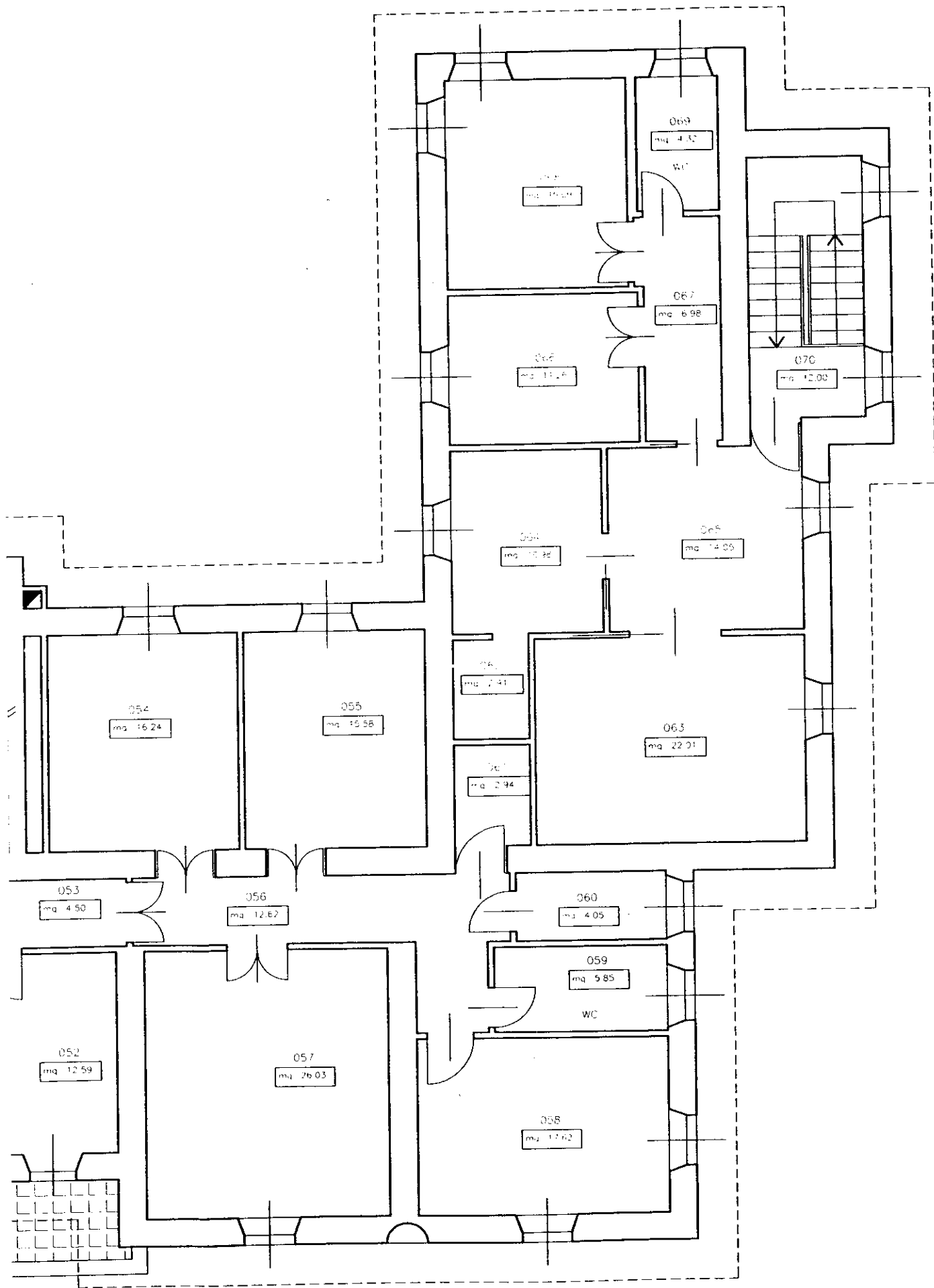
A.S.L. - Rm - D
Via Viola, 31 - 00148 Roma

Località Maccarese
Via Castel San Giorgio, 225

STATO ATTUALE
Rapp. 1 : 100

PIANO PRIMO





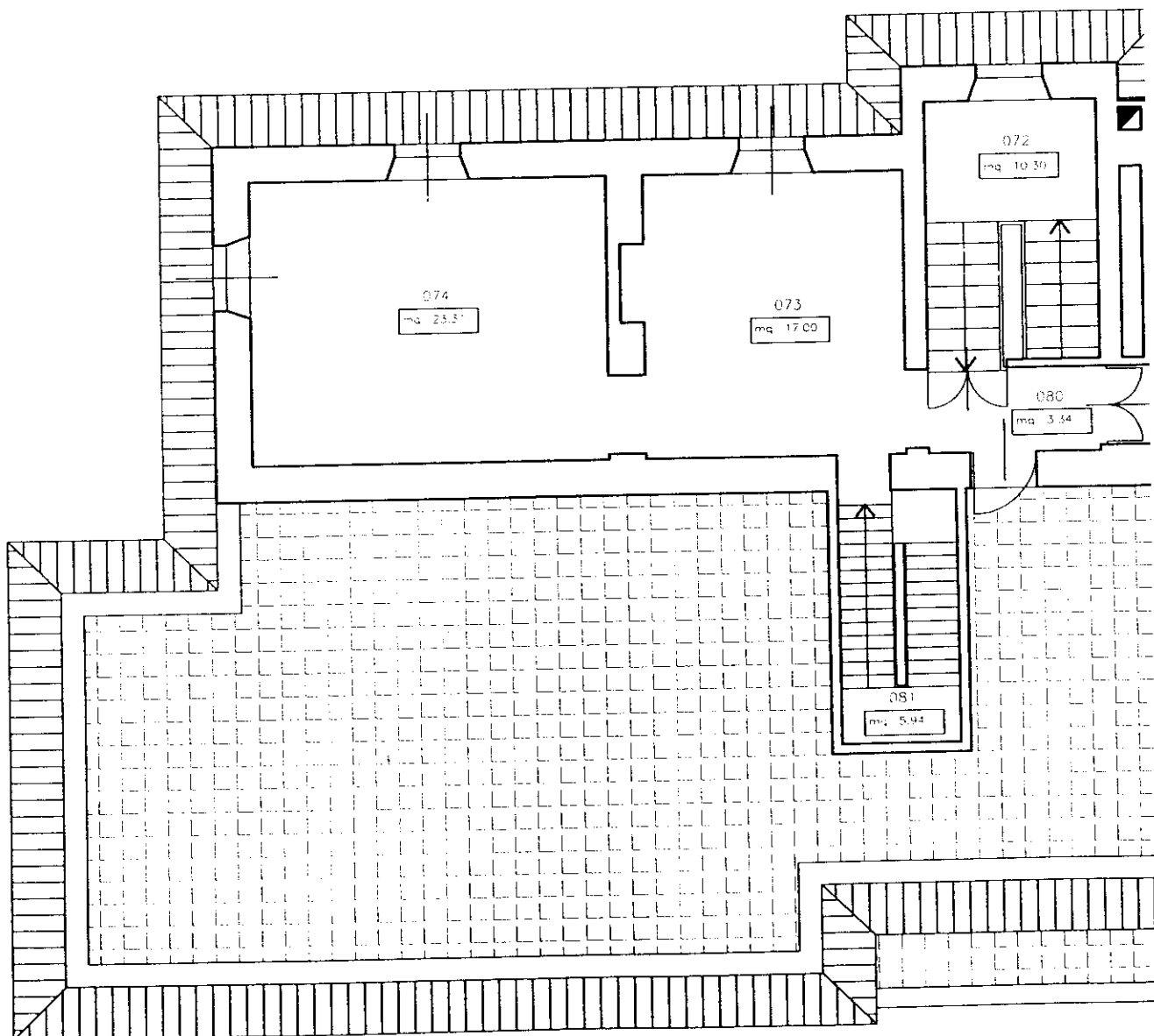
COMUNE DI
FIUMICINO
(Provincia di Roma)

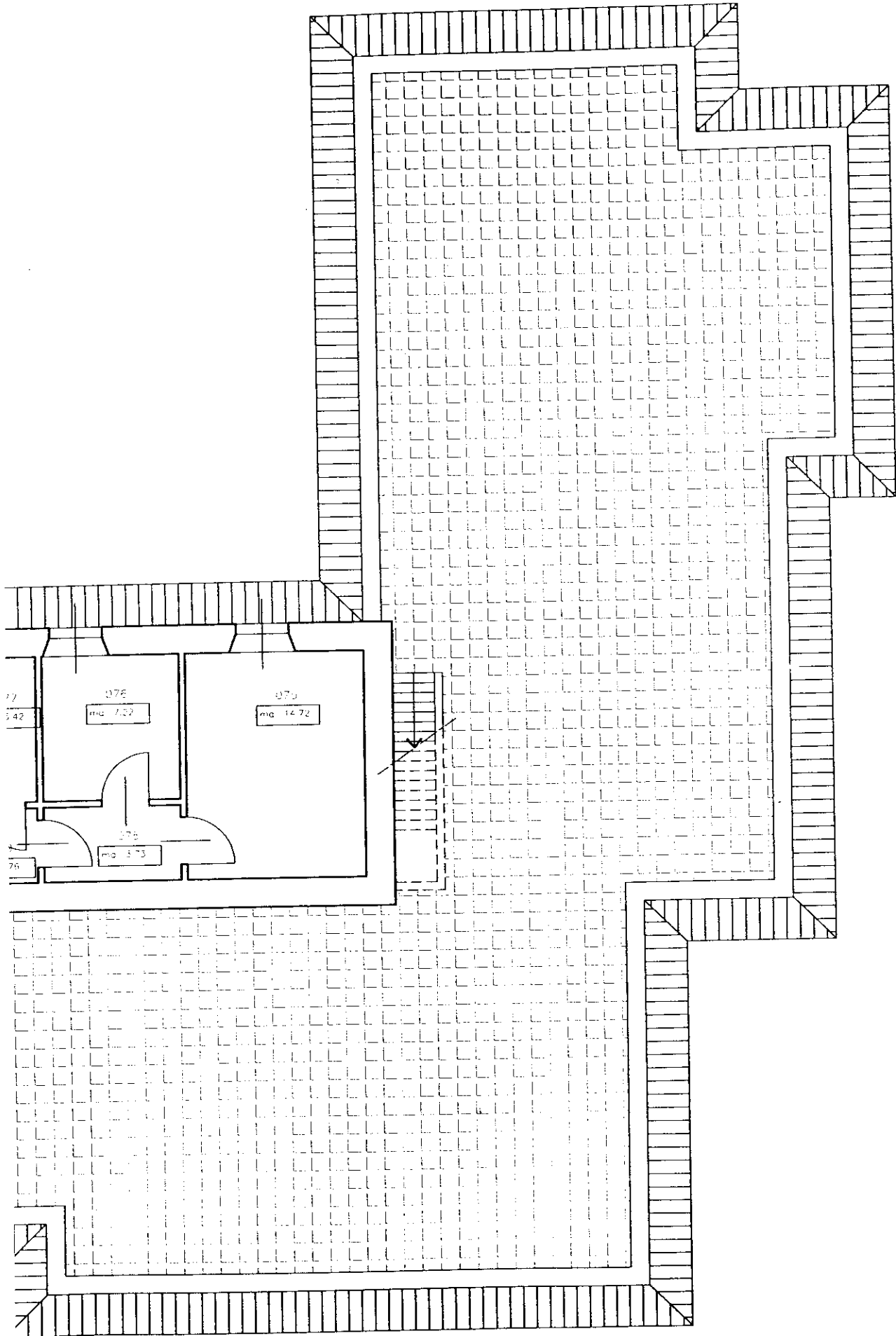
A.S.L. - Rm - D
Via Viola, 31 - 00148 Roma

Località Maccarese
Via Castel San Giorgio, 225

STATO ATTUALE
Rapp. 1 : 100

PIANO SECONDO





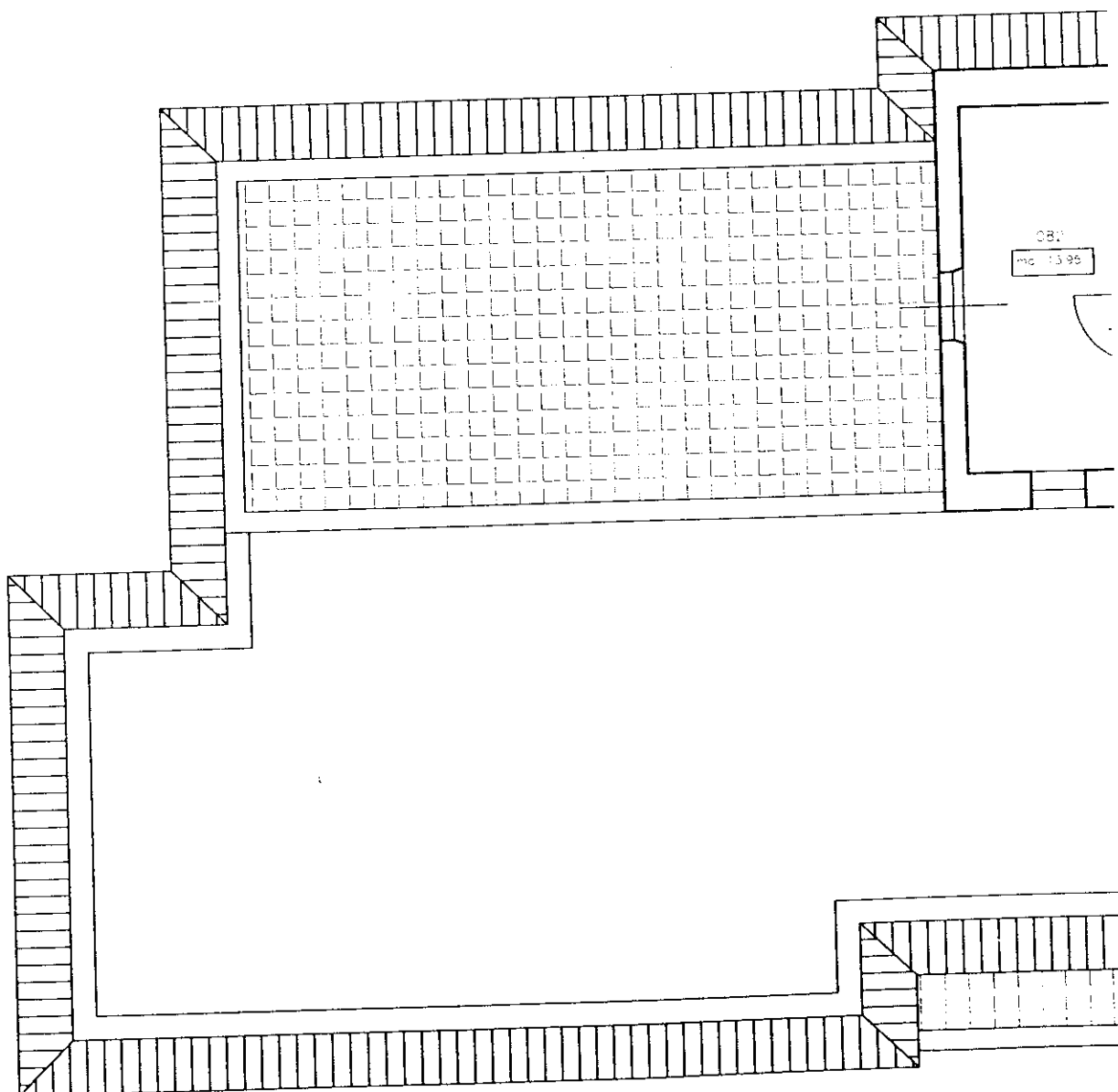
COMUNE DI
FIUMICINO
(Provincia di Roma)

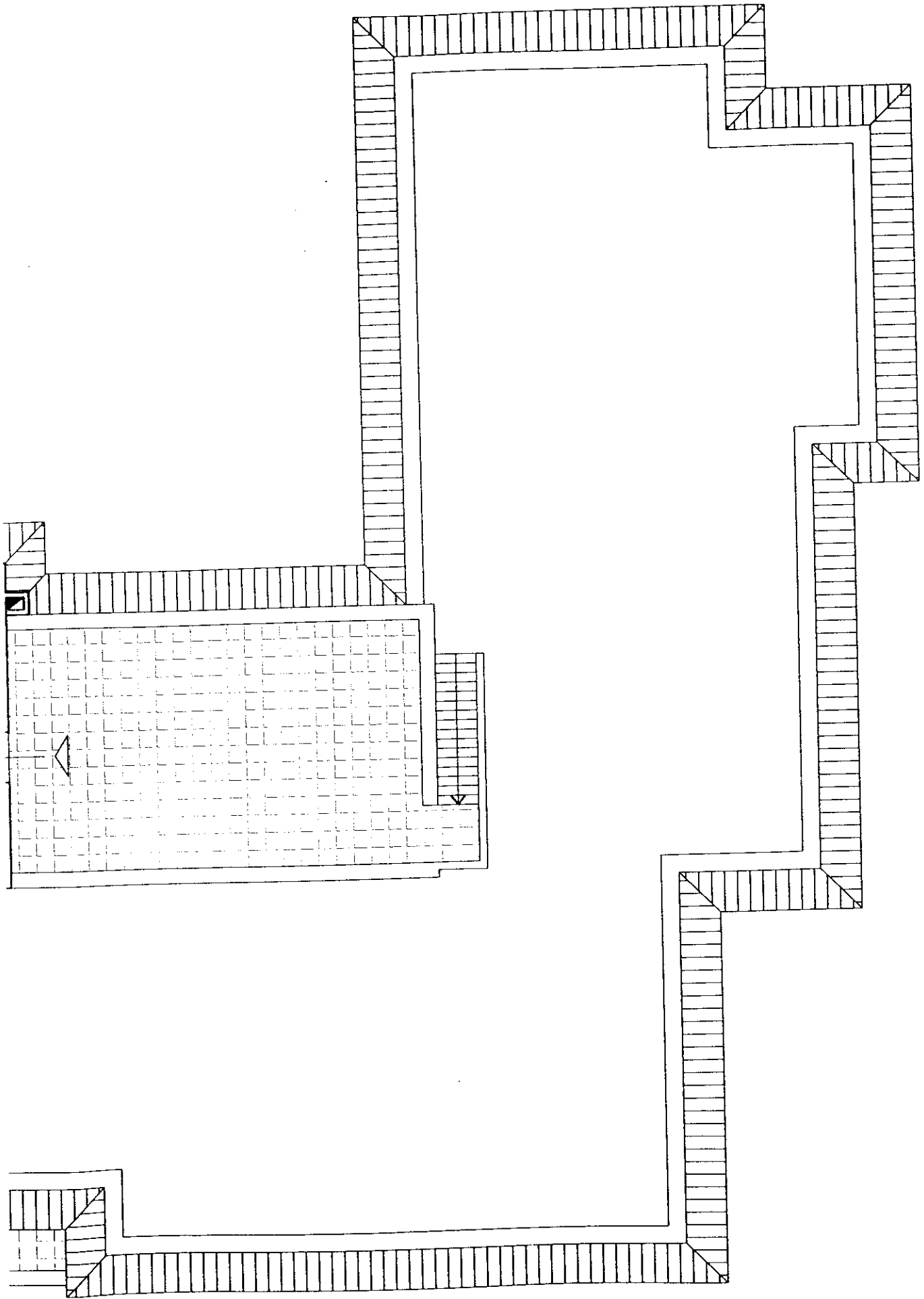
A.S.L. – Rm – D
Via Viola, 31 – 00148 Roma

Località Maccarese
Via Castel San Giorgio, 225

STATO ATTUALE
Rapp. 1 : 100

PIANO TERZO





Interventi edilizi da effettuare

Di seguito si evidenziano le categorie di intervento strutturale ed impiantistico da realizzare in entrambe le strutture da riconvertire.

Opere strutturali

- demolizioni e ristrutturazioni interne per nuova distribuzione funzionale
- revisione strutturale di alcune zone murarie
- adeguamento strutturale di alcune zone modificate nelle murature portanti
- costruzione di ascensori e montalettighe
- costruzione di montacarichi e vivande
- costruzione di rampe di scale di sicurezza esterne
- infissi interni ed esterni
- opere di finitura interne ed esterne, pavimentazione e controsoffittature
- opere di sistemazioni esterne per il verde, parcheggi, viabilità e segnaletica
- opere per eliminazione di barriere architettoniche
- locali tecnici

Opere impiantistiche

- impianti elettrici e speciali
- impianto idrico
- impianti riscaldamento, climatizzazione e ricambio aria
- impianti gas medicali, vuoto, ossigeno, aria con reti e depositi
- impianti solari per la produzione di energia elettrica e di acqua calda

STIMA DEI COSTI

Hospice

Il calcolo sommario della spesa si intende, salvo eventuali e successive più precise condizioni da fissare, con l'applicazione di parametri desunti da interventi similari realizzati.

1) Opere edilizie

- Demolizione, ristrutturazione ed adeguamento di alcune murature portanti;
- Esecuzione di nuove aperture e chiusure su pareti esterne;
- Muratura per divisori interni in laterizio portante;
- Muratura portante per canna ascensore e montacarichi;
- Demolizione totale e rifacimento intonaci interni in verticale ed orizzontale;
- Rimozione e sostituzione di infissi esterni in legno di castagno con infissi di porte interne ed esterne, rimozione e sostituzione;
- cristalli atermici ed antisfondamento;
- Realizzazione di pareti interne in laterizio leggero;
- Demolizione e rifacimento pavimenti;
- Servizi igienici completi di apparecchiature sanitarie e specialistiche;
- Interventi edilizi per impianti termici, elettrici, idrici;
- Revisione generale manto di copertura;
- Tinteggiature totali;
- Controsoffittature in pannelli isolanti;
- Sistemazione parcheggio esterno;
- Abbattimento barriere architettoniche.
- Rifiniture connesse;
- Integrazione edilizia agli impianti termici, elettrici idrici;
- Due rampe per portatori di handicap;
- Scala di sicurezza metallica esterna a due rampe con pianerottoli;

circa mq. 557	€/mq 596,84	totale € 332.443,30
---------------	-------------	----------------------------

2) Impianti ed arredi

- Impianto termico costituito da gruppo di condizionamento con inverter, sezionato per corpi ai piani;
- Impianto termico di riscaldamento acqua igienica con accumulo;
- Evacuatori di fumi e di gas;
- Ricambio aria

- Gruppo elettrogeno;
- Impianti elettrici di forza, di illuminazione di comunicazione interna ed esterna e di informatizzazione compresi di apparecchiature di comando ed illuminanti;
- Ascensore portalettighe e montacarichi;
- Illuminazione del parco esterno;
- Impianti di sicurezza e di allarme;
- Protezione scariche atmosferiche;
- Impianti idrici di adduzione e distribuzione acqua di rete completi e funzionanti;
- Impianti di scarico acque meteoriche, chiare e reflue, completi, con pozzetti e funzionanti;
- Impianto di irrigazione ed innaffiamento del parco;
- Impianto di utilizzazione di acqua di raccolta e riserva;
- Impianto antincendio;
- Autoclave;
- Arredi vari;

a corpo		totale € 338.304,97
---------	--	----------------------------

3) Altre somme connesse alla progettazione e realizzazione delle opere

a corpo		totale € 340.000,00
---------	--	----------------------------

Ospedale di distretto e Centro diurno

Il calcolo sommario della spesa si intende, salvo eventuali e successive più precise condizioni da fissare, per ogni piano dell'edificio con l'applicazione di parametri desunti da interventi simili realizzati.

1) Opere edilizie

- Muratura per divisori interni in laterizio portante;
- Muratura portante per canna ascensore e montacarichi;
- Demolizione, ristrutturazione ed adeguamento di alcune murature portanti;
- Esecuzione di nuove aperture e chiusure su pareti esterne;
- Revisione generale manti di copertura;
- Demolizione e rifacimento intonaci totali, in verticale ed in orizzontale, antiumidità ed antimuffa;
- Rimozione e sostituzione di infissi esterni in legno di castagno con cristalli atermici ed antisfondamento;
- Realizzazione di pareti interne in laterizio leggero;
- Demolizione e rifacimento pavimenti;
- Rifiniture connesse;
- Tinteggiature totali;
- Controsoffittature in pannelli isolanti;
- Servizi igienici completi di apparecchiature sanitarie e specialistiche;
- Scala di sicurezza metallica esterna a due rampe con pianerottoli;
- Sistemazione parcheggio esterno;
- Abbattimento barriere architettoniche.
- Integrazione edilizia agli impianti termici, elettrici idrici;

circa mq. 1.473	€/mq 568,00	totale € 836.664,00
-----------------	-------------	----------------------------

2) Impianti ed arredi

- Impianto termico costituito da gruppo di condizionamento con inverter, sezionato per corpi ai piani;
- Impianto termico di riscaldamento acqua igienica con accumulo;
- Evacuatori di fumi e di gas;
- Ricambio aria
- Gruppo elettrogeno;
- Impianti elettrici di forza, di illuminazione di comunicazione interna ed esterna e di informatizzazione compresi di apparecchiature di comando ed illuminanti;
- Ascensori portalettighe e montacarichi;
- Illuminazione del parco esterno;
- Impianti di sicurezza e di allarme;
- Protezione scariche atmosferiche;

- Impianti idrici di adduzione e distribuzione acqua di rete completi e funzionanti;
- Impianti di scarico acque meteoriche, chiare e reflue, completi, con pozzetti e funzionanti;
- Impianto di irrigazione ed innaffiamento del parco;
- Impianto di utilizzazione di acqua di raccolta e riserva;
- Impianto antincendio;
- Autoclave;
- Arredi vari.

a corpo		totale € 902.508,00
---------	--	----------------------------

3) Altre somme connesse alla progettazione e realizzazione delle opere

a corpo		totale € 360.000,00
---------	--	----------------------------

In relazione alla funzionalità delle strutture sanitarie da realizzare la voce "arredi vari" comprende almeno le seguenti tipologia di dotazioni:

Arredi comprendenti tavoli e sedie, poltrone, stoviglie e vasellame per cucina, carrelli ed armadi.

Arredi comprendenti letti speciali con schienali regolabili e letti per accompagnatori.

Ausili e presidi includenti materassi e cuscini antidecubito, carrozzelle, sollevatori, trasportatori, barelle doccia, vasche da bagno per disabili.

Apparecchiature includenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per piccola chirurgia.

Arredi per sala polivalente.

Apparecchiature per cucina tisaneria.

Scrivanie, sedie, mobili archivio, computer, stampanti, modem, video, registratore.

Altare, inginocchiatoi, scaffalatura, portabara.

Apparecchiature illuminanti particolari.

Arredamenti per studi medici ed ambulatori.

Hospice

Personale	gg. degenza		pazienti		tot ore/pz	unità	costo/ora	TOTALE costo/pz/giorno	%
	ore/uomo/anno*	365,00	8,00						
medico specialista	50	400	-	-	0,25	-	-	-	-
medico di reparto	150	1.200	23,42	9,62	0,75	23,42	28.104,34	5,9	5,9
infermiere	1.218	9.744	19,25	64,22	6,13	19,25	187.525,71	39,3	39,3
OTA	912	7.296	15,20	37,99	4,59	15,20	110.916,89	23,2	23,2
FKT	61	488	19,25	3,22	0,31	19,25	9.391,68	2,0	2,0
Psicologo	61	488	19,25	3,22	0,31	19,25	9.391,68	2,0	2,0
Assistente sociale	61	488	19,25	3,22	0,31	19,25	9.391,68	2,0	2,0
Assistente spirituale	61	488	-	-	0,31	-	-	-	-
Altri consulenti	61	488	25,82	4,32	0,31	25,82	12.601,55	2,6	2,6
TOTALE COSTI DEL PERSONALE	2.635,00	21.080,00		125,80			367.323,55	77,0	77,0
* hospice: requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici (fonte: Società Italiana Terapie Palliative)									
Altri costi									
Farmaci e presidi				9,51			27.759,56	5,8	5,8
Indagini diagnostiche				7,69			22.465,88	4,7	4,7
Gestione				7,16			20.916,50	4,4	4,4
Ristorazione				9,73			28.405,13	6,0	6,0
Costi generali				3,54			10.329,14	2,2	2,2
TOTALE ALTRI COSTI				37,63			109.876,21	23,0	23,0
TOTALE COSTI				163,42			477.199,75	100,0	100,0

Assistenza domiciliare

Infermiere	730,00	16.060,00	10,10	19,25		162.216,10
costi gestione e presidi		0,15				24.332,42
TOTALE COSTI						186.548,52
						8.479,48

* per l'hospice si è calcolata una presa in carico di n° 25 pazienti e su questo numero calcolati i ricavi: 25 x 365 x 175,00

Centro Diurno

giorni di degenza

365

pazienti

15

Personale	unità	costo/anno**	TOTALE	costo/pz/giorno	%
MMG	-	-	-	-	-
infermiere	3,0	30.599,95	91.799,84	16,77	32,2
OTA	4,0	24.171,86	96.687,42	17,66	33,9
FKT	0,5	30.599,95	15.299,97	2,79	5,4
Psicologo	0,3	37.238,26	11.171,48	2,04	3,9
Assistente sociale	0,3	30.599,95	9.179,98	1,68	3,2
TOTALE COSTI DEL PERSONALE			224.138,70	40,94	78,7
Altri costi					
Farmaci e presidi			10.329,14	1,89	3,6
Materiale ludico-ricreativo			7.746,85	1,41	2,7
Gestione			10.329,14	1,89	3,6
Ristorazione			20.658,28	3,77	7,3
Costi generali			11.620,28	2,12	4,1
TOTALE ALTRI COSTI			60.683,69	11,08	21,3
TOTALE COSTI			284.822,39	52,02	100,0

** CCNL Cooperative sociali

Ospedale di Distretto

gg degenza **365** pazienti **12**

Personale	ore/uomo/anno*	unità	costo/anno**	TOTALE	costo/pz/giorno	%
medico specialista			-	20.335,49	4,64	4,1
MMG	58		-	22.293,38	5,09	4,5
infermiere		5,0	30.599,95	152.999,74	34,93	30,8
OTA		6,0	24.171,86	145.031,14	33,11	29,2
FKT		1,0	30.599,95	30.599,95	6,99	6,2
Psicologo		0,3	37.238,26	11.171,48	2,55	2,2
Assistente sociale		0,3	30.599,95	9.179,98	2,10	1,8

TOTALE COSTI DEL PERSONALE 391.611,15 89,41 78,8

Altri costi

Farmaci e presidi	22.476,53	5,13	4,5
Indagini diagnostiche	17.424,61	3,98	3,5
Gestione	24.732,02	5,65	5,0
Ristorazione	29.122,17	6,65	5,9
Costi generali	11.620,28	2,65	2,3
TOTALE ALTRI COSTI	105.375,61	24,06	21,2

TOTALE COSTI 496.986,76 113,47 100,0

** CCNL Cooperative sociali

Figura Prof.le	Livello	Costo/ora	costo/anno
OTA	IV	29.436	46.803.240
INFERMIERE	VI	37.264	59.249.760
ASS. SOCIALE	VI	37.264	59.249.760
PSICOLOGO	VIII	45.348	72.103.320
RESPONSABILE	X	55.245	87.839.550

Figura Prof.le	Livello	Costo/ora	costo/anno
OTA	IV	€ 15,20	€ 24.171,86
INFERMIERE	VI	€ 19,25	€ 30.599,95
ASS. SOCIALE	VI	€ 19,25	€ 30.599,95
PSICOLOGO	VIII	€ 23,42	€ 37.238,26
RESPONSABILE	X	€ 28,53	€ 45.365,34

PRIVATO E PUBBLICO A CONFRONTO

CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA		OSPEDALE PUBBLICO	
2000	2001	2000	2001
1.879	2.260	8.567	9.182
6.073	7.608	35.776	36.375
118,85%	148,88%	71,90%	75,23%
5.245.452.000	6.349.495.000	23.480.000.590	24.949.134.000
		RICOVERI	
		GIORNATE DI DEGENZA	
		TASSO DI OCCUPAZIONE	
		IMPORTO DRG	

CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA	post letto 13	RETRIBUZIONI	OSPEDALE PUBBLICO posti letto 18
1 unità		DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	1 unità
156 h X 12 mesi		DEBITO ORARIO ANNUO	156 h X 12 mesi
3 unità		DIRIGENTE STRUTTURA SEMPLICE	3 unità
156 h X 12 mesi X 3 unità		DEBITO ORARIO ANNUO	156 h X 12 mesi X 3 unità
1 unità		OPERATORE PROFESSIONALE VII	1 unità
156 h X 12 mesi		DEBITO ORARIO ANNUO	156 h X 12 mesi
4 unità		OPERATORI PROFESSIONALI VI	11 unità
156 h X 12 mesi X 4 unità		DEBITO ORARIO ANNUO	156 h X 12 mesi X 11 unità
4 unità		OPERATORI TECNICI AUSILIARI	4 unità
156 h X 12 mesi X 4 unità		DEBITO ORARIO ANNUO	156 h X 12 mesi X 4 unità

DEGENZA MEDIA OSPEDALIERA IN EUROPA	in giorni
FINLANDIA	4,5
GRAN BRETAGNA	4,8
SVEZIA	5,1
FRANCIA	5,6
IRLANDA	6,7
ITALIA	7,0
SPAGNA	8,0

**REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
ROMA D**

**DIRETTORE GENERALE
AVV. MARCO BONAMICO**

**BANDO DI GARA
CONVENZIONE DEI SERVIZI
DISCIPLINARE DI SELEZIONE
DEI SOCI**

**PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE
COMUNE DI FIUMICINO**

**HOSPICE
CENTRO DIURNO
OSPEDALE DI DISTRETTO
ASSISTENZA DOMICILIARE**

**REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
ROMA D**

**DIRETTORE GENERALE
AVV. MARCO BONAMICO**

BANDO DI GARA

**PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE
COMUNE DI FIUMICINO**

**HOSPICE
CENTRO DIURNO
OSPEDALE DI DISTRETTO
ASSISTENZA DOMICILIARE**

**AZIENDA
UNITA' SANITARIA LOCALE RM D
REGIONE LAZIO**

BANDO DI GARA

1. DATI AMMINISTRAZIONE:

- a) **Nome:** ASL RMD REGIONE LAZIO
b) **indirizzo:** VIA C. VIOLA, N. 31 00148 ROMA
c) **telefono e fax:** 06 6510440 – 06 65104429
d) **e-mail:** direttoregenerale@auslromad.it
e) **responsabile del procedimento:** AVV. MARCO BONAMICO

2. FINALITA':

Selezione dei soci per la costituenda S.p.A. di sperimentazione gestionale per la gestione di servizi sanitari e di progettazione, ristrutturazione e manutenzione ordinaria di due immobili nel Comune di Fiumicino in località Palidoro e Maccarese, ai sensi degli articoli 2325 e seguenti del c.c. e dell'articolo 9 bis della legge 229/1999 come risulta modificato dall'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 405/2001

3. CARATTERISTICHE ESSENZIALI DELLA COSTITUENDA SOCIETA':

- Capitale sociale iniziale: n. 100.000,00 azioni da Euro nominali 1 per un valore complessivo di Euro 100.000,00 (centomila/00);

- Quota capitale pubblico: minimo 51%, max 75%, di cui il 51% sempre di proprietà della AUSL RMD;
- Quota capitale privato: max 49%, min. 25%;
- Durata: fino al 2052;
- Regolamentazione in deroga alla normativa ordinaria per quanto riguarda la compagine sociale pubblico/privati ed i loro rapporti;

4. SERVIZI E LAVORI DA AFFIDARE ALLA SOCIETA':

Pianificazione, progettazione e gestione dei servizi sanitari di cui allo statuto sociale;

Progettazione, esecuzione e manutenzione ordinaria degli immobili;

Ogni altro servizio ricompreso nello statuto.

In via esemplificativa:

- gestione Hospice
- gestione Assistenza Domiciliare
- gestione Ospedale di distretto
- gestione Centro diurno
- gestione Formazione specialistica
- gestione Ricerca in campo Sanitario
- gestione Ricerca in campo Economico-gestionale
- gestione Servizio catering e/o mensa
- gestione Servizio lavanderia
- gestione Servizi accessori e connessi ai precedenti
- gestione della sicurezza delle persone, degli impianti e delle problematiche ambientali
- progettazione della ristrutturazione degli immobili
- realizzazione delle opere di ristrutturazione degli immobili

- manutenzione ordinaria degli immobili e degli impianti

Il tutto come meglio chiarito e regolamentato nell'apposita convenzione e nel disciplinare di selezione, facenti parte integrante e sostanziale del presente bando;

5. SOGGETTI AMMESSI A PRESENTARE DOMANDA:

- Regione Lazio;
- Provincia di Roma;
- Comune di Fiumicino;
- Enti locali e Aziende sanitarie interessate al progetto;
- Associazioni e Organizzazioni non lucrative (onlus);
- Cooperative di MMG e di PLS;
- Cooperative sociali;
- Consorzi;
- Associazioni iscritte nell'Anagrafe nazionale delle ricerche;
- Fondazioni;
- Aziende ed Istituti di credito;
- Imprenditori individuali;
- Singole società;
- Associazioni temporanee di imprese e/o di enti senza scopo di lucro appositamente costituite;

nota: i soggetti che per loro natura giuridica o per statuto non possono essere titolari di azioni o partecipazioni, devono allegare una dichiarazione dalla quale risulti l'impegno a costituirsi ovvero a modificarsi, in caso di aggiudicazione di azioni, in soggetto idoneo a tale scopo.

6. RICHIESTE PARZIALI:

Non sono ammesse richieste per quote inferiori a n. 2.000 azioni.

7. RICHIESTA DOCUMENTAZIONE:

Il disciplinare per la selezione, la convenzione ed i documenti allegati potranno essere richiesti ai recapiti indicati al punto 1 del bando:

- nel termine ultimo del __/__/2002;
- gratuitamente: tramite posta elettronica;
- al costo delle sole spese di duplicazione: se richiesti in copia.

8. MODALITA' D'INVIO DELLE DOMANDE:

- termine ultimo per il ricevimento: __/__/2002;
- recapito: all'indirizzo riportato al punto 1 del bando;
- lingua: italiana;

9. APERTURA DELLE DOMANDE:

- persone autorizzate a presenziare: legale rappresentante o suo delegato;
- data, ora e luogo dell'apertura: __/__/2002, ore __, presso la sede dell'Azienda Unità sanitaria locale Roma D.

10. CORRISPETTIVO DEL SERVIZIO:

- rapporto contrattuale con la Regione Lazio e con la Ausl RMD derivante dall'adozione del progetto; rapporto contrattuale con gli altri enti pubblici eroganti e con l'utenza;

11. CONDIZIONI MINIME PER L'AMMISSIONE ALLA SELEZIONE:

- requisiti d'ordine generale: di cui all'articolo 14 del disciplinare;
- referenze bancarie: rilasciate da almeno un primario Istituto di Credito;
- cauzione per la partecipazione alla gara: fideiussione bancaria o assicurativa pari al 30% del valore delle azioni richieste, con validità di 365 giorni dalla data del termine per la presentazione della domanda, rilasciata da primario Istituto di credito o assicurativo.

12. VALIDITA' DELLA DOMANDA:

- 365 giorni dalla presentazione.

13. CRITERI PER LA SCELTA DEI SOCI:

Procedura:

per i soggetti privati:

- gara pubblica;

per i soggetti pubblici:

- richiesta sottoscritta dal legale rappresentante con allegata documentazione deliberativa di rito.

Titoli preferenziali:

- soggetti che presentino caratteristiche di omogeneità agli interessi della compagine sociale;
- soggetti che hanno o che manifestino la volontà, in caso di assegnazione di azioni, di insediare la propria attività nell'area urbana di riferimento o nelle aree più prossime;
- soggetti operanti da più tempo nei settori attinenti a quelli del servizio/i che dovrà rendere la società;
- soggetti che possano determinare positivi impatti occupazionali;

- soggetti appartenenti alle categorie del no-profit;
- soggetti che dispongano al proprio interno di personale medico appartenente alla categoria dei mmg e pls, di personale paramedico e di personale di ricerca medica o/e economico-gestionale di comprovata professionalità;
- soggetti che presentino proposte e soluzioni progettuali complessive e/o ipotesi di project financing e/o di lavoro e/o di ricerca attinenti l'attività da svolgere;

Attribuzione di azioni:

- in base a quanto previsto all'articolo 23 del disciplinare di selezione.

14. ALTRE INFORMAZIONI:

- ulteriori informazioni e di maggior dettaglio sono contenute nel disciplinare per la selezione e nella convenzione.

15. DATA D'INVIO DEL BANDO ALLA GUCE: __/__/2002.

16. DATA DI RICEVIMENTO DEL BANDO DA PARTE DELLA GUCE: __/__/2002.

ROMA, __/__/__

**IL DIRETTORE GENERALE
AVV. MARCO BONAMICO**

**AZIENDA
UNITA' SANITARIA LOCALE RMD
REGIONE LAZIO**

SCHEMA DI DICHIARAZIONE

Da allegare alla domanda per la selezione dei soci della costituenda S.p.A. di Gestione di servizi sanitari e ristrutturazione di due immobili nel Comune di Fiumicino in località Palidoro e Maccarese, ai sensi degli articoli 2325 e seguenti del c.c. e dell'articolo 9 bis della legge 229/1999 come risulta modificato dall'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 405/2001.

DICHIARAZIONE

(Artt. 2 e 4 L. 04/01/1968, n. 15 e art. 3 L. 127/1997 e D.P.R. 403/1998)

il sottoscritto

nato a

provincia di (.....) il.....

in qualità di.....
(titolare, legale rappresentante, procuratore, ecc..)

della società /associazione/impresa /ente

Con sede in

alla Via.....

Codice fiscale

Partita IVA

Codice iscrizione anagrafe nazionale ricerche

timbro e firma del legale rappresentante

**Con la presente
D I C H I A R A
di possedere i seguenti
REQUISITI D'ORDINE GENERALE:**

- di avere la cittadinanza italiana o di altro Stato appartenente all'Unione Europea, ovvero residenza in Italia per gli stranieri imprenditori ed amministratori di società commerciali legalmente costituite, se appartenenti a Stati che concedono trattamento di reciprocità nei riguardi di cittadini italiani;
- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione previste dalla normativa antimafia;
- l'inesistenza, a proprio carico, di sentenze definitive di condanna passate in giudicato ovvero di sentenze di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per reati che incidono sulla moralità professionale;
- l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contribuzione sociale secondo la legislazione del Paese di residenza;
- l'inesistenza di irregolarità, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse secondo la legislazione italiana o del Paese di residenza;
- che la società/impresa, se richiesto per legge,
.....
è iscritta nel registro delle imprese (o altro organismo equipollente secondo la legislazione dello Stato di residenza) di
..... con il n° dal ___/___/___, per
l'attività di
- l'insussistenza dello stato di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o in ogni altra analoga situazione;
- non avere in corso procedure di dichiarazione di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o versare in stato di sospensione dell'attività commerciale;

timbro e firma del legale rappresentante

- non aver commesso, in materia professionale, alcun errore grave;
- l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, attinenti l'osservanza delle norme poste a tutela della prevenzione e della sicurezza sui luoghi di lavoro;
- l'inesistenza di false dichiarazioni circa il possesso dei requisiti richiesti per l'ammissione agli appalti e per il conseguimento dell'attestazione di qualificazione.

Ai sensi dell'articolo 26 della legge 4 gennaio 1968, n° 15, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, la presente dichiarazione è sottoscritta in data

timbro e firma del legale rappresentante

N.B. Allegare copia di un valido documento di riconoscimento.
Togliere ciò che non interessa o non dovuto.

**REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
ROMA D**

**DIRETTORE GENERALE
AVV. MARCO BONAMICO**

**CONVENZIONE PER LA
GESTIONE DEI SERVIZI**

**PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE
COMUNE DI FIUMICINO**

**HOSPICE
CENTRO DIURNO
OSPEDALE DI DISTRETTO
ASSISTENZA DOMICILIARE**

**SCHEMA DI CONVENZIONE PER LA
GESTIONE DEI SERVIZI, PER LE
OPERE DI RISTRUTTURAZIONE
E PER EVENTUALI NUOVE INIZIATIVE
TRA LA SPA MISTA E LE PARTI PUBBLICHE**

CONVENZIONE

TRA

L'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA D -
REGIONE LAZIO - PROVINCIA DI ROMA - COMUNE DI
FIUMICINO - ALTRI ENTI PUBBLICI

E

LA SPA MISTA MAGGIORITARIA DI GESTIONE DI
SERVIZI SANITARI, DI PROGETTAZIONE,
REALIZZAZIONE DI OPERE E LORO MANUTENZIONE,
COME MEGLIO SPECIFICATO NEL BANDO DI GARA E
NEI SUOI ALLEGATI

L'anno

il giorno

del mese di

in Roma, nella sede dell'Azienda Unità sanitaria Locale RMD

innanzi al sottoscritto ufficiale rogante dott.

con l'offerta/project financing formulata dai soci privati in sede di gara;

- Che previa selezione tramite procedura di evidenza pubblica dei soci, in data con atto notaio dott. si è costituita la Società denominata

TUTTO CIO' PREMESSO

e ratificato dalle parti contraenti e stipulanti, che dichiarano di tenere a valere la su esposta narrativa come parte integrante del presente contratto, le parti medesime convengono e stipulano quanto appresso:

Articolo 1

Oggetto

la presente convenzione regola i rapporti, gli obblighi ed i diritti tra l'Azienda, la Regione Lazio, la Provincia di Roma, il Comune di Fiumicino, gli altri enti pubblici interessati e la Società appositamente costituita ed avente ad oggetto quanto in premessa specificato;

Gli enti pubblici di cui al comma precedente, affidano in via esclusiva, alle condizioni e con le precisazioni stabilite negli articoli che seguono alla società, che accetta, la gestione dei servizi, la progettazione e la realizzazione degli interventi di ristrutturazione e delle opere connesse e di manutenzione ordinaria, come previsto nel progetto.

La società dovrà provvedere:

- **Alla gestione dei servizi:**
 - effettuando ricerca epidemiologica;
 - applicando le linee guida internazionali nella gestione delle patologie;
 - effettuando ricerca e verifica della qualità;
 - organizzando formazione continua per gli operatori sanitari e non sanitari;
 - promuovendo rapporti con i dipartimenti Universitari funzionali alle attività svolte;
 - stipulando, se del caso, accordi e convenzioni esterne con soggetti terzi, nei limiti e con le modalità previste per legge, per l'effettuazione di prestazioni sanitarie integrative;
 - garantendo le prestazioni sanitarie (mediche e paramediche) nelle 24 (ventiquattro) ore: normale attività diurna e reperibilità nelle 24 (ventiquattro) ore;
 - garantendo che il personale medico seguirà corsi specifici di formazione sulle cure Palliative e corsi di Evidence Based Medicine;
 - garantendo che il personale paramedico seguirà corsi specifici di formazione sulla assistenza domiciliare;
 - garantendo controlli e verifiche tramite indicatori di processo (degenza media, riduzione del numero dei ricoveri, rapporto costo/beneficio, qualità percepita dal paziente e dai familiari, appropriatezza della presa in carico e dei ricoveri tramite il PRUO modificato) e di esito (fondamentalmente mortalità e morbilità).

- **Alla realizzazione delle opere:**
 - provvedendo alla preventiva acquisizione e disponibilità delle degli immobili e delle annesse aree interessate dall'intervento mediante redazione di dettagliato verbale di consegna;
 - alla progettazione degli interventi;
 - alla approvazione della progettazione e all'acquisizione di tutti i permessi e delle autorizzazioni necessarie;
 - alla realizzazione delle opere oggetto della progettazione;
 - in particolare restando a carico della società tutte le seguenti attività tecniche e amministrative:
 - studi di fattibilità;
 - predisposizione degli strumenti urbanistici attuativi previsti dal P.R.G.;
 - rilievi, indagini e prove preliminari ed in corso d'opera;
 - predisposizione di tutti gli atti relativi ad eventuali espropri;
 - progettazione fino al livello esecutivo;
 - adempimenti connessi alla sicurezza (Dlgs 626/1994, Dlgs 494/1996);
 - direzione e contabilizzazione dei lavori;
 - assistenza al collaudo;
 - acquisizione di tutti i pareri e nulla osta necessari per legge;

- alla richiesta e all'ottenimento, in tutte le sedi istituzionalmente competenti, nazionali e comunitarie, dei benefici, agevolazioni e finanziamenti possibili per l'iniziativa in oggetto o il suo ampliamento;
- all'espletamento di appalti dei lavori, non realizzati direttamente, mediante procedure di evidenza pubblica ai sensi di legge;
- atti di identificazione catastale (frazionamenti, mappali, accatastamenti, ecc.);
- **A quanto altro necessario alla migliore realizzazione dell'intervento in oggetto.**

Articolo 2

Durata

La presente convenzione ha durata dalla sottoscrizione, fino al
e può essere automaticamente interrotta per scioglimento della società conseguente al mancato raggiungimento dello scopo sociale nei termini convenuti contrattualmente;

Potrà essere prorogata per un successivo periodo da definirsi tra le parti, nel caso in cui, alla scadenza, si voglia proseguire con la sperimentazione ovvero si voglia integrare la stessa con ulteriori interventi;

Articolo 3

Immobili e aree interessate alle opere e loro specificazione

Le aree e gli immobili interessati dagli interventi di trasformazione e ristrutturazione previsti dalla presente convenzione risultano dettagliatamente specificati nel progetto.

Negli immobili e nelle aree individuati sono previsti i lavori e gli interventi dettagliatamente specificati nel progetto.

Articolo 4

Obblighi e impegni

La società si obbliga e impegna:

- A perseguire le finalità programmatiche e di sviluppo socio-sanitario territoriale inerenti l'attività di cui è titolare, indicate per la zona di intervento e indicate dagli enti pubblici interessati;
- A realizzare tutte le opere e a prestare tutti i servizi, direttamente e/o mediante pubblici appalti, conformando la propria attività al rispetto della normativa vigente in materia di appalti e lavori pubblici;
- Al rispetto delle leggi e norme in materia di sicurezza del lavoro (Dlgs 626/1994 e Dlgs 494/1996);
- A perseguire e raggiungere accordi con gli enti pubblici interessati eventualmente ad insediare nell'area proprie strutture o a far gestire nuovi servizi;
- Ad effettuare anticipazioni, in caso di assenza o incapienza dei finanziamenti pubblici o privati, per la realizzazione di tutto quanto previsto nella presente convenzione;

Articolo 5

Indirizzi progettuali

Nella progettazione delle ristrutturazioni e delle eventuali trasformazioni, oltre alle specifiche indicazioni di cui all'articolo 7, comma 5, la società è obbligata a tenere conto dei seguenti indirizzi di carattere generale:

- **Rispetto dei seguenti criteri di riqualificazione urbana:**
 - intervento a scala urbana con elevati caratteri formali, relazionali e percettivi;
 - transito e sosta per veicoli a motore;
 - aree fuori terra, non edificabili, destinate esclusivamente al transito e la sosta pedonale, eventualmente pista ciclabile ed a verde;
 - reti necessarie alle esigenze tecnologiche degli insediamenti previsti ed in particolare per quelli scientifici a tecnologia avanzata;
 - sistema di raccolta delle acque meteoriche innovativo, al fine di trattenerle totalmente e utilizzarle all'interno dell'area.

Garantire un elevato livello qualitativo della realizzazione, mediante ricerca di soluzioni progettuali innovative, rispetto all'ordinario criterio di progettazione, ricorrendo eventualmente anche a concorsi di progettazione.

A realizzare tutte le opere relative ai servizi a rete, per quanto possibile, con le modalità previste dalla "direttiva per la

realizzazione delle reti tecnologiche nel sottosuolo" impartita dal Ministero dei lavori pubblici il 3/3/1999.

A collocare tutte le opere le cui installazioni comportino l'emissione di onde elettromagnetiche, sia in bassa frequenza che in alta frequenza, in modo che non producano elettrosmog e comunque conformi alle norme vigenti in materia e alle istruzioni del Ministero dell'ambiente e degli organi preposti alla sorveglianza sanitaria.

A realizzare tutte le opere inerenti il ciclo delle acque, dall'approvvigionamento idrico fino al recupero finale degli scarichi liquidi di qualsiasi genere, in conformità alle disposizioni di cui al titolo III, cap. III e IV e all'allegato 5 del decreto legislativo 11/05/1999 n. 152, nonché delle altre norme da questo richiamate.

Articolo 6

Eventuale cessione delle aree e degli immobili -criteri standard

Le eventuali aree per le urbanizzazioni primarie e le aree per attrezzature pubbliche (standard) previste da convenzioni integrative si intenderanno cedute dalla società in forma gratuita agli enti pubblici Comune, Regione, Provincia contestualmente all'approvazione del piano particolareggiato che le identifichi.

La proprietà delle opere di urbanizzazione realizzate dalla società è pertanto attribuita automaticamente in forma gratuita al Comune di Fiumicino, la Regione Lazio e la Provincia di Roma,

rispettivamente per quanto di competenza, risultando le opere realizzate direttamente su aree già di proprietà di questi ultimi enti locali.

La società con la firma della convenzione, conferisce procura irrevocabile al rappresentante degli enti competenti alla firma della stessa convenzione, a sottoscrivere anche per essa il successivo atto di identificazione catastale una volta intervenuta l'approvazione dell'eventuale frazionamento.

Articolo 7

Adempimenti e termini

Tutti i termini previsti dal presente articolo decorrono dalla data di stipula della presente convenzione.

La società si obbliga ed impegna a sviluppare e presentare alla all'Azienda:

- Entro il uno studio di fattibilità atto ad individuare le caratteristiche funzionali, tecniche, gestionali, economiche e finanziarie dell'intervento e che deve in particolare contenere:
 - L'analisi dello stato di fatto di ogni intervento nelle sue eventuali componenti di sostenibilità ambientale, socio economiche, amministrative e tecniche;
 - Il piano economico-finanziario ipotizzando i seguenti elementi:
 - ipotesi di sviluppo di una partnership tra Banche ed Impresa anche attraverso l'intervento diretto delle Banche o Istituti di credito nel capitale di rischio;

- capitale di prestito tradizionale;
- credito industriale;
- eventuali leggi speciali;
- eventuali finanziamenti Europei (BEI o altro);
- finanziamenti alle opere pubbliche;
- eventuali ipotesi di project financing intendendo il supporto finanziario non come l'unico, ma come uno degli elementi di un'attività di servizio e di consulenza, con un coinvolgimento più approfondito delle Banche nella iniziativa, la modalità di intervento tramite project financing (acquisti delle eventuali nuove aree, realizzazione delle opere e gestione delle stessa sulla base di un piano economico che consenta la redditività nel lungo periodo) può essere in particolare ipotizzata in relazione agli interventi di.
 - Entro il un apposito piano particolareggiato dell'area e degli immobili in oggetto.
 - Tutti i progetti ed atti tecnici accessori (rilievi, indagini, piani per la sicurezza, ecc.) necessari per la realizzazione delle opere e delle infrastrutture eventualmente necessarie in conformità a quanto previsto dalla legge quadro sui lavori pubblici (L. 109/1994) entro le seguenti date:
 - Entro il i preliminari
 - Entro il i definitivi
 - Entro il gli esecutivi.
 - La società si obbliga inoltre:

- A dare inizio ai lavori entro il
- Ad ultimare le urbanizzazioni eventuali ed i lavori relativi alle strutture del comune di Fiumicino entro il
- In ogni caso, fermi restando i termini di cui ai punti precedenti, tutti gli adempimenti prescritti nella convenzione devono essere eseguiti e ultimati entro il termine massimo di 12 (dodici) mesi. Entro lo stesso termine la società deve avere conseguito l'ottenimento delle concessioni edilizie per la realizzazione degli interventi ed aver iniziato i relativi lavori previsti da ciascuna singola concessione edilizia.
- Per la redazione dello studio di fattibilità, del piano particolareggiato e dei progetti preliminari definitivi relativi alle eventuali urbanizzazioni e strutture di proprietà degli enti locali, la società si impegna altresì ad acquisire e recepire integralmente le indicazioni degli stessi.
- Gli enti pubblici si impegnano a formulare le indicazioni di cui al comma precedente, entro massimo 30 giorni dalla richiesta.

Articolo 8

Attribuzione degli immobili e delle aree di proprietà pubblica

Gli enti pubblici si obbligano ad attribuire alla società i propri immobili e le proprie aree a titolo di concessione a mente della vigente normativa.

Le parti concordano che la concessione dell'area e degli immobili, da destinare ad uso pubblico, dovrà essere oggetto di specifico separato accordo tra le medesime.

Articolo 9

Eventuale permuta di aree con immobili per nuove iniziative

Preliminarmente, nell'ipotesi che gli enti pubblici, per la cessione delle proprie aree ed immobili relativamente a nuove iniziative, decidano per questo tipo di scambio, rientrano nella permuta, nella effettiva consistenza che sarà determinata nell'ambito dello strumento attuativo, le seguenti aree/strutture:

- L'area standard in eccesso rispetto allo standard minimo previsto dalla normativa di P.R.G.,
- Eventuali parcheggi ad uso pubblico e servizi connessi (quali servizi igienici, biglietterie, ecc.);
- Immobili da destinare ad attrezzature pubbliche di competenza degli enti pubblici e da questi richiesti.

Articolo 10

Corrispettivo

Il compenso spettante alla società per l'espletamento di quanto previsto nella presente convenzione è rappresentato dagli introiti e dai finanziamenti previsti contrattualmente; dagli altri introiti e dai finanziamenti richiesti ed ottenuti provenienti da soggetti pubblici, compresa la comunità europea, e da privati eroganti; dagli introiti provenienti da raccolte pubbliche di fondi esercitate

nelle forme e nei modi ritenuti più idonei dalla società stessa purché consentiti dalla legge.

La società è altresì titolare di ogni altro provento o finanziamento destinato alla attività oggetto della società anche per quegli interventi il cui costo sia stato già sostenuto a proprio totale o parziale carico nonché degli introiti derivanti dalla vendita di eventuali frazioni di immobili o servizi, autorizzati dagli enti pubblici.

Articolo 11

Concessione delle strutture pubbliche

La società si impegna a presentare al Comune ed agli altri enti interessati una o più ipotesi di gestione dell'eventuale parcheggio e connessi servizi che sia possibile avere in concessione, tenendo conto dei seguenti criteri:

- Remunerabilità della gestione, che comprenda ipotesi di canone da corrispondere ai soggetti pubblici o ipotesi di partecipazione in relazione all'investimento effettuato;
- Disciplina dell'accesso da parte dell'utenza.

Articolo 12

Eventuale vendita delle aree interessate da nuove iniziative

La società si impegna a vendere le aree o gli immobili oggetto di eventuali interventi di nuova iniziativa, fatte salve le aree da alienare, seguendo criteri di priorità dati dalle necessità di sviluppo delle attività dei soci.

Nel definire i prezzi di vendita delle aree e degli immobili si dovrà tenere conto:

- Della natura degli stessi,
- Della ubicazione degli stessi;
- Della potenzialità edificatoria;
- Delle appetibilità;
- Di ogni altro utile elemento estimativo.

Articolo 13

Garanzie

A garanzia degli immobili assunti con la convenzione, la società presta adeguata garanzia finanziaria con polizza fideiussoria n.

emessa in data da pari a Euro con
scadenza incondizionata fino al

La garanzia non può essere estinta se non previo favorevole collaudo tecnico di tutte le opere e di regolarità di ogni altro adempimento connesso; tuttavia la garanzia può essere ridotta in corso d'opera, su richiesta della società quando una parte funzionale autonoma delle opere sia stata regolarmente eseguita e, sempre previo collaudo, anche parziale e gli enti pubblici interessati ne abbiano accertato la regolare esecuzione.

La garanzia è prestata con la rinuncia esplicita al beneficio della preventiva escussione del debitore principale e non trova applicazione l'articolo 1944, 2° comma, del c.c.. La fideiussione è operativa e soggetta ad escussione a semplice richiesta della parte

pubblica, senza necessità di preventiva diffida o messa in mora, col solo rilievo dell'inadempimento.

Ancorché la garanzia sia commisurata all'importo delle opere, essa è prestata per tutte le obbligazioni a contenuto patrimoniale, anche indiretto, connesse all'attuazione della convenzione, da questa richiamate o il cui mancato o ritardato assolvimento possa arrecare pregiudizio alla parte pubblica, sia come ente territoriale, sia come soggetto iure privatorum, sia come autorità che cura il pubblico interesse. La garanzia copre altresì, senza alcuna riserva, i danni derivanti nel periodo di manutenzione e conservazione a cura della società fino all'approvazione del collaudo finale, nonché le sanzioni amministrative, sia di tipo pecuniario che ripristinatori e demolitorio, irrogate dagli enti pubblici a qualsiasi titolo in applicazione della convenzione, divenute inoppugnabili e definitive.

La parte pubblica può richiedere alla società la reintegrazione della cauzione ove questa sia venuta meno o in tutto o in parte.

Per l'attività di progettazione ed esecuzione dei lavori la società si impegna a costituire o, per quelle non svolte direttamente, a far costituire, tutte le forme di garanzia previste dall'articolo 30 della legge 109/1994.

Articolo 14

Verifiche

La società e la parte pubblica si impegnano a verificare lo stato di attuazione della presente convenzione, la prima volta entro due

mesi dalla data dell'atto costitutivo e successivamente a scadenze trimestrali.

La verifica riguarderà:

- Stato avanzamento lavori;
- La situazione economica e finanziaria;
- Eventuali ipotesi di varianti;
- La qualità dei servizi prestati.

Articolo 15

Collaudi

Alla parte pubblica compete il collaudo in corso d'opera e finale dei lavori relativi alla realizzazione delle opere e delle strutture di propria competenza. Ogni onere economico per tale attività resta a carico della società ovvero a carico dalla parte pubblica con i fondi messi a disposizione della stessa e, che la società deve eventualmente anticipare.

Ultimate le opere ed ogni altro adempimento costruttivo, la società presenta alla parte pubblica una dichiarazione di avvenuta ultimazione. Qualora la parte pubblica non provveda al collaudo finale entro tre mesi dalla dichiarazione di avvenuta ultimazione delle opere, ovvero non provveda alla sua approvazione entro i successivi tre mesi dall'emissione del certificato di collaudo, questo di intende reso in senso favorevole.

Per motivate ragioni può essere disposto il collaudo parziale di un complesso unitario di opere o di un sub-comparto autonomamente funzionale, a richiesta motivata della società ovvero a richiesta

della parte pubblica. In tal caso per ogni collaudo parziale si procede con le modalità di cui al comma 1, fermo restando che qualora il collaudo parziale sia richiesto dalla parte pubblica per esigenze proprie quest'ultima ne assume il relativo maggiore onere. Ai collaudi parziali non si applica la procedura del collaudo tacito o dell'approvazione tacita del collaudo di cui al comma 2.

Articolo 16

Risoluzione della convenzione

La presente convenzione si risolve per colpa della società, dovuta a gravi reiterate e comprovate inadempienze, con riferimento agli obblighi ed impegni previsti dalla presente convenzione e dallo statuto, tali da compromettere gravemente la missione della società stessa e gli interessi della parte pubblica.

Nel caso che la parte pubblica intenda avvalersi della clausola di risoluzione, preliminarmente contestata alla società, per iscritto, con precisione e, ove possibile, con apporti documentali deve preliminarmente evidenziare l'inadempienza riscontrata e intimare alla società di rimuovere le cause.

La società diffidata può presentare controdeduzioni entro 30 giorni dalla data di ricevimento della contestazione di cui sopra.

Qualora la società non motivi adeguatamente le cause dell'inadempimento e non cessi il proprio comportamento gravemente inadempiente, la parte pubblica può richiedere la risoluzione del contratto ai sensi del presente articolo.

Nel caso di risoluzione della presente convenzione, il presidente della società è obbligato ad iscrivere all'ordine del giorno dell'assemblea, da convocarsi entro sessanta giorni dall'avvenuta risoluzione, l'eventuale scioglimento della società stessa.

Articolo 17

Clausola compromissoria

Tutte le controversie che possono comunque sorgere fra la società e la parte pubblica in ordine all'esistenza, validità, interpretazione ed osservanza della presente convenzione, che non siano per norma imperative deferite all'autorità giudiziaria e che non fosse possibile comporre direttamente fra le parti in via bonaria definizione, saranno sottoposte al giudizio di un collegio di tre arbitri.

Ciascuna parte designerà un arbitro ed i due così nominati designeranno il terzo con funzioni di presidente.

A questi effetti la parte che intende sottoporre la controversia ad arbitrato ne informerà l'altra con una comunicazione contenente anche le generalità dell'arbitro designato.

L'altra parte deve procedere alla designazione del suo arbitro entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui al comma 3.

In mancanza di accordo, il presidente del collegio arbitrale ed il membro eventualmente non nominato dalla parte, o non sostituito tempestivamente in caso di mancanza in corso di procedimento,

saranno designati dal presidente del tribunale di Roma su ricorso della parte più diligente.

Qualora le parti fossero più di due, la nomina dell'intero collegio arbitrale sarà demandata al presidente del tribunale di Roma.

Gli arbitri decideranno secondo diritto e renderanno il lodo entro novanta giorni dalla loro costituzione in collegio, salvo deroga richiesta da entrambe le parti o disposta dal collegio stesso, per un periodo non superiore a trenta giorni.

Il lodo arbitrale deciderà anche circa le spese di giudizio e la loro ripartizione tra le parti.

Il collegio arbitrale avrà sede presso il comune di Roma.

Resta obbligo ed impegno delle parti a dare immediata e spontanea esecuzione alla decisione arbitrale.

Articolo 18

Spese

Tutte le spese, comprese le imposte e tasse, principali ed accessorie, inerenti e dipendenti, riguardanti la convenzione e gli atti successivi occorrenti alla sua attuazione, come pure le spese afferenti la redazione dei tipi di frazionamento delle aree in concessione quelle inerenti i rogiti notarili e ogni altro onere annesso e connesso, sono a carico della società.

Articolo 19

Trascrizione e benefici fiscali

La società rinuncia ad ogni diritto di iscrizione di ipoteca legale che potesse competere in dipendenza della presente convenzione.

La società autorizza il signor conservatore dei registri immobiliari alla trascrizione della presente affinché siano noti ai terzi gli obblighi assunti, esonerandolo da ogni responsabilità.

Al fine della concessione dei benefici fiscali previsti dalle vigenti disposizioni di legge in materia, si dà atto che tutte le cessioni di aree e manufatti di cui al presente atto, sono fatte in esecuzione del piano regolatore generale.

**REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
ROMA D**

**DIRETTORE GENERALE
AVV. MARCO BONAMICO**

**DISCIPLINARE PER LA
SELEZIONE DEI SOCI**

**PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE
COMUNE DI FIUMICINO**

**HOSPICE
CENTRO DIURNO
OSPEDALE DI DISTRETTO
ASSISTENZA DOMICILIARE**

SCHEMA DI DISCIPLINARE PER LA SELEZIONE DEI SOCI DA AMMETTERE NELLA COSTITUENDA SPA MISTA

DISCIPLINARE

PARTE I

OGGETTO – INFORMAZIONI

Articolo 1

Ente banditore

l'Ente selezionatore è l'Azienda Unità Sanitaria Locale Roma "D", d'ora innanzi denominato più semplicemente "Azienda".

Articolo 2

Finalità della selezione

In esecuzione della delibera/provvedimento n. del pubblicata ai sensi di legge, con la quale è stato approvato e adottato dai competenti organi il progetto di sperimentazione gestionale predisposto dall'Azienda USL RMD ai sensi dell'articolo 9.bis della legge 229/1999 e s.m. facente parte essenziale del presente disciplinare, si è avviata la procedura d'evidenza pubblica di selezione dei soci per la costituenda Società mista pubblico-privato a prevalente capitale dell'Azienda

Sanitaria RMD, per la gestione di servizi sanitari e di progettazione, ristrutturazione e manutenzione ordinaria di due immobili nel Comune di Fiumicino in località Palidoro e Maccarese, ed in generale:

Pianificazione, progettazione e gestione dei servizi sanitari di cui allo statuto sociale;

Progettazione, esecuzione e manutenzione ordinaria degli immobili.

La costituzione della società è finalizzata, razionalizzando la spesa pubblica e realizzando economie di scala, alla produzione ed alla erogazione dei servizi sopra specificati, in forma assolutamente innovativa e qualitativamente verificata, partecipata e concertata, attraverso un auspicato coinvolgimento del terzo settore, dei medici di medicina generale e dei privati di comprovata eccellenza professionale, tutti impegnati a sottoscrivere il progetto approvato nell'interesse generale della collettività.

Per la costituzione della società, l'Azienda ricerca soci privati e pubblici al fine di:

- apportare al processo economico-gestionale le competenze significative di più soci, sia privati che pubblici;
- apportare capitale pubblico e privato, oltre a quello dell'Azienda;
- realizzare il processo di gestione della rete-sistema di servizi in termini di efficienza, efficacia, economicità e appropriatezza

nonché di realizzare un percorso di rilevanza per lo sviluppo del territorio nell'interesse della comunità ivi insediata;

- ricercare ogni forma di gestione dei servizi utile alla promozione e allo sviluppo dell'occupazione complessivamente intesa.

Da parte dei soggetti privati è possibile richiedere minimo n. 2.000 azioni del valore nominale di Euro 1, ciascuna, fino ad un massimo di n. 49.000 azioni.

Da parte dei soggetti pubblici è possibile richiedere minimo n. 2.000 azioni del valore nominale di Euro 1, ciascuna, fino ad un massimo di n. 24.000 azioni.

Articolo 3

Caratteristiche essenziali della costituenda società

Il rapporto tra i soci sarà regolato da apposito statuto e da apposita convenzione, i cui schemi sono allegati al presente disciplinare.

Il riepilogo delle caratteristiche essenziali è quello di seguito riportato:

- Forma giuridica: Società per Azioni a capitale pubblico maggioritario;

- Denominazione:

“
.....”

- Capitale sociale iniziale: n. 100.000,00 azioni da Euro nominali 1 per un valore complessivo di Euro 100.000,00 (centomila/00);
- Quota capitale pubblico: minimo 51%, max 75%, di cui il 51% sempre di proprietà della AUSL RMD;
- Quota capitale privato: max 49%, min. 25%;
- Durata: fino al 2052.

Articolo 4

Ripartizione delle azioni

Sono riservate all'Azienda Unità Sanitaria Locale Roma "D", quale socio fondatore, n° 51.000 azioni, per un valore complessivo di 51.000,00 Euro, da sottoscrivere anche mediante apporto di beni in natura; l'Azienda, in caso di sottoscrizioni inferiori alle quote destinate agli altri soggetti pubblici e/o privati si riserva di aumentare la propria quota di partecipazione fino al 75% del capitale sociale;

Sono riservate agli altri soggetti pubblici n° 24.000 azioni, per un valore complessivo di Euro 24.000,00.

Articolo 5

Servizi da affidare alla costituenda società

Alla società saranno affidati i seguenti servizi:

- gestione Hospice

- gestione Assistenza Domiciliare
- gestione Ospedale di distretto
- gestione Centro diurno
- gestione Formazione specialistica
- gestione Ricerca in campo Sanitario
- gestione Ricerca in campo Economico-gestionale
- gestione Servizio catering e/o mensa
- gestione Servizio lavanderia
- gestione Servizi accessori e connessi ai precedenti
- gestione della sicurezza delle persone, degli impianti e delle problematiche ambientali
- progettazione della ristrutturazione degli immobili
- realizzazione delle opere di ristrutturazione degli immobili
- manutenzione ordinaria degli immobili e degli impianti
- ogni altra attività comunque programmata o prevista dal progetto.

Alla società verrà demandata anche:

- la preventiva presa in possesso degli immobili e delle aree cui al progetto nonché l'acquisizione di tutti i beni strumentali e non, necessari al corretto svolgimento dei servizi;
- l'eventuale gestione tecnico-amministrativa dei servizi con tariffe concordate con gli enti sovraordinati;

la costituenda S.p.A., in particolare, dovrà provvedere anche:

- allo studio definitivo dei progetti economici-finanziari di ogni servizio da gestire nel quadro generale dei bisogni della cittadinanza, tenendo in debita considerazione i dati forniti dall'Azienda e dagli altri enti pubblici interessati;
- alla predisposizione di tutti gli strumenti amministrativi necessari all'effettiva attivazione dei servizi;
- a tutte le indagini preliminari tecniche ed amministrative;

- alla redazione di eventuali progetti definitivi ed esecutivi;
- a tutte le incombenze relative alla sicurezza: D.l.vo 626/1994 e D.l.vo 494/1996;
- all'ottenimento ed all'adeguamento a tutte le autorizzazioni necessarie in base alle norme vigenti in tema di progettazioni e gratuità delle prestazioni,
- al finanziamento con fondi propri e/o mediante idonee linee di credito;
- all'attivazione di eventuali provvidenze destinate ai settori specifici dalla Regione, dalla Provincia o da altri enti ed Organismi Pubblici.

Il solo compenso previsto per l'espletamento dei servizi è rappresentato dalla gestione dei servizi medesimi e quindi dal rapporto contrattuale con la Regione Lazio, con l'Azienda USL RMD, con gli altri Enti pubblici eroganti e con l'utenza nonché con quant'altro espressamente previsto nella convenzione.

Articolo 6

Rapporti Azienda-Società

I rapporti tra la Società e l'Azienda eventualmente non regolamentati dalla convenzione per la gestione dei servizi e dal presente disciplinare saranno oggetto di appositi contratti, da redigere prima dell'avvio delle attività e secondo criteri di massima soddisfazione ed interesse per gli utenti, nel rispetto della necessaria economicità della gestione.

Articolo 7

Informazioni sui servizi da gestire

Tutte le informazioni necessarie alla gestione integrata dei servizi sono contenute nel progetto di sperimentazione approvato e nei suoi allegati.

Articolo 8

Documenti disponibili

I documenti relativi alla selezione, disponibili presso l'Azienda sono:

- bando di selezione;
- schema di dichiarazione da allegare alla richiesta di ammissione;
- schema dello statuto della costituenda S.p.A;
- schema di convenzione per la gestione dei servizi;
- schema di disciplinare di selezione;
- prospetto generale contenente le informazioni economico-finanziarie sui servizi.

Articolo 9

Modalità di richiesta dei documenti

I documenti di cui all'articolo precedente possono essere richiesti soltanto per iscritto all'Azienda, per posta, per fax o a mano entro il 2002;

Può essere richiesta:

- copia cartacea dei documenti, al costo delle sole spese di duplicazione, pari a Euro _____ da versare anticipatamente mediante versamento sul conto corrente n° ____/____ intestato a ____/____;

Articolo 10

Informazioni

Per visionare eventuali altri documenti relativi all'iniziativa in oggetto e per ogni altra informazione è possibile rivolgersi, presso la sede dell'Azienda, al responsabile del procedimento dalle ore ____/____ alle ore ____/____ tutti i giorni della settimana, non festivi, dal lunedì al venerdì.

E' possibile concordare con il responsabile del procedimento eventuali visite presso gli immobili ed i siti che l'Azienda intende mettere a disposizione per la gestione dei servizi alla costituenda società.

Articolo 11

Invio dei documenti ai richiedenti

Ogni richiesta dei documenti di cui all'articolo 8 od altra informazione, inerente la selezione, se fatta in tempo utile verrà evasa celermente, in ogni caso entro massimo 6 giorni dalla richiesta.

Articolo 12

Responsabile del procedimento

Il responsabile del procedimento è il

PARTE II

SOGGETTI AMMESSI ALLA SELEZIONE

REQUISITI MINIMI

Articolo 13

Soggetti aspiranti soci

Possono aspirare ad essere soci della società:

- Regione Lazio;
- Provincia di Roma;
- Comune di Fiumicino;
- Enti locali e Aziende sanitarie interessate al progetto;
- Associazioni e Organizzazioni non lucrative (onlus);
- Cooperative di MMG e di PLS;
- Cooperative sociali;
- Consorzi;

- Associazioni iscritte nell'Anagrafe nazionale delle ricerche;
- Fondazioni;
- Aziende ed Istituti di credito;
- Imprenditori individuali;
- Singole società;
- Associazioni temporanee di imprese e/o di enti senza scopo di lucro appositamente costituite.

nota: i soggetti che per loro natura giuridica o per statuto non possono essere titolari di azioni o partecipazioni, devono allegare una dichiarazione dalla quale risulti l'impegno a costituirsi ovvero a modificarsi, in caso di aggiudicazione di azioni, in soggetto idoneo a tale scopo.

Articolo 14

Requisiti

Ciascun richiedente per poter partecipare alla selezione deve possedere, in quanto applicabili, pena l'esclusione, i seguenti requisiti d'ordine generale:

- cittadinanza italiana o di altro Stato appartenente all'Unione Europea, ovvero residenza in Italia per gli stranieri imprenditori ed amministratori di società commerciali legalmente costituite, se appartenenti a Stati che concedono trattamento di reciprocità nei riguardi di cittadini italiani;
- non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione previste dalla normativa antimafia;
- inesistenza di sentenze definitive di condanna passate in giudicato ovvero di sentenze di applicazione della pena su

richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale a proprio carico per reati che incidono sulla moralità professionale;

- inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contribuzione sociale secondo la legislazione italiana o del paese di provenienza;
- inesistenza di irregolarità, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse secondo la legislazione italiana o del paese di provenienza;
- essere iscritti, qualora obbligatorio, alla Camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura e relative attestazioni SOA; agli altri organismi equipollenti e/o obbligatori secondo la legislazione Italiana o quella del Paese di provenienza, per le attività attinenti i servizi da gestire ed avere tutti i requisiti e le iscrizioni richieste dalla vigente normativa per la realizzazione delle opere oggetto degli interventi;
- non essere in stato di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o in ogni altra analoga situazione;
- non avere in corso una procedura di dichiarazione di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o versare in stato di sospensione dell'attività commerciale;
- non aver commesso, in materia professionale, alcun errore grave;

- inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, attinenti l'osservanza delle norme poste a tutela della prevenzione e della sicurezza sui luoghi di lavoro;
- atto costitutivo redatto da notaio;
- atto di associazione temporanea redatto per iscritto;
- attestazione di idonee referenze bancarie rilasciate da almeno un Istituto di Credito.

Articolo 15

Cauzione provvisoria

I soggetti privati dovranno presentare fideiussione bancaria o assicurativa di importo pari al 30% del valore delle azioni richieste con validità 365 giorni dalla data del termine per la presentazione delle richieste, rilasciata da primario Istituto di credito, quale cauzione per la partecipazione alla selezione. Le condizioni di esecutibilità di tale fideiussione saranno:

- ritiro della richiesta in corso di esame della stessa;
- rifiuto a liberare il capitale sociale, dopo la costituzione della S.p.A.,

Ai soggetti cui non verranno attribuite Azioni la cauzione sarà svincolata non appena avvenuta l'attribuzione di tutte le azioni.

PARTE III

NORME GENERALI DI SELEZIONE

Articolo 16

Modalità di scelta del socio privato

La scelta dei soci avverrà mediante procedura aperta, assimilata, per quanto compatibile, al pubblico incanto di cui al decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 157 e per selezione qualitativa complessiva delle progettualità presentate.

Articolo 17

Criteri di aggiudicazione

La selezione dei soci verrà effettuata da una Commissione tecnico amministrativa, in base ai criteri di valutazione fissati dal seguente articolo 22.

L'attribuzione delle azioni ai richiedenti sarà fatta, sulla base di quanto disposto dall'articolo 23, in via provvisoria dalla Commissione tecnico amministrativa ed in via definitiva dal Direttore Generale della Azienda USL Roma D, con proprio provvedimento.

Articolo 18

Commissione giudicatrice

la Commissione giudicatrice per l'esame delle richieste sarà nominata con provvedimento del Direttore Generale della Azienda USL Roma D, dopo la scadenza del termine fissato per la presentazione delle domande.

la Commissione giudicatrice è composta dalle seguenti 4 persone fisiche, di comprovata professionalità, indipendenti dai partecipanti:

- un funzionario dell'Azienda USL Roma D, con funzioni di Presidente;
- un laureato in economia e commercio;
- un laureato in giurisprudenza;
- un laureato in medicina.

Non possono far parte della Commissione:

- i richiedenti, i loro coniugi ed i loro parenti ed affini fino al terzo grado compreso;
- i datori di lavoro ed i dipendenti dei richiedenti e coloro che abbiano con essi rapporti di lavoro o di collaborazione continuativi e notori.

la Commissione giudicatrice è autonoma nelle sue decisioni, nei suoi pareri e nella definizione delle modalità di lavoro per il procedimento di aggiudicazione, che sarà comunque preso in base

ai documenti presentati e in base ai criteri specificati nel presente disciplinare.

Le sedute della Commissione sono valide solo con la presenza di tutti i componenti; le proposte possono essere approvate anche a maggioranza di voti. In caso di parità di voti quello del Presidente della commissione vale doppio.

I componenti della Commissione non possono astenersi dall'esprimere un voto.

La Commissione procederà con la massima tempestività alla attribuzione provvisoria delle azioni che proporrà all'Azienda USL Roma D.

Articolo 19

Forme di pubblicità

In analogia a quanto previsto dall'art. 2, comma 1, del D.P.R. 16/09/1996, n. 533 si procederà alle seguenti forme di pubblicità della selezione:

- invio per la pubblicazione del bando integrale:
 - all'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali della Comunità Europea;
 - all'Ufficio delle pubblicazioni della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana;
- pubblicazione dell'estratto del bando:
 - su due quotidiani a diffusione nazionale;

- su due quotidiani avente particolare diffusione regionale.

Articolo 20

Termini

Il termine per la ricezione delle richieste viene fissato, in analogia a quanto previsto dall'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 17/03/1995, n. 157, in 52 giorni dalla data di spedizione del bando di selezione all'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali della Comunità Europea.

Articolo 21

Comunicazioni esito selezione

In analogia a quanto previsto dall'articolo 23, comma 5, del D.Lgs.vo n. 157 del 17/03/1995 si procederà a comunicare l'esito a tutti i richiedenti a cui verranno assegnate azioni.

In analogia a quanto previsto dall'art. 26, comma 12, del citato decreto legislativo si procederà ad inviare all'Ufficio delle pubblicazioni della Comunità Europea, entro sessanta giorni dall'espletamento della selezione, un avviso in merito al risultato della procedura.

L'esito della selezione sarà inoltre pubblicato:

- sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana;
- su due quotidiani a diffusione nazionale;
- su un quotidiano avente particolare diffusione regionale.

PARTE IV

MODALITA' DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE DA PARTE DI PRIVATI DI ATTRIBUZIONE DI AZIONI

Articolo 22

Criteri di valutazione

l'accoglimento delle richieste avverrà in base ai seguenti criteri:

- se la richiesta complessiva, da parte di soggetti risultati idonei, è inferiore o uguale alle azioni disponibili, si attribuirà, a ciascun richiedente, il numero di azioni richieste;
- se la richiesta complessiva, da parte di soggetti risultati idonei, è superiore alle azioni disponibili, si attribuiranno le azioni, in relazione alle specificazioni, di cui all'articolo 28, ed eventualmente in riduzione proporzionale rispetto alle richieste.

In particolare si privilegeranno le richieste:

- dei soggetti che presentino caratteristiche di omogeneità agli interessi della compagine sociale;
- dei soggetti che hanno o che manifestino la volontà, in caso di assegnazione di azioni, di insediare la propria attività nell'area urbana di riferimento o nelle aree più prossime;
- dei soggetti operanti da più tempo nei settori attinenti a quelli dei servizi che dovrà rendere la società;

- dei soggetti che possano determinare positivi impatti occupazionali;
- dei soggetti appartenenti alle categorie del no-profit;
- dei soggetti che dispongano al proprio interno di personale medico appartenente alla categoria dei mmg e pls, di personale paramedico e di personale di ricerca medica o/e economico-gestionale di comprovata professionalità;
- dei soggetti che presentino proposte e soluzioni progettuali complessive e/o ipotesi di project financing e/o di lavoro e/o di ricerca attinenti l'attività da svolgere.

Articolo 23

Modalità di attribuzione delle azioni

In ogni caso l'Azienda USL Roma D si riserva di:

- Non accogliere, previa idonea motivazione, le domande di partecipazione alla società;
- Nel caso in cui le richieste di sottoscrizione di azioni, ritenute valide, siano superiori a 49.000,00 Euro:
 - di attribuire un numero di azioni ridotto proporzionalmente alle azioni richieste;
 - di aumentare il capitale sociale fino ad un massimo di Euro 200.000,00 adeguando la propria partecipazione e comunque mantenendola non al di sotto del 51%;
- Nel caso in cui le richieste di sottoscrizione di azioni accolte siano inferiori ai 49.000,00 Euro:

- di proporre azioni in aumento ai richiedenti;
- di aumentare la propria partecipazione sociale, mantenendola comunque non al di sotto del 51%;
- di ricercare ulteriori soci a trattativa privata, tenendo conto dei criteri indicati nel presente disciplinare;
- non dar luogo alla costituzione della società.
- Non dar luogo alla costituzione della società.
- Raggruppare i soggetti privati in unico soggetto.

PARTE V

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE ED ESPLETAMENTO SELEZIONE

Articolo 24

Modalità di presentazione della richiesta da parte dei soggetti pubblici

I soggetti pubblici devono far pervenire una domanda:

- esclusivamente per mezzo del servizio postale per raccomandata o agenzie di recapito autorizzate dall'Ente Poste;
- entro e non oltre l'ora ed il giorno stabiliti nel bando di selezione;
- all'indirizzo di cui al punto 1 del bando di selezione.

Non è ammessa la presentazione di richieste relative a quote di partecipazione societaria in misura inferiore a quella prevista di n. 2.000 Azioni.

La domanda dovrà essere sottoscritta, con firma leggibile e per esteso, in ciascuna sua parte dal legale rappresentante dell'Ente richiedente.

La richiesta di partecipazione alla Società deve essere contenuta in un plico recante all'esterno la dicitura:

“Bando di selezione dei soci per la costituzione della S.pA..

“ ”.

Contenere all'interno del plico:

- la domanda, di cui all'articolo 27, comma 1, del presente disciplinare;
- l'atto deliberativo, di cui all'articolo 27, comma 2, del presente disciplinare.

Articolo 25

Modalità di presentazione della richiesta da parte dei soggetti privati

I soggetti interessati, aventi i requisiti prescritti dal presente disciplinare, per partecipare alla selezione devono far pervenire una domanda:

- esclusivamente per mezzo del servizio postale per raccomandata o agenzie di recapito autorizzate dall'Ente Poste;
- entro e non oltre l'ora ed il giorno stabiliti nel bando di selezione;
- all'indirizzo di cui al punto 1 del bando di selezione.

Non è ammessa la presentazione di richieste relative a quote di partecipazione societaria in misura inferiore a quella prevista di n. 2.000 Azioni.

La domanda dovrà essere sottoscritta, con firma leggibile e per esteso, in ciascuna sua parte dal legale rappresentante.

La domanda e tutti i documenti prodotti dovranno essere redatti in lingua italiana. Eventuali documenti emessi da Autorità straniere dovranno essere accompagnati da traduzione in lingua italiana.

In caso di soggetto estero, la società deve prevedere alla nomina di un rappresentante fiscale ai sensi dell'articolo 17, comma 2, del D.P.R. 26/10/1972, n. 633 e successive modificazioni.

La richiesta di partecipazione alla Società, a pena di esclusione, deve essere contenuta in plico sigillato con ceralacca e firmato sui lembi di chiusura dal legale rappresentante e recare all'esterno la dicitura:

*“Bando di selezione dei soci per la costituzione della S.p.A.
“ ”*

Contenere all'interno del plico:

- la domanda, di cui all'articolo 28 del presente disciplinare;
- i documenti, di cui all'articolo 29 del presente disciplinare;
- la dichiarazione, di cui all'articolo 30 del presente disciplinare;
- l'impegno, di cui all'articolo 31 del presente disciplinare;
- la fideiussione bancaria o assicurativa di cui all'articolo 15 del presente disciplinare;
- ogni altro documento ritenuto utile ai fini della selezione.

Articolo 26

Recapito plico

Il recapito del plico rimane ad esclusivo rischio del mittente, ove per qualsiasi motivo lo stesso non giunga a destinazione in tempo utile.

Ai fini della partecipazione alla selezione fanno fede la data e l'ora di ricezione delle offerte e non quelle di spedizione.

Non sono in nessun caso prese in considerazione le domande, anche se sostitutiva od aggiuntiva di domanda precedente, pervenute oltre tale termine e anche se spedite prima del termine di scadenza sopra indicato.

Non si darà corso all'apertura del plico che risulti pervenuto oltre il termine fissato per la ricezione o che risulti pervenuto in difformità a come richiesto o sul quale non sia apposto il mittente, la scritta relativa alla specificazione della selezione oggetto della procedura aperta, non sia sigillato con ceralacca e non sia controfirmato sui lembi di chiusura, come richiesto.

Articolo 27

Domande enti pubblici

Unitamente alla domanda, i soggetti pubblici ai quali sono riservate le azioni di cui all'articolo 4, dovranno specificare il numero di azioni che intendono sottoscrivere.

Unitamente alla domanda occorre allegare copia di idoneo atto con il quale l'Ente ha deliberato di richiedere le azioni di cui al comma 1 e con il quale ha previsto la relativa copertura finanziaria.

Articolo 28

Domanda soggetti privati

Nella domanda, i soggetti privati dovranno specificare:

- il numero di azioni che intendono sottoscrivere;
- l'intenzione o meno di insediarsi nell'area di riferimento o nelle aree più prossime;
- le eventuali interrelazioni economiche, tecniche, logistiche, eccetera. con altre prevedibili attività attinenti nell'area interessata;
- la modalità di partecipazione ed i relativi atti redatti con altri soggetti analogamente interessati alla sottoscrizione di azioni della società e con i quali si sono redatti progetti complessivi finalizzati ad intervenire in modo integrato nella gestione dei Servizi offerti dalla Società e nella progettazione e realizzazione delle opere da effettuare, con i relativi schemi, prospetti e soluzioni corredate anche con gli eventuali project financing collegati e attinenti la migliore soluzione, sempre per la gestione dei servizi oggetto della società e della realizzazione delle opere connesse;

- gli eventuali schemi aggiuntivi di convenzioni/contratti da sottoscrivere con l'Azienda,
- tutte le informazioni aggiuntive ritenute utili.

Articolo 29

Altri documenti

Nel caso di soggetti con più soci dovranno essere presentati:

- elenco con i nominativi:
 - di tutti i soci: nel caso di s.n.c., cooperative, associazioni, consorzi e altri enti assimilati;
 - di tutti i soci accomandatari, nel caso di società in accomandita semplice o per azioni;
 - degli amministratori/e o dei/l soggetti/o con poteri di rappresentanza, per ogni tipo di società, associazione temporanea o altro soggetto assimilato richiedente, con più soci.
- copia:
 - dell'atto costitutivo e dello statuto vigente;
 - del verbale di impegno di costituzione o di modifica statutaria di cui alla nota del punto 5. del bando di gara.
- tutti i soggetti richiedenti:
 - copia dell'ultimo bilancio, comprensivo dei prescritti allegati (esonerati i soggetti costituiti nell'anno 2002 ed i non obbligati per legge);

- referenze bancarie rilasciate da almeno un Istituto di Credito.

Articolo 30

Dichiarazione

La dimostrazione del possesso dei requisiti d'ordine generale richiesti dal presente disciplinare avviene mediante unica *dichiarazione* sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi della Legge 04/ 01/1968, n. 15 e del D.P.R. 20/10/1998, n. 403, nonché dell'articolo 11, comma 2, del D.Lgs.vo 24/07/1992, n. 358 e successive modificazioni, così come richiamato dall'articolo 12 del D.Lgs.vo 157/1995 più volte citato, in lingua italiana, da rendersi nel rispetto della Legge sull'imposta di Bollo sulla base dell'allegato "*Schema di dichiarazione*".

I cittadini della Comunità Europea possono presentare la dichiarazione sostitutiva con le stesse modalità previste per i cittadini italiani ai sensi dell'articolo 4 del D.P.R. 20/10/1998, n. 403.

Per i cittadini extracomunitari si applica la disposizione di cui al comma 2 del medesimo articolo 4 del D.P.R. 403/1998.

Si rammenta che la falsa dichiarazione comporta sanzioni penali (articolo 26 L. 04/01/1968, n. 15) e costituisce causa d'esclusione dalla partecipazione a successive gare per ogni tipo di appalto, oltre che comportare nella presente procedura la decadenza dai

benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

In ordine alla veridicità delle dichiarazioni, l'Azienda si riserva di procedere a

verifiche d'ufficio anche per i concorrenti non risultati assegnatari di azioni.

Saranno esclusi dalla selezione i soggetti che non avranno presentato la dichiarazione secondo il fac-simile allegato al presente disciplinare e comunque incomplete o mancanti di una delle dichiarazioni ivi previste.

Le dichiarazioni dovranno essere rese:

- nel caso di impresa individuale, dal titolare;
- nel caso di società in nome collettivo, da tutti i soci;
- nel caso di società in accomandita semplice o per azioni, da tutti i soci accomandatari;
- per ogni altro tipo di società, ente o associazione, dagli amministratori/e o dai soggetti/o con poteri di rappresentanza legale e dal direttore tecnico, se previsto in statuto.

Articolo 31

Impegno

Ogni richiedente deve sottoscrivere formale impegno:

- alla sottoscrizione ed alla liberazione, attraverso conferimenti in denaro, del numero di azioni di capitale sociale che in base

alla richiesta gli verrà assegnato, prima della stipula del rogito costitutivo;

- ad effettuare anticipazioni alla Società, in proporzione alla propria partecipazione, in caso di assenza o incapacità di finanziamenti.

Articolo 32

Procedura di selezione

Le operazioni di selezione si svolgeranno secondo quanto illustrato nel successivo articolo 33 ed avranno inizio:

- all'ora ed il giorno stabiliti nel Bando;
- presso la sede dell'Azienda USL Roma D;
- anche se nessuno dei richiedenti sarà presente in sala.

il Presidente della Commissione selezionatrice dispone l'apertura delle sole richieste pervenute in tempo utile.

La mancanza, la difformità o l'incompletezza dei documenti presentati o il non possesso delle condizioni minime richieste, comporta l'esclusione del richiedente.

Non sarà ammessa alla selezione la richiesta nel caso che manchi o risulti incompleto od irregolare alcuno dei documenti richiesti.

Non sono ammesse le richieste che recano abrasioni o correzioni del numero di azioni, se non espressamente confermate e sottoscritte.

Potranno essere esclusi dalla selezione, ad insindacabile giudizio della Commissione esaminatrice, i soggetti per i quali risulti dal

Certificato del Casellario Giudiziario che il titolare o i legali rappresentanti abbiano riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per uno dei seguenti reati che incida gravemente sulla loro moralità professionale:

- reati contro il patrimonio, contro la Pubblica Amministrazione, contro la fede pubblica e reati previsti o richiamati dalla Legge 13/09/1982, n. 646 e successive modificazioni;
- altri reati, non colposi, che comportino l'irrogazione di una pena superiore ad anni due di reclusione, previsti dal Codice Penale o dalle leggi speciali;
- recidive infrazioni alle leggi sociali.

Si avverte che i documenti da presentare dovranno essere prodotti nella prescritta carta con bollo, ad eccezione di quelli per i quali il bollo è esplicitamente escluso o per i quali, ovviamente, venga assolto in modo virtuale.

I documenti non in regola con le disposizioni sul bollo non comportano esclusione dalla selezione. Ne sarà fatta denuncia al competente Ufficio del Registro per la regolarizzazione (articolo 19 del D.P.R. 26/10/1972, n. 633, come sostituito dall'articolo 16 del D.P.R. 30/12/1982, n. 955).

Si procederà all'attribuzione delle azioni anche in presenza di una sola richiesta valida.

Articolo 33

Selezione

In seduta pubblica, la Commissione selezionatrice:

- verificherà la regolarità dei plichi: recapito, integrità, regolarità dei sigilli;
- aprirà i plichi e verificherà la regolarità e conformità a quanto richiesto nel presente disciplinare della domanda e dei documenti allegati;
- verificherà il possesso dei requisiti minimi richiesti;
- annoterà le richieste di azioni;
- procederà a mente del presente disciplinare se il numero di azioni richieste è minore, uguale o superiore a quello massimo fissato,;
- trasmetterà le proprie valutazioni ed attribuzioni al responsabile del procedimento dell'Azienda.

Il responsabile del procedimento provvederà a predisporre idonea definitiva proposta deliberativa, al Direttore Generale, per l'Atto Costitutivo, lo Statuto, l'attribuzione delle azioni e quanto altro ritenuto utile e necessario.

PARTE VI

NORME GENERALI

Articolo 34

Disposizioni finali

L'attribuzione di azioni, mentre sarà vincolante per il richiedente per effetto della presentazione della domanda, non impegnerà l'Azienda se non quando dopo aver eventualmente deliberato in merito, a norma di legge tutti gli atti inerenti la selezione e ad essa necessari e dipendenti avranno conseguito piena efficacia giuridica.

Si riserva al Presidente della Commissione selezionatrice la facoltà insindacabile di non dare luogo alla selezione stessa o di rinviare la data senza che i concorrenti preavvisati possano accampare pretese al riguardo.

Tutti i documenti e certificati presentati dai soci selezionati saranno trattenuti dalla stazione appaltante. I certificati ed i documenti presentati dai richiedenti non selezionati potranno essere restituiti dopo l'attribuzione definitiva delle azioni. Gli atti in questione, salvo l'offerta, potranno essere ritirati direttamente presso il competente ufficio.

Prima di procedere alla scelta dei soci ed alla relativa attribuzione di azioni, l'Azienda si riserva di invitare i richiedenti selezionati a produrre, tutta la documentazione probatoria delle dichiarazioni presentate in sede di selezione.

Ove i soci selezionati, nel termine di 15 giorni dalla data dell'invito non abbiano perfettamente o completamente ottemperato a quanto precedentemente richiesto, ovvero venga accertata la mancanza o carenza dei requisiti, l'Azienda procederà all'annullamento della selezione provvisoria e potrà disporla in favore di altri richiedenti o degli aspiranti in regola.

Articolo 35

Trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'articolo 10 della Legge 21/12/1996, n. 675 e successive modificazioni ed integrazioni, si precisa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nella piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza; il trattamento dei dati ha la finalità di consentire l'accertamento dell'idoneità dei concorrenti a partecipare alla procedura di selezione dei soci della costituenda S.p.A.; il trattamento dei dati forniti sarà dunque implicitamente concesso dai concorrenti con la richiesta di partecipazione.

Articolo 36

Clausola compromissoria

Qualsiasi controversia che dovesse insorgere tra l'Azienda e la costituenda S.p.A. e che non fosse possibile comporre direttamente fra le parti, in via di bonaria definizione, sarà

sottoposta al giudizio di un Collegio di arbitri, nominato secondo le norme di rito e come regolamentato nella convenzione per la gestione dei servizi.

il Collegio arbitrale deciderà in forma rituale e secondo diritto.

**REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
ROMA D**

**DIRETTORE GENERALE
AVV. MARCO BONAMICO**

RELAZIONE GENERALE

**PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE
COMUNE DI FIUMICINO**

**HOSPICE
CENTRO DIURNO
OSPEDALE DI DISTRETTO
ASSISTENZA DOMICILIARE**

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
ROMA D

RELAZIONE GENERALE

INDICE

- **PAG. 1** PREMessa
- **PAG. 4** LA COLLOCAZIONE DELLE AZIENDE
SANITARIE NEL SISTEMA DEI SERVIZI PUBBLICI
- **PAG. 15** L'AZIENDA SANITARIA COME AZIENDA
DI PUBBLICO SERVIZIO
- **PAG. 24** FONDAMENTALI CARATTERI
COSTITUTIVI DELL'AZIENDA PUBBLICA SANITARIA
- **PAG. 33** I MODELLI SPERIMENTALI GESTIONALI
- **PAG. 35** VALUTAZIONE DEL QUADRO
NORMATIVO GENERALE
- **PAG. 38** IL POTERE DI DEROGA ALLE
DISPOSIZIONI VIGENTI
- **PAG. 40** LA SCELTA DEL MODELLO DELLA
SOCIETA' MISTA MAGGIORITARIA SMM
- **PAG. 42** LA SCELTA DEL MODELLO CHE VA
DALL'OUTSOURCING TRADIZIONALE AL
PUBLIC/PRIVATE PARTNERSHIP PPP
- **PAG. 46** LA SCELTA SUL PERCORSO E LA
RAPPRESENTAZIONE DELLO STUDIO DI FATTIBILITA'
- **PAG. 52** LE CONSIDERAZIONI DI PROGETTO PER
CONTRASTARE LE DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE
- **PAG. 60** LE DIMENSIONI DA PRESIDARE
- **PAG. 62** LO STUDIO SUI LIVELLI EQUIVALENTI DI
ASSISTENZA LEA

- **PAG. 64** LA SCELTA DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI
- **PAG. 68** LE RISPOSTE DEL PROGETTO
- **PAG. 73** IL PROGETTO HOSPICE
- **PAG. 88** IL PROGETTO ASSISTENZA DOMICILIARE
- **PAG. 109** IL PROGETTO OSPEDALE DI DISTRETTO
- **PAG. 114** IL PROGETTO CENTRO DIURNO

RELAZIONE GENERALE DI PROGETTO

1. PREMESSA

La riforma sanitaria introdotta in Italia agli inizi degli anni '90 rappresenta indubbiamente uno dei temi di dibattito che maggiormente interessano gli studiosi, gli operatori del settore ed i cittadini, alcuni accentuandone gli aspetti evolutivi altri quelli involutivi.

Non esistono cioè opinioni condivise, né giudizi unitari, né tantomeno certezze sulla rivoluzione manageriale che ha riguardato la sanità pubblica, ma esistono, appunto soltanto valutazioni di merito, per la maggior parte condizionate da esperienze di vita quotidiana o da una visione dei problemi probabilmente parziale.

Il problema manageriale nelle aziende sanitarie, non può essere confinato agli aspetti tecnico-contabili della riforma, ma riguarda principalmente l'analisi delle dinamiche competitive delle unità economiche in oggetto, delle scelte strategiche e operative tese al raggiungimento delle finalità istituzionali del sistema nel rispetto della sopravvivenza autonoma delle Aziende.

Le leggi di riforma hanno trasformato in Aziende le Unità Sanitarie Locali introducendo l'efficienza, l'efficacia e l'economicità come principi guida delle scelte di gestione variabili chiave nella valutazione delle performance delle Aziende stesse e di qui della tecnostruttura manageriale.

L'economicità delle Aziende sanitarie rischia di rimanere un concetto incomprensibile se non è valutato alla luce che delle modifiche che hanno radicalmente mutato lo scenario del sistema sanitario nazionale dal punto di vista delle strutture di offerta, delle modalità di finanziamento, degli incentivi manageriali e dei *modelli di governo*.

Il nuovo scenario della sanità pubblica italiana è uno scenario competitivo di quasi-mercato, i cui meccanismi e le cui regole di funzionamento introducono un insieme di incentivi che rende possibile assimilare il comportamento delle Aziende Sanitarie a quello delle Aziende operanti sul mercato e applicarne i principi, i modelli e le tecniche di gestione.

Si può affermare che la creazione di un quasi-mercato contestabile, l'introduzione del sistema di finanziamento a prestazione, l'introduzione di sistemi di tariffazione delle prestazioni, la responsabilità economica della tecnostruttura manageriale siano aspetti salienti della teoria del mercato in campo sanitario.

Gli effetti sperati, indotti dalla creazione di un contesto competitivo, sono evidentemente quelli connessi ad uno spiccato orientamento delle Aziende sanitarie al raggiungimento di

condizioni di equilibrio economico sia attraverso il perseguimento di migliori condizioni di efficienza produttiva, che mediante scelte di politica aziendale dirette ad accrescere i livelli qualitativi dei servizi prodotti.

In questo senso la più importante innovazione della riforma ha riguardato il modello di erogazione delle prestazioni finalizzato ad un innalzamento dei livelli di efficienza ed efficacia, attraverso l'introduzione di logiche di mercato e la strutturazione di nuove relazioni tra *pubblico e privato* fondate anche sulla disciplina dell'accREDITAMENTO.

Introdotta nell'ordinamento sanitario italiano per la prima volta più di 10 anni fa, la *sperimentazione gestionale* rappresenta da sempre *una grande sfida* per un SSN sempre a caccia di modelli innovativi e di strumenti *per puntare all'efficienza, all'efficacia e all'economicità*.

In questo progetto la sperimentazione gestionale è proposta attraverso la costituzione di una **società mista pubblico-privati**, così come previsto dall'articolo 9-bis della legge 229/99 come risulta modificato dall'articolo 3 della legge 405/01.

2. LA COLLOCAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE NEL SISTEMA DEI SERVIZI PUBBLICI

a. la natura pubblica del servizio sanitario

Per meglio comprendere la natura pubblica del servizio sanitario occorre analizzare in sequenza logica i seguenti concetti:

- a) il concetto di servizio pubblico
- b) il concetto di servizio pubblico sanitario.

Seguendo allora questa impostazione, iniziamo con il comprendere che cosa si intende per servizio in generale per poi concentrare l'attenzione sul concetto di servizio pubblico ed arrivare, infine alla identificazione del concetto di servizio pubblico sanitario.

b. il concetto di servizio pubblico

All'interno dell'ampia categoria dei servizi in generale, troviamo la categoria dei servizi pubblici che assume un peso ed una portata rilevanti sia sotto il profilo della numerosità delle attività di servizio in essa comprese sia sotto il profilo della importanza che le predette attività rivestono per il benessere della collettività.

Il termine servizi pubblici viene utilizzato per indicare una categoria di servizi verso i quali gli Stati moderni hanno mostrato

una maggiore attenzione perché collegati al soddisfacimento di particolari bisogni della collettività, soprattutto nel ventennio che va dal 1960 al 1980 (periodo del Welfare State).

I servizi pubblici possono essere definiti come **prestazioni di attività rilevanti sotto il profilo economico e sociale a favore dei cittadini, singolarmente o collettivamente considerati.**

Questa definizione trae origine dalla normativa riguardante l'esercizio dei servizi pubblici. Il carattere di rilevanza dei servizi viene sottolineata dalla stessa Costituzione all'articolo 43 dove si dice che *"ai fini di utilità generale la legge può riservare originariamente o trasferire, mediante espropriazione e salvo indennizzo, allo stato, ad enti pubblici o a comunità di lavoratori o di utenti determinate imprese o categorie di imprese, che si riferiscono a servizi pubblici essenziali o a fonti di energia o a situazioni di monopolio ed abbiano carattere di eminente interesse generale"*.

La definizione giuridica di servizio pubblico è, pertanto, strettamente legata al carattere di necessità dei bisogni e, conseguentemente al carattere di essenzialità delle prestazioni (servizi) che tendono a soddisfarli.

In generale maggiore è il livello di necessità dei servizi che l'individuo è costretto a richiedere, maggiore è la sua dipendenza dal fornitore del servizio. In queste situazioni, dove sono più facilmente verificabili forme di ingiustizia o di sopruso a danno dei cittadini, l'intervento delle autorità politiche di governo è essenzialmente volto, come si vuole in una società democratica, a

far sì che ciascun individuo possa fruire delle prestazioni desiderate senza dover farsi carico di oneri gravosi o comunque incoerenti con la qualità e quantità delle utilità ricevute. E' questo uno dei fondamenti della riduzione della conflittualità sociale.

Pertanto gli organi della Pubblica amministrazione sono stati, in misura via via crescente, coinvolti in tutta una serie di attività di servizio che il progresso della civiltà faceva emergere, accrescendo il loro contenuto di importanza e di indispensabilità. Si dice, al riguardo, che ogni epoca storica è caratterizzata da una particolare *fascia di bisogni normali* espressi cioè in modo corrente dai cittadini. Si tratta di necessità il cui soddisfacimento rende normale l'esistenza dell'individuo.

Dobbiamo in ogni caso osservare, che la qualifica di pubblico ad un servizio derivante esclusivamente dal sistema di norme che lo regolano è un criterio troppo riduttivo. Occorre anche rifarsi al contenuto della prestazione (caratteri intrinseci del servizio) per qualificare pubblico un servizio.

L'analisi economica offre un contributo importante per la soluzione di questo problema. Nell'ottica economica sono definiti pubblici i servizi che:

- hanno il carattere di rilevanza sociale già richiamato, cioè sono ritenuti di rilevante interesse per la collettività, in quanto soddisfano bisogni largamente sentiti dalla comunità degli individui considerati sia singolarmente sia nelle loro organizzazioni economiche;
- sono prodotti in presenza di forti imperfezioni del mercato;

- hanno contenuti tali da indurre lo stato ad utilizzarli come strumenti di politiche redistributive.

La redistribuzione viene realizzata attraverso interventi sul prezzo del servizio. Quando il servizio è reso a prezzo zero si raggiunge la massima efficacia della redistribuzione.

La politica di redistribuzione benché sia soggetta a diverse critiche, se applicata a certi servizi (secondo alcuni violerebbe il principio, fondamentale dell'economia del benessere, della sovranità del consumatore perché interferisce con le sue scelte e sarebbe usata in non pochi casi per mascherare rilevanti inefficienze produttive) è pienamente giustificata per alcuni servizi (sanitari - *come nel caso del progetto sperimentale in proposta* - e di istruzione), laddove l'intervento dello Stato è volto a garantire alla collettività un certo *livello di consumo e di soddisfazione*, a prescindere dalle preferenze individuali.

Pertanto, i servizi sono qualificabili pubblici se oltre ad essere giudicati indispensabili per la collettività mostrano alcuni caratteri che ne possono inibire la libera, agevole ed equa erogazione alla larga massa degli utenti cui sono rivolti.

Ciò detto, possiamo meglio definire i servizi pubblici come attività tendenti a soddisfare necessità dei cittadini incluse nella richiamata fascia dei bisogni normali e che per caratteristiche legate alla loro produzione/erogazione/consumo, sono meritevoli di attenzione da parte della mano pubblica, tanto da costituire

oggetto di regolamentazione specifica o di diretto intervento gestionale.

Il servizio pubblico si contraddistingue quindi per i caratteri di socialità ed equità che esprime (caratteri intrinseci), in funzione della necessità che di tale servizio possono usufruire tutti i cittadini, indipendentemente dalla residenza e dalle condizioni di reddito.

In definitiva dal punto di vista economico-aziendale, un servizio è definibile pubblico quando è volto al soddisfacimento di esigenze espresse uniformemente dalla comunità amministrata o da larghi strati della stessa.

La regolamentazione va intesa come lo sforzo di individuare i sempre nuovi punti di equilibrio fra i mutevoli interessi dei singoli e quelli altrettanto mutevoli e di più difficile individuazione e valutazione della collettività.

La categoria dei servizi pubblici è una *categoria eterogenea*, in continua evoluzione ed aperta in quanto soggetta nel tempo ad ampliarsi o restringersi in funzione degli orientamenti dello Stato nei confronti degli interessi e dei bisogni della collettività amministrata (ricordiamo che in Italia solo nel 1978 è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale di cui possono usufruire tutti i cittadini, mentre nel Regno Unito questo servizio è stato istituito ben 30 anni prima).

Nei programmi politico-economici l'autorità pubblica di governo in un'ottica di accrescimento del progresso della società, si propone obiettivi di allargamento della fascia di bisogni

normali includendovi anche quelli meno indispensabili, o più sofisticati (cioè non legati alla mera sussistenza), cercando al contempo di limitare al massimo fenomeni di esclusione e di emarginazione.

Possiamo, a questo punto identificare gli Elementi distintivi dei servizi pubblici.

I servizi per rientrare nella categoria dei servizi pubblici devono possedere *contemporaneamente* le seguenti caratteristiche:

- devono presentare il carattere di *elevata indispensabilità* per gli utenti, perché destinati a soddisfare bisogni ritenuti necessari e irrinunciabili per il benessere della collettività e dei singoli individui (è il caso del nostro progetto);
- devono essere ritenuti di interesse pubblico perché *richiesti dalla collettività* considerata nel suo complesso (è il caso del nostro progetto);
- sono prodotti da imprese pubbliche o da imprese private che operano in regime di concessione o *autorizzazione* (è il caso del nostro progetto);
- i servizi pubblici sono prodotti da imprese in posizione di monopolio sul mercato dell'offerta *sebbene in presenza di limiti e controlli esterni* che riducono l'autonomia decisionale dell'impresa relativamente a: quantità, qualità, orari, modalità di erogazione, competenza territoriale (è il caso del nostro progetto);

- utilizzano complessi processi produttivi che richiedono notevoli finanziamenti e determinano una **tendenza all'integrazione del processo** -il processo produttivo settoriale nel suo complesso, composto di tutte le diverse fasi per arrivare al servizio finale, si svolge nell'ambito della **stessa azienda**- (è il caso del nostro progetto);
- normalmente la struttura dei costi che caratterizza la produzione della gran parte dei servizi pubblici è composta da una **rilevante quota di costi fissi e di costi comuni rispetto al totale dei costi di produzione** (è il caso del nostro progetto).

I servizi pubblici sono, inoltre caratterizzati da alcuni elementi già esaminati per i servizi in generale, quali segnatamente:

- intangibilità
- impossibilità di immagazzinamento da cui il rilevante problema del dimensionamento della capacità produttiva rispetto ai picchi di domanda e di conseguenza la scelta degli investimenti da realizzare;
- sono venduti sui mercati a prezzi multipli controllati.

Apriamo una breve parentesi sull'istituto della **concessione** - assimilabile al nostro caso **autorizzatorio** della sperimentazione da parte della Regione -: la concessione/autorizzazione/adozione si identifica in un rapporto contrattuale tra l'ente pubblico concedente/autorizzante/adottante ed una Azienda privata, mista o anche pubblica indipendente ed autonoma rispetto all'ente pubblico competente. In sostanza, la Pubblica amministrazione

conferisce al privato, a un'azienda mista o ad una impresa pubblica il diritto, e nello stesso tempo l'obbligo di esercitare un pubblico servizio, considerando quindi questo sistema o mezzo di gestione *il migliore e tale da essere preferito* alla gestione diretta per il soddisfacimento del pubblico interesse a cui tende il servizio.

L'ente pubblico, per perseguire le finalità di pubblico interesse dispone di una serie di vincoli e di modalità di gestione del servizio cui l'impresa deve attenersi.

All'impresa concessionaria/autorizzata viene attribuito il diritto di usare aree/immobili pubblici.

Gli oneri connessi allo svolgimento dell'attività sono a carico dell'impresa concessionaria/autorizzata che, peraltro deve dimostrare di avere capacità e attrezzature adeguate allo svolgimento dell'attività (vedi piano delle ristrutturazioni e degli investimenti del nostro progetto). Il concedente/autorizzante può eventualmente fornire dei contributi per compensare aggravii eccessivi della gestione legati al carattere sociale della prestazione.

Il vantaggio dello strumento della concessione/autorizzazione/adozione, come vedremo, consiste nella separazione che viene mantenuta tra le funzioni di tutela e di controllo del soggetto pubblico (*maggioranze pubbliche nell'assetto societario*, nel caso *del nostro progetto*), che verifica la piena fruizione del servizio da parte della collettività, e

funzione produttiva, svolta dall'impresa la quale di fatto realizza i servizi accollandosene i costi e ricavandone un profitto.

Lo svantaggio principale è connesso proprio alla finalità sociale dell'impresa di servizi il cui perseguimento difficilmente viene pienamente garantito dal rispetto di semplici clausole contrattuali. Potrebbero infatti prevalere finalità lucrative da parte dell'impresa e che snaturerebbero il carattere attribuito alla prestazione deteriorando l'immagine dell'autorità di governo nei confronti degli utenti: svantaggio, che con il nostro progetto è stato *totalmente evitato* assegnando il ruolo principale di gestione a *strutture non profit*.

Affinché un servizio possa essere incluso nella categoria dei servizi pubblici, dicevamo, deve possedere contemporaneamente tutti i caratteri sopra indicati.

Infatti per esempio anche i servizi bancari sono servizi altamente necessari alla collettività ma non per questo sono qualificabili come pubblici. La stessa cosa vale per i beni di consumo o per altri beni. Anche le imprese petrolifere sono caratterizzate dall'imponenza degli impianti ma non sono certo imprese pubbliche.

c. il concetto di servizio pubblico sanitario

Nell'ambito della categoria dei servizi pubblici possiamo identificare il servizio pubblico sanitario, così come altre tipologie di servizi pubblici, in funzione di alcuni rilevanti aspetti, quali segnatamente:

- le modalità di fruizione del servizio;

- le modalità di copertura dei costi;
- i bisogni soddisfatti;
- i processi produttivi impiegati.

Secondo le modalità di fruizione del servizio, le prestazioni sanitarie rappresentano servizi pubblici collettivi (o generali), cioè prestazioni indivisibili offerte alla collettività. Anche se alcuni servizi sanitari sono caratterizzati da una domanda ed un godimento singolarmente individuabile non danno mai luogo ad un rapporto di natura contrattuale colto regolare lo scambio tra produttore ed utilizzatore del servizio.

Secondo le modalità di *copertura dei costi*, possiamo rilevare come la fonte dei ricavi e delle entrate, destinati alla copertura dei costi sostenuti dall'Azienda sanitaria per l'espletamento del servizio, è di tipo misto: da mercato e, per circa l'80% delle spese complessive, da trasferimenti dello Stato in forma di imposte e tasse per il tramite della Regione. Quest'ultima può attingere, per quanto pianificato a livello statale al fondo sanitario nazionale.

Relativamente ai bisogni *soddisfatti*, le prestazioni sanitarie sono rivolte a soddisfare il bisogno di assistenza sanitaria.

Secondo i processi *produttivi impiegati*, cioè le tecnologie e gli strumenti impiegati per la produzione del servizio sanitario, le prestazioni sanitarie rappresentano servizi di tipo non industriale nel senso che il contenuto del processo di produzione delle prestazioni sanitarie differisce notevolmente da quello di produzione dei beni di consumo. Altresì, relativamente al peso

della strumentazione fisica o delle risorse umane impiegate nella realizzazione ed erogazione del servizio, le prestazioni sanitarie sono prevalentemente basate sull'uomo.

Il servizio pubblico sanitario, come la gran parte dei servizi pubblici, svolge certamente una *attività di distribuzione*, nel senso che è una tipica attività attraverso la quale la collettività ridistribuisce il reddito, perché il prezzo pagato da ciascun soggetto è di molto inferiore al costo effettivo del servizio utilizzato e la differenza viene coperta dal gettito fiscale o para-fiscale (ex tassa sulla salute ed altro).

3. L'AZIENDA SANITARIA COME AZIENDA DI PUBBLICO SERVIZIO

In materia di sanità pubblica in Italia, spicca il grande sforzo giuridico recentemente compiuto per sostituire al precedente modello organizzativo fondato sull'elemento-base della Unità sanitaria locale una nuova struttura basata sulla *Azienda* di servizi sanitari e sulle possibilità offerte alla stessa di muoversi con una certa autonomia gestionale e sperimentale.

Si tratta, naturalmente, di un cambiamento enorme, giacché si è voluto introdurre nella sanità italiana una organizzazione fondata su criteri aziendalistici a salvaguardia della salute pubblica.

Per definizione, proprio perché deve mirare alla salvaguardia della salute pubblica, la nuova Azienda sanitaria si configura e rientra a pieno titolo nel novero delle *aziende di pubblici servizi*, come sopra definite.

In questa premessa sul modello di sperimentazione gestionale, ci si è concentrati e ci seguiranno a concentrare per l'appunto sulla *nuova Azienda* sanitaria quale *Azienda di pubblico servizio portatrice di "idee e di modelli" destinati a migliorare il soddisfacimento della collettività, a migliorare lo sfruttamento delle risorse disponibili e a ridurre al massimo la conflittualità sociale.*

Ricordiamo, al riguardo, che, entro ogni collettività, esistono alcuni bisogni definiti *normali*, giacché manifestati in modo corrente dai singoli cittadini, che si individuano coerentemente con i livelli di civiltà raggiunti da una determinata collettività.

Quanto più primordiali essi sono tanto più sono prioritari rispetto ad altri. Ora, la nozione giuridica di servizio pubblico è connessa, come già discusso, al concetto di necessità di alcuni bisogni e, conseguentemente, alla essenzialità di prestazioni che mirano a soddisfarli.

Una azienda erogante un pubblico servizio è una azienda caratterizzata da alcune importanti peculiarità, quali, innanzitutto, i caratteri di socialità ed equità, essendo rivolta al soddisfacimento di bisogni elementari di tutti i cittadini, senza distinzione di ordine e grado, secondo criteri di giustizia sociale. Ciò si ripercuote direttamente sul prodotto di una siffatta azienda, che si presenta come un prodotto di natura complessa, un vero e proprio pacchetto di beni sia fisici sia intangibili (psicologici, ecc.).

Questo concetto è spiegabile se consideriamo che una azienda di pubblici servizi, specie se preposta al soddisfacimento di bisogni ad alto impatto sociale, come nel nostro caso la salvaguardia della salute, deve necessariamente soddisfare, oltre al bisogno principale, altri bisogni secondari variabili per caratteristiche ed importanza a seconda del tipo di popolazione e delle sue caratteristiche storiche, geografiche, culturali e sociali. In questa accezione, non è un caso che, anche a parità di servizi

fisici o tangibili resi, il rapporto tra fornitore della prestazione e cliente si realizza sulla base di elementi anche di tipo psicologico scarsamente prevedibili.

Il ricorso allo strumento dell'azienda, sia essa con personalità giuridica pubblica o privata, per la realizzazione di attività di pubblico servizio non significa che lo Stato rinuncia al controllo sul raggiungimento delle finalità fissate ma si spiega, invece, con finalità di *ordine organizzativo e gestionale*.

Fino alla fine degli anni '80, infatti, il sistema sanitario italiano presentava un impianto gestionale, basato sulle unità sanitarie locali, rivolto più al rispetto di norme e procedure che non piuttosto al conseguimento di risultati operativi. In conseguenza di un discutibile sistema di "finanziamento su base storica", venivano premiate maggiormente quelle strutture sanitarie che più spendevano, a prescindere dalla loro capacità di impiegare le risorse, a scapito di altre strutture che privilegiavano la razionalizzazione della spesa.

L'eccessiva burocratizzazione delle USL, l'elevato grado di infiltrazione entro queste ultime dell'elemento politico, con conseguente rapporto conflittuale ed antagonista tra organi politici ed organi tecnici, la mancanza di una accorta programmazione gestionale delle risorse ha portato, nel corso del tempo, ad una ingiustificata ed abnorme crescita della spesa sanitaria, niente affatto relazionata ad un effettivo riscontro in termini di livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni fornite.

L'impovertimento delle risorse economiche correnti ha quindi reso necessaria, anche in Italia, una riorganizzazione del sistema sanitario, riconducendolo a criteri fondamentali di gestione aziendale.

Ciò comporta:

- diretta responsabilizzazione dei responsabili del governo dell'impresa riguardo alla spesa sanitaria ed ai risultati raggiunti;
- autonomia organizzativa e gestionale degli stessi;
- produzione di servizi, intesa quale attività caratterizzante l'azienda;
- presenza di un sistema articolato di competenze e capacità nella figura del direttore Generale.

Considerare le USL e gli Ospedali come aziende ha comportato, per definizione, dare legittimo spazio alle istanze organizzativo-gestionali viste in chiave strategica, e, *in strictiore*, dare vita ad un sistema che produce un servizio (sanitario) perseguendo obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità.

In questo modo, si è passati da un tipo di assistenza sanitaria che si limitava ad utilizzare le risorse per erogare prestazioni in maniera spesso irrazionale ad un tipo molto più razionale di assistenza sanitaria che svolge il suo ruolo nel limite delle risorse disponibili, cioè nell'ambito di livelli uniformi di assistenza decisi dallo Stato, come sua scelta, politica riguardo

al tipo di risorse da destinare alla sanità ed al grado di efficienza nel loro impiego.

La politica di aziendalizzazione del settore sanitario è stata dettata da profonde esigenze organizzative da parte dello Stato per il riordino e la razionalizzazione dei criteri di spesa sanitaria, sulla base del raggiungimento di livelli di maggiore produttività delle strutture, per la qual cosa non bisogna intendere, invece, l'aziendalizzazione come privatizzazione dei servizi sanitari: infatti, lo Stato non mira a costituire Aziende sanitarie private bensì unità sanitarie pur sempre pubbliche ma aziendalizzate, cioè organizzate nella loro gestione secondo parametri aziendalistici e autorizzandole ad intervenire in maniera incisiva sulle politiche generali di razionalizzazione attraverso gestioni sperimentali programmate e controllate. Questo concetto è molto importante e va spiegato più nel dettaglio. Si può affermare che una azienda sanitaria pubblica deve funzionare secondo 4 principi fondamentali:

- principio del **funzionamento adeguato**: il servizio erogato deve essere appropriato, secondo parametri qualitativi e quantitativi, ed efficace;
- principio del **funzionamento equo**: tutti i cittadini devono avere equamente diritto di accesso da un punto di vista sia fisico sia economico;
- principio del **funzionamento continuativo**: non devono esistere pause nella erogazione del servizio, pena gravi risvolti per la salute collettiva;

- principio del **funzionamento razionale**: deve esistere un impiego razionale delle risorse a disposizione per erogare un servizio.

L'aziendalizzazione della sanità pubblica voluta dallo Stato deve intendersi come il miglior strumento a disposizione per rispondere a queste quattro esigenze fondamentali. In questa accezione, l'azienda sanitaria, ancor più che le altre aziende di pubblici servizi, si deve necessariamente differenziare dalla azienda privata, sotto il profilo meramente economico-aziendale. E' anche questo il senso che si vuole dare al nostro progetto di sperimentazione gestionale.

Schematicamente, si possono individuare i diversi punti di differenza tra azienda privata intesa in senso tradizionale ed azienda pubblica sanitaria:

- *l'azienda privata* svolge una attività produttiva col mero fine di ricavare un adeguato profitto, soggiacendo completamente alle leggi del libero mercato. A tal proposito, giova ricordare che il mercato è definibile come la competizione, sulla base di regole ben definite, tra più soggetti che mirano a soddisfare nel modo migliore determinate esigenze dei clienti al fine di avere un guadagno. *L'azienda sanitaria*, invece, quale azienda produttrice-erogatrice di pubblici servizi, in prima istanza, mira soprattutto ad un *profitto sociale*, che è quello di soddisfare l'interesse di altri, cioè dei propri assistiti. Ciò,

comunque, non vuol dire, come più volte sottolineato, non porsi obiettivi di equilibrio economico della gestione, ricercando le condizioni che consentono il perseguimento dei predetti obiettivi economici e, quindi, in ultima analisi il conseguimento di un utile economico. Piuttosto la rilevanza sociale della sua attività fa sì che essa non debba operare secondo gli schemi del libero mercato, ma secondo "mercati variamente regolati" o della cosiddetta "public competition"; essa prevede di poter erogare anche servizi non remunerativi da un punto di vista economico;

- anche per conseguenza del punto precedente, *il management dell'impresa privata* tende alla realizzazione di propri obiettivi, che si rivolgono a proprio vantaggio ed a tale fine si dà una organizzazione. Tutto questo viene fatto in regime di chiara autonomia imprenditoriale del management. Il management dell'azienda sanitaria, invece, presenta una autonomia imprenditoriale vincolata, proprio per conseguenza del fatto che, perseguendo fini di utilità sociale pubblica, deve adeguare la sua organizzazione interna a finalità stabilite da una alta direzione ad essa esterna (a livello di Stato, Regione);
- la contabilità economica dell'impresa privata è rivolta a controllare la formazione dei costi, migliorare il rapporto costi-ricavi, orientare i prezzi di vendita. La contabilità economica nell'azienda sanitaria, così come nella privata, è pure rivolta a controllare la formazione dei costi ma, in più,

deve essere anche finalizzata a valutare il costo della prestazione e a migliorare il rapporto costo-prestazioni.

Come si vede da quanto appena detto, le differenze tra una impresa privata e una azienda sanitaria restano notevoli, almeno sotto certi aspetti. Parlare, quindi, di aziendalizzazione delle USL non significa affatto che esse sono state rese imprese private, bensì che esse sono da intendere come aziende di produzione eroganti pubblico servizio che si sono dotate di una struttura organizzativa di tipo aziendale ed a carattere manageriale. In altre parole, per conseguire il fine ultimo della tutela della salute della collettività, l'azienda sanitaria assume una gestione aziendale organizzata, fondata su logiche e principi di conduzione di tipo imprenditoriale. Il suo obiettivo di fondo è creare ricchezza, attraverso un uso razionale delle risorse di cui dispone, per soddisfare i bisogni dell'utenza secondo i principi di efficacia qualitativa e quantitativa, equità, tempestività e continuità. In questa ottica, va anche valutato il prodotto offerto dalla azienda sanitaria in rapporto alle risorse utilizzate, ai *programmi e ai progetti innovativi* portati a compimento ed alle attese da parte dell'utenza. Tutti i giudizi sul rendimento di questa azienda sanitaria si riconducono, genericamente, a due possibili metri di valutazione:

- un metro di efficacia: rapporto tra il risultato dell'attività svolta e le attese iniziali al riguardo al suddetto risultato;

- un metro di efficienza: rapporto tra il risultato ottenuto ed il miglior risultato ottenibile a parità di risorse disponibili e di condizioni di loro impiego.

L'aziendalizzazione, quindi, si esprime in questo rapporto dinamico tra azienda erogatrice del servizio sanitario, la sua possibilità di verificare e sperimentare percorsi alternativi e l'utenza, laddove si cerca di *ottimizzare il processo di impiego delle risorse*, legandolo ai concetti di razionalizzazione ed economicità, per meglio rispondere con criteri di efficacia e di efficienza ai bisogni dell'utenza, attribuendo a questi ultimi un ordine strategico di priorità. E' chiaro che lo Stato, nell'assumersi questo gravoso compito di ristrutturazione del servizio sanitario nazionale, con la formazione di una sanità aziendalizzata, ancora da migliorare, vieppiù si trova nella obiettiva necessità di regolare un mercato sanitario giocoforza cambiato, in cui sarà d'ora in poi presente un certo grado di competitività, ed in cui dovrà comunque garantire su tutto il territorio nazionale:

- omogenea presenza geografica del servizio sanitario,
- omogenea erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari sul piano sia quantitativo sia qualitativo;
- controllo della spesa sanitaria.

4. FONDAMENTALI CARATTERI COSTITUTIVI DELL'AZIENDA PUBBLICA SANITARIA

Le considerazioni fin qui esposte ci consentono, infine, di tracciare il quadro delle caratteristiche distintive delle aziende sanitarie, raggiungendo così l'obiettivo di fondo che ci siamo proposti con la presente relazione introduttiva.

In questo ambito, caratteri fondamentali dell'azienda sanitaria sono:

- la natura pubblica;
- la formula aziendale;
- attività operativa finalizzata allo scambio,
- produzione di ricchezza come finalità di fondo.

La natura pubblica

Parlare di "azienda pubblica sanitaria" significa utilizzare una espressione costituita da due termini che si fondano su approcci culturali anche fortemente differenziati e che per molto tempo sono stati considerati come contrapposti. Il termine "azienda" proviene dal mondo dell'economia aziendale, mentre il termine "pubblica" appartiene al mondo del diritto.

In un'ottica tipicamente economico-aziendale, partendo dal concetto di soggetto economico, una azienda si definisce pubblica quando colui (o coloro) che ha il potere effettivo di assumere le decisioni aziendali è una persona giuridica pubblica.

Rientrano in questa fattispecie gli enti pubblici tradizionali, quali segnatamente: Stato, Regione, Provincia, Comune, nonché tutte quelle aziende ed in particolare *le aziende USL* e le *aziende Ospedali*, che indirettamente sono da essi controllate, cioè quelle il cui soggetto economico è costituito da una o più aziende pubbliche tradizionali (ad es. per le aziende sanitarie il Comune o l'associazione di Comuni).

Si può notare al riguardo che per le aziende sanitarie, per come è attualmente concepita la loro formula giuridica ed organizzativa, non sussistono rilevanti contrasti tra soggetto giuridico (colui che risponde nei confronti della legge) e soggetto economico, in quanto entrambi hanno natura pubblica. In alcune aziende controllate produttrici di altri servizi pubblici, invece, il predetto contrasto assume spesso un peso rilevante, come nel caso di aziende (es. le ex municipalizzate ovvero speciali) che nate con soggetto giuridico pubblico hanno assunto successivamente la forma di S.p.A. (con soggetto economico privato).

In ogni caso la natura pubblica dell'azienda sanitaria è connessa, come già discusso, al concetto di necessità dei bisogni sanitari e, conseguentemente, alla essenzialità di prestazioni che mirano a soddisfarli. Insomma, lo ribadiamo, assumono un ruolo di primo piano i caratteri di **socialità ed equità**, essendo la sua attività rivolta al soddisfacimento di bisogni elementari di tutti i cittadini, secondo criteri di giustizia sociale.

La formula aziendale

Considerare le USL e gli Ospedali come aziende (pubbliche) significa attribuire un peso rilevante alle istanze organizzativo-gestionali delle aziende medesime, creando strutture organizzative di tipo aziendale, rispondenti ad una logica di conduzione manageriale, improntata sui principi di efficienza, efficacia ed economicità. Conseguendo, per tale via, la finalità sociale della tutela della salute.

Il concetto di azienda rinvenibile nella letteratura la identifica come una organizzazione, una coordinazione, una sistema di persone e di beni rivolto, attraverso una serie di operazioni, alla produzione di beni e servizi a fini di scambio.

Le aziende sanitarie sono definibili come quelle il cui *output* specifico è costituito da un oggetto di scambio (la prestazione di assistenza) dotato prevalentemente di contenuto immateriale. La loro missione o campo di attività si identifica, pertanto, nella *produzione del servizio pubblico sanitario*.

La concezione di azienda sanitaria come azienda di produzione costituisce un superamento della ormai obsoleta distinzione tra *aziende di produzione* (imprese) caratterizzate dal fine di lucro, dal rischio e dalla natura privatistica ed *aziende di erogazione* (non imprese) caratterizzate dal fine sociale del soddisfacimento dei bisogno umani, dall'assenza di rischio economico, dalla natura pubblicistica.

Con ciò si vuole intendere che oggi l'attività di produzione di un servizio non sembra contrapporsi con le attività, tradizionalmente

tipiche delle entità pubbliche, di consumo, di distribuzione ed erogazione.

A ben vedere le funzioni di distribuzione e di erogazione possono essere a pieno titolo ricomprese nella tipica attività dell'azienda di produzione, cioè la "produzione del servizio".

Gestire un Ospedale era considerata una attività di erogazione e non di produzione: se l'ospedale era privato aveva certi vincoli di ordine economico, che venivano meno se era pubblico. Ma l'attività di erogazione, per quanto sopra riportato, si può esercitare perfettamente attraverso la formula aziendale. Ciò è possibile e lo si fa quando, nell'ambito dell'attività di erogazione, si stabiliscono prezzi politici o multipli o si modifica il sistema dei costi, ottenendo delle entrate compensative a livello fiscale.

La tradizionale distinzione tra aziende pubbliche e aziende private considerava pubbliche quelle che si occupavano del consumo, della distribuzione e dell'erogazione (nella distribuzione prevalentemente lo Stato e nell'erogazione i Comuni, gli Ospedali e le vecchie Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, che erano il nucleo portante della sanità pubblica). Nella realtà odierna questa distinzione è superata: funzione produttiva e funzione erogativa possono svolgersi al contempo nella medesima formula aziendale, così come avviene in campo sanitario ed in particolare nel modello gestionale proposto.

In conclusione, possiamo affermare che la formula aziendale che oggi caratterizza le USL e gli Ospedali si fonda sulla considerazione che le attività produttive, distributive, erogative e

di consumo possono convivere contemporaneamente e svolgersi adeguatamente attraverso appunto la formula aziendale.

Attività operativa finalizzata allo scambio

L'azienda pubblica sanitaria svolge una attività di produzione volta a realizzare i correnti rapporti di scambio con l'ambiente, e segnatamente con l'utenza destinataria del servizio sanitario.

Nello scambio, inteso in senso lato, infatti, conta soprattutto che ci sia un corrispettivo del servizio. Allorché sussiste un corrispettivo, anche se a prezzo politico, siamo in presenza di un atto di scambio. Pertanto, possiamo affermare che per USL ed Ospedali lo scambio costituisce il normale esito del loro processo produttivo, nonché il presupposto per l'utilizzazione del precostituito apparato operativo di approvvigionamento, produzione, distribuzione.

La produzione di ricchezza come finalità di fondo

Le aziende sanitarie rispondono a finalità di natura sociale e di equilibrio economico, predeterminate e controllate non loro assolvimento dalle Autorità Regionali e governative.

Pertanto, pur in presenza di forti condizionamenti derivati sull'attività decisionale di queste imprese, dall'esterno (organi pubblici), per il tramite di un sistema di vincoli anche legislativi, le aziende sanitarie non possono prescindere dall'assumere comportamenti incentrati su logiche imprenditoriali ed innovative-sperimentali tipicamente riconducibili alla impresa

privata. Naturalmente questo compito, in non pochi casi, si presenta alquanto arduo e di difficile assolvimento, proprio in virtù del peso dei condizionamenti derivanti dall'esterno delle aziende medesime.

Tradizionalmente la finalità caratterizzante l'impresa privata sarebbe stata la *massimizzazione del reddito (profitto)*, mentre per le non-impresе il fine veniva individuato nella *soddisfazione dei bisogni umani*. In questa impostazione, la discriminazione era incentrata proprio sull'economicità della gestione, talché si poteva parlare di imprese, economiche nel fine e nel mezzo, e non-impresе, economiche nel mezzo ma non nel fine.

Ad una analisi più approfondita, che parte dalla considerazione che un unico fenomeno non può avere fini alternativi, ma uno solo e caratterizzante, si giunge opportunamente alla conclusione che entrambi i fini indicati non possono costituire la vera finalità ultima dell'azienda. Invero, i predetti fini costituiscono entrambi mezzi per il perseguimento della finalità ultima dell'azienda che è la produzione di ricchezza.

A questa conclusione si arriva in base alle seguenti considerazioni:

- il *soddisfacimento dei bisogni umani* non può considerarsi come finalità caratterizzante le sole aziende, ma caratterizza una pluralità di associazioni (politiche, sociali, culturali, ecc.) con caratteri non necessariamente riconducibili al fenomeno aziendale;

- A ben vedere il perseguimento della predetta finalità (soddisfacimento dei bisogni umani) non è assolutamente in contrasto con il perseguimento di condizioni di economicità della gestione, bensì, quest'ultimo, come già precisato, può rappresentare una importante via per assicurare nel modo migliore la soddisfazione dell'utenza destinataria del servizio sanitario;
- Con riguardo al fine della *massimizzazione del reddito*, tradizionalmente associato alle imprese private di produzione, possiamo osservare come, invero, tutte le aziende (imprese e non-imprese) hanno come fine la salda continuità nel tempo, attraverso il raggiungimento ed il successivo mantenimento di adeguati livelli di equilibrio economico. Soltanto in questo modo qualsiasi azienda o altra organizzazione può raggiungere e mantenere un equilibrio tra ricchezza consumata e ricchezza prodotta e, quindi in definitiva, garantirsi una salda esistenza;

Benché le aziende sanitarie, così come le altre aziende pubbliche, presentino problemi specifici connessi ai caratteri distintivi della loro attività, inclusi i condizionamenti esterni alle loro scelte e i vincoli posti a singoli atti di gestione, tuttavia la presenza di questi fattori limitanti non è caratteristica unica delle aziende pubbliche, ma è rinvenibile, sia pure con diverso ordine e grado, nelle più svariate tipologie aziendali.

- nella prospettiva della ricerca e del consolidamento di condizioni di equilibrio economico della gestione perde di

significato la contrapposizione tra finalità di lucro e finalità non di lucro. Nella realtà sono presenti al contempo aziende che conseguono significativi profitti, aziende che conseguono, alternandoli, risultati diversi, altre, infine che mantengono posizioni di pareggio.

In ogni caso, come anticipato, entrambi questi fini (soddisfazione di bisogni sanitari ed economicità di gestione) costituiscono in realtà mezzi per il perseguimento della finalità di fondo dell'azienda sanitaria, rinvenibile nella produzione di ricchezza.

Infatti, è fuor di dubbio che il fine del soddisfacimento dei bisogni umani, tradizionalmente associato alle aziende di erogazione, in realtà appartiene anche alle aziende di produzione, in virtù della loro finalità di fondo che, come osservato, è rinvenibile nella produzione di ricchezza, presupposto necessario per garantire la piena soddisfazione dell'utenza destinataria del servizio.

Concludendo questa parte possiamo affermare che la produzione di ricchezza rappresenta di per sé l'espressione massima della finalità sociale dell'azienda sanitaria (e non solo).

Questa affermazione si comprende facilmente se consideriamo che:

- la produzione di ricchezza è il presupposto perché possa esistere la sua distribuzione;
- conseguentemente, la produzione di ricchezza è senza dubbio una attività rivolta primariamente alla soddisfazione sia dei bisogni di sanità sia, più in generale, di coloro che operano all'interno dell'azienda stessa;

- la produzione di ricchezza presuppone il raggiungimento ed il mantenimento nel tempo di adeguati livelli di equilibrio economico.

Ecco, parte delle motivazioni della scelta di un modello gestionale sperimentale complesso rifacentesi prevalentemente *ad una società di tipo commerciale* come le società per azioni, ma che tiene ampiamente conto delle *eccellenze e delle peculiarità appartenenti alle non-imprese*.

5. I MODELLI SPERIMENTALI GESTIONALI

Dal 1991 solo conferme per il metodo "sperimentale". La "sperimentazione gestionale" è stata prevista e regolamentata nell'articolo 4, 6° comma della legge 412/1991, come uno strumento per favorire l'apertura del sistema sanitario pubblico a forme di collaborazione con soggetti privati.

Essa è finalizzata a verificare "sul campo" la possibilità di utilizzare nell'ambito del settore sanitario strumenti e modelli gestionali già sperimentati nella realtà aziendale privata; ciò al fine di acquisire conoscenze, esperienza e risorse finanziarie idonee a migliorare l'efficienza e la qualità del Servizio sanitario.

Il metodo sperimentale consente di riferire l'intervento regolatore (mediante leggi, regolamenti, atti amministrativi) alla fase conclusiva del processo sperimentale, per "istituzionalizzare" i risultati positivi dello stesso, superando in tal modo la rigidità del sistema di regolazione pubblica del settore della sanità.

L'articolo 9-bis del Dlgs 502/1992 definisce il regime procedurale di attuazione delle sperimentazioni e diventa la norma fondamentale in materia.

Allo stesso fa esplicito riferimento una serie di disposizioni successive, generalmente contenute in leggi finanziarie, che prevedono specifici progetti (da realizzare con la procedura delle sperimentazioni) per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, finalizzati al superamento di

carenze strutturali del sistema, finanziabili su una quota del fondo sanitario a tal fine vincolata.

La rilevanza dello strumento è stata ulteriormente sottolineata dall'articolo 71 della legge 488/1998, che prevede l'avvio e l'attuazione di un piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani.

Punti fermi nella regolamentazione dell'istituto sono:

- La necessità di elaborare uno specifico progetto, con l'apporto di livelli istituzionali diversi (Regione, Aziende sanitarie, Province, Comuni, privati);
- L'attribuzione alla Regione di adottare ed autorizzare il progetto ai fini dell'avvio della sperimentazione e di verificare i risultati della stessa.

La struttura di tale regolamentazione finale non è sostanzialmente mutata dal Dlgs 229/1999 che ha sostituito il precedente articolo 9-bis, che in sostanza si è limitato a disciplinare i profili relativi alla presenza dei soggetti privati nell'ambito delle società miste, ove queste assumano compiti di gestione dell'attività sanitaria.

Il nuovo 9-bis aveva creato incertezze interpretative che sono state sostanzialmente superate dall'articolo 90 della legge 388/2000 (finanziaria 2001).

Con tale nuova disposizione è stata prevista la possibilità di utilizzare strumenti giuridici a partecipazione mista, anche per sperimentare un diverso assetto istituzionale del Servizio sanitario; si è inoltre agevolato sul piano fiscale il trasferimento di beni a favore di tali enti.

6. VALUTAZIONE DEL QUADRO NORMATIVO GENERALE

Volendo fornire una valutazione sintetica del quadro normativo attuale, derivato dai continui interventi ed aggiustamenti legislativi, si potrebbe dire che tutti gli strumenti integrativi e modificativi introdotti dai nuovi articoli di legge sulle sperimentazioni gestionali, sono stati sempre tesi ad incentivare e semplificare le procedure di avvio di iniziative per nuovi modelli gestionali.

Il legislatore ogni anno (vedi gli interventi sulle finanziarie) ha voluto rammentare la problematica relativa alle sperimentazioni ed ha voluto aggiungere chiarimenti e semplificazioni: *segno evidente di interesse particolare e di continua promozione delle iniziative*, ritenute sostanzialmente necessarie per una attiva "ricerca sul campo" in grado di dare *soluzioni innovative alla complessa problematica connessa alla spesa sanitaria* ed a ciò che *la "salute" dei cittadini rappresenta* per uno Stato che vuole definirsi realmente moderno, democratico e attento alle diseguaglianze in un così delicato campo.

La sperimentazione va intesa in generale come uno strumento per superare gradualmente, attraverso processi monitorati (appunto in via sperimentale) la rigidità del sistema di regolazione pubblica del settore della Sanità e introduce in tale settore, attraverso forme

di collaborazione con i soggetti privati, strumenti e modelli gestionali già sperimentati con successo in altri settori della Pubblica amministrazione e che trova riscontro in altri Paesi dell'Ue.

Tali collaborazioni possono realizzarsi in forme e con modelli diversi (es. rapporti convenzionali, costituzione di nuovi soggetti con la partecipazione di altri enti pubblici oltre che di quelli privati, ecc.). I modelli di collaborazione di recente esplorati e sperimentati sono di varia natura e presentano, in alcuni casi, aspetti tra loro complementari. Essi possono concretizzarsi nella costituzione appunto di nuovi enti ovvero nell'utilizzo di strumenti gestionali, diversamente denominati, quali il private financing (Pfi), l'outsourcing, con la sua evoluzione nota come public/private partnership (Ppp). La scelta dell'uno o dell'altro modello e, talvolta, della loro combinazione, dipende da numerose variabili, a partire da quelle istituzionali, per giungere fino a quelle organizzativo-gestionali. Tali variabili vanno poi valutate nell'ambito delle diverse situazioni nelle quali si applicherà il modello. Poiché diversi sono i modelli e varie sono le realtà alle quali possono essere applicati, pare indispensabile che vengano individuati opportuni criteri che consentano di definire quale modello sia utile applicare nelle diverse situazioni. Preliminare alla scelta dei criteri di selezione dei diversi modelli è la definizione con chiarezza degli obiettivi di ogni sperimentazione e l'adozione delle corrette metodologie per misurare i risultati conseguiti. Nella sperimentazione del modello

è indispensabile seguire gli standard definiti per la sua corretta applicazione affinché le diverse esperienze fatte risultino omogenee e confrontabili. Dalla sistematica applicazione della metodologia sopra indicata conseguirà l'individuazione dei criteri di selezione dei diversi modelli. Ci si potrà accorgere che talvolta i modelli non sono tra loro esclusivi ma complementari. La combinazione dei modelli può risultare infatti in molti casi opportuna.

7. IL POTERE DI DEROGA ALLE DISPOSIZIONI VIGENTI

Il successo o l'insuccesso di una sperimentazione dipende non solo dai meccanismi istituzionali in cui si inserisce, ma anche dalle possibilità di adottare le corrette modalità gestionali. Perché ciò sia possibile è indispensabile individuare, come nel nostro modello sperimentale, regole ad hoc, se del caso modificando quei vincoli normativi che impediscono di sviluppare le azioni previste per giungere ai risultati voluti. La sperimentazione ha pertanto senso e può acquistare valore solo se avviene in un quadro di regole funzionali all'attuazione del modello oggetto di sperimentazione; ciò potrà far sì che tutte le azioni previste possano essere compiute con la dovuta efficacia; in caso contrario non si potrà confondere l'impossibilità di agire correttamente con l'inadeguatezza del modello. I principali obiettivi che si pone, in generale, il sistema pubblico nel coinvolgere i privati sono quelli di usufruire di maggiori disponibilità finanziarie e capacità gestionali, nonché di ridurre il rischio associato all'attività che viene condivisa ovvero assegnata totalmente al privato. Il privato, d'altra parte, desidera ottenere la corretta redditività dagli investimenti fatti e dalla relativa gestione, verificando che il rischio dell'impresa sia accettabile. Perché ciò possa realizzarsi, il privato richiede che il pubblico scelga il partner privato sulla base

dei risultati attesi, misurati in termini di costi e qualità del servizio ottenuto e non vincoli i parametri del processo produttivo al punto di limitare le capacità innovative dell'imprenditore. In presenza di un'innovazione tecnologica molto rapida, il sistema pubblico deve essere capace di ripartire il rischio dell'ottimizzazione del processo produttivo con l'imprenditore privato, il quale deve essere peraltro libero di far leva sulle evoluzioni tecnologiche per fornire un servizio di elevata qualità e a costi contenuti. Il sistema pubblico dovrà viceversa concentrarsi sulla modalità di misurazione dei risultati ottenuti.

Le esperienze estere, soprattutto quelle del Nhs inglese, dimostrano che il sistema pubblico deve individuare i servizi che ritiene strategici (core) e su questi concentrarsi e sperimentare, delegando tutto ciò che non è strategico (no core) all'imprenditore privato.

Deve inoltre migliorare la capacità di misurare l'output di tali servizi. E' importante sperimentare, con una buona metodologia di applicazione e di confronto, le diverse alternative di collaborazione tra il pubblico e il privato per poter individuare quali forme risultino le più adatte ad attirare in Sanità le risorse finanziarie e gestionali del privato.

8. LA SCELTA DEL MODELLO DELLA SOCIETA' MISTA MAGGIORITARIA (SMM)

Dall'esame delle diverse disposizioni relative alla sperimentazione emerge chiaramente che la collaborazione pubblico-privato può essere realizzata attraverso la costituzione di nuovi soggetti di diritto privato, esplicitamente individuati nelle società miste (articolo 9-bis più volte citato). In relazione alle indicazioni metodologiche di cui al punto precedente, la scelta è stata fatta avendo presenti le diverse variabili, di natura istituzionale, organizzativo-gestionali e relative alle situazioni nelle quali si prevede di intervenire.

Il ricorso alle società miste è preferibile nella realizzazione di opere, acquisto di beni e servizi, nella gestione di attività sanitaria di supporto e di eccellenza). E' implicito che tale soggetto è caratterizzato per la partecipazione significativa, anche se non esclusiva, della componente pubblica, il requisito della maggioranza pubblica è previsto esplicitamente per le società miste che gestiscono attività sanitaria). Una volta individuato il modello in relazione alle caratteristiche dell'intervento, è stato necessario verificare in concreto se lo strumento prescelto fosse stato congruo al fine di raggiungere gli obiettivi perseguiti. Il modello è particolarmente indicato in quanto la sperimentazione

tende a coinvolgere anche soggetti non profit ed è finalizzato al raggiungimento di alcuni specifici obiettivi, quali:

- Verifica in via sperimentale di assetti e ruoli istituzionali diversi da quelli oggi tipici dell'organizzazione del Servizio sanitario;
- Integrazione e coordinamento dell'apporto di più soggetti con finalità istituzionali o sociali diverse (es. cooperative di operatori sanitari, Università, enti di ricerca);
- Promozione e sostegno a funzioni e attività (es. ricerca biomedica, formazione, ecc.) non congruamente svolte nell'ambito dell'Azienda per indisponibilità di modelli organizzativi e gestionali e per carenza di risorse (finanziarie, tecnologiche, ecc.);
- Attribuzione, in via sperimentale in relazione ad una situazione particolarmente complessa (Fiumicino), di un ruolo partecipativo ad altri soggetti pubblici (Comune di Fiumicino stesso, Provincia di Roma e Regione Lazio) sul cui ruolo nel settore sanitario oggi si registrano esigenze diverse;
- Promozione di processi di integrazione, a livello sovra-aziendale e in relazione a particolari ambiti disciplinari e/o territoriali, di strutture facenti capo a enti diversi. Ovviamente la concreta configurazione della società è stata definita in relazione alle situazioni concrete e agli obiettivi specifici perseguiti con la sperimentazione.

9. LA SCELTA DEL MODELLO CHE VA DALL'OUTSOURCING TRADIZIONALE AL PUBLIC/PRIVATE PARTNERSHIP (Ppp)

La Sanità in Europa vede da tempo l'affermazione e lo sviluppo dell'outsourcing nelle sue varie forme, con particolare riferimento ai servizi di supporto non sanitari. Le forniture private registrano da tempo una continua crescita, con una specializzazione degli operatori sempre più marcata. Dall'altra parte La domanda di servizi sanitari continua anch'essa a crescere, a fronte di risorse pubbliche limitate, in tale contesto, il tradizionale rapporto di fornitura (committente-fornitore) mostra limiti evidenti, soprattutto in considerazione delle prospettive di modernizzazione del settore pubblico e della conseguente necessità di attingere alla riconosciuta capacità di innovazione gestionale del settore privato. I tradizionali processi di esternalizzazione (outsourcing) si sono rivelati limitati in termini di capacità a incentivare l'innovazione di processo e di prodotto, poiché hanno vincolato le forniture a parametri di input invece che di risultato. Inoltre la componente qualitativa del servizio fornito è risultata di difficile valutazione, costringendo la competizione ai soli aspetti economici di contenimento dei costi.

Alle già note esigenze di modernizzazione si aggiunga l'avvento delle tecnologie internet e le opportunità che queste

aprono al settore sanitario nel suo complesso. La necessità di ridefinire interi processi produttivi non potrà essere soddisfatta né con risorse proprie del settore pubblico, né attraverso le tradizionali tecniche di esternalizzazione dei servizi. La public/private partnership rappresenta una radicale innovazione nella concezione del tradizionale rapporto di fornitura. Essa propone un approccio collaborativo, distinguendosi nettamente da qualsiasi rielaborazione dell'outsourcing: al tradizionale rapporto rigido tra committente e fornitore, si sostituisce il concetto di partnership. Tale approccio di basa su una forte focalizzazione sul risultato del servizio (invece che sui fattori produttivi e sulle infrastrutture) e prevede un'effettiva condivisione, tra il partner pubblico e quello privato, dell'analisi del processo produttivo. Il partner privato studia tutte le opportunità di miglioramento grazie alle tecnologie di cui dispone e alle relative metodologie organizzative. Il risultato dell'analisi conduce a un'attenta valutazione dei costi di produzione e della qualità del servizio fornito. In UK, ricorrendo alla normativa comunitaria, l'ente ospedaliero assegna, senza gara, l'appalto privato qualora costi e qualità raggiungano un livello competitivo rispetto alla situazione effettivamente presente nell'ospedale. Gli ambiti di applicazione della Ppp coprono praticamente l'intera gamma delle attività no core dell'azienda sanitaria.

Noi, con il modello sperimentale possiamo distinguere:

- I servizi di tipo clinico: laboratorio di analisi (generalmente escludendo lo staff medico); diagnostica per immagini; servizi

di sterilizzazione; fornitura di prodotti per la medicazione e servizi di supporto: fornitura e gestione di letti e attrezzature; farmacia;

- I servizi di tipo "corporate"; costruzione e manutenzione degli edifici; servizi di tesoreria; gestione del personale; paghe e contributi; information technology; gestione integrata degli acquisti (acquisti, logistica e gestione di magazzino); gestione della cartella clinica (patient file).

Alcune esperienze realizzate, in particolare per i laboratori di analisi, mostrano chiari benefici di tipo finanziario e in termini di impatto sulla qualità del servizio.

Per quanto concerne la fornitura di beni e di attrezzature, si stanno sviluppando in Europa molte iniziative particolarmente per i servizi ad alto valore aggiunto, con consorzi di strutture ospedaliere che operano in collaborazione con i fornitori e che saranno particolarmente seguite dai responsabili del nostro progetto.

Tra le forme innovative privilegeremo:

- Facility management: il settore privato, ricorrendo alle tecniche offerte dal private financing iniziative (Pfi), potrà finanziare, anche acquisendone la proprietà, la costruzione, la ristrutturazione e l'ampliamento delle strutture utilizzate ovvero di nuove eventualmente individuate;
- Information technology: che in UK si stanno sviluppando proprio attraverso la Ppp;

- Finanza e risorse umane: la creazione di appositi centri di servizi integrati è stata vista come strumento per il cambiamento nella qualità dei servizi e nel controllo dei costi.

10. LA SCELTA SUL PERCORSO E LA RAPPRESENTAZIONE DELLO STUDIO DI FATTIBILITA'

Il primo passo, nella realizzazione dell'idea progettuale di base, è stato effettuato attraverso lo studio preliminare di fattibilità che è servito a verificare le pre-condizioni per procedere nell'impostazione del progetto. Quindi, lo studio di fattibilità ci è servito a identificare gli elementi fondamentali del progetto ed a valutare la possibilità concreta di poter ricorrere, utilizzando una serie di test di viabilità tecnica ed economica, ad un modello sperimentale.

I test, o valutazioni preliminari, sono stati in grado di dare una prima risposta alla fattibilità tecnica del progetto:

- Viabilità tecnica: che è il modo con cui lo abbiamo strutturato;
- Viabilità economica e finanziaria: che è l'equilibrio economico-finanziario data al progetto.

Per lo studio di fattibilità si è lavorato sulle informazioni essenziali del progetto, che hanno fornito le indicazioni necessarie alla costruzione di una preliminare *cash-flow analysis*, e cioè raccolta dei dati su:

- Promotori
- Strutturazione societaria
- Descrizione del progetto

- Tecnologia
- Mercato
- Investimenti
- Costi e ricavi
- Coperture finanziarie

Lo studio di fattibilità è stato integrato *dall'information memorandum* per dargli un diverso grado di dettaglio e perché si è voluta elaborare un'ipotesi finanziaria degli investimenti e della gestione articolata attraverso scenari economico-finanziari alternativi. A tali scenari sarà opportuno poi applicare "in itinere" *l'analisi di sensitività*. Perciò, lo studio di fattibilità costituisce anche un documento di lavoro che si presenta come un "*grafico prospettico di previsione e programmazione*". Esso dovrà essere assoggettato a tutte le più approfondite verifiche "sul campo" così da poter selezionare il percorso più idoneo a raggiungere le finalità e gli obiettivi prospettati.

Lo studio di fattibilità si presenta quindi come un documento interno di lavoro, da articolare di volta in volta secondo le esigenze specifiche che dovrà soddisfare.

Abbiamo già accennato in precedenza *all'information memorandum* quale momento integrativo del nostro progetto. Esso riassume i principali elementi da realizzarsi con i fondi pubblici e privati, e che possono riassumersi:

- Relazione generale sul progetto
- Caratteristiche e modalità di ristrutturazione degli immobili
- Tecnologie utilizzate

- Mercato di riferimento
- Qualità dei servizi
- Provenienza e natura delle prestazioni
- Fruitore finali dei servizi
- Modalità di determinazione dei flussi finanziari
- Caratteristiche della gestione delle ristrutturazioni
- Caratteristiche delle prestazioni dei servizi
- Aspetti di garanzia
- Fabbisogni
- Struttura della società mista

Dunque, *lo studio di fattibilità integrato dall'information memorandum* descrive il progetto nel suo insieme, fornendo tutte le relative informazioni di carattere generale riassumendo il contenuto anche delle convenzioni, che realizzano l'iniziativa.

La redazione dei documenti informativi/informatici rappresenteranno un processo, che si realizzerà durante l'opera proprio in quanto gli elementi del progetto di definiscono solo progressivamente, nel corso dell'attività. Questi documenti rappresenteranno, dunque, un vero strumento di lavoro durante la realizzazione dell'iniziativa.

Il nucleo centrale di questa attività è rappresentato dalla costruzione del modello economico-finanziario intorno, prevalentemente, ad organizzazioni no profit di soggetti privati altamente qualificati. Peraltro, si sottolinea l'importanza delle valutazioni tecniche, legali e contrattuali proprio per effettuare

una adeguata previsione di costi d'investimento e di gestione, e di ricavi.

Tra gli obiettivi del progetto emerge la volontà di armonizzare gli interessi che hanno promosso il progetto e la costruzione dell'equilibrio economico-finanziario dell'operazione che non potrà scaturire altro che dall'equilibrio complessivo tra gli interessi dei partecipanti.

Data l'importanza di questo documento è opportuno presentarne, qui di seguito, a costo di ripeterci, la struttura di base elencando le informazioni più rilevanti in esso contenute, poiché non si è voluta dare forma schematica allo stesso e quindi le informazioni sono state calate "a pioggia":

- Promotori e struttura societaria;
- Quadro normativo di riferimento e i rapporti con le istituzioni;
- Realizzazione delle opere di ristrutturazione;
- Tecnologia del progetto;
- Impatto ambientale;
- Caratteristiche degli utenti di riferimento;
- Gestione dell'iniziativa;
- Convenzioni;
- Fabbisogno finanziario;
- Garanzie e aspetti di monitoraggio.

La descrizione del progetto contiene anche le informazioni generali e cioè:

- I settori dell'iniziativa,
- Le motivazioni,

- L'andamento generale dell'utenza di riferimento;
- Le caratteristiche peculiari dell'iniziativa;
- La storia dell'operazione dall'idea progettuale alla strutturazione finale;
- Le spese già sostenute;
- I permessi ottenuti o da chiedere;
- Le delibere da effettuare;
- I passi amministrativi che servono alla realizzazione definitiva del progetto.

Va precisato che il progetto, che nasce per iniziativa della Azienda unità sanitaria locale Roma D, si realizza solo attraverso lo strumento della autorizzazione/adozione da parte della Regione Lazio.

In ogni caso, l'azione e la tempestività di tutte le autorità pubbliche coinvolte, costituisce un elemento essenziale per la riuscita del progetto infrastrutturale.

I tanti ostacoli amministrativi che possono frenare o annullare ogni sforzo volto alla realizzazione di un progetto di pubblico interesse: ritardi nella concessione dei permessi per la realizzazione delle opere, incertezze nella programmazione, modificazioni del regime di disponibilità degli immobili, ecc., ed altri problemi di questo tipo finirebbero per influenzare negativamente la redditività dell'iniziativa che, per esplicarsi, ha bisogno di un quadro di *consenso pubblico istituzionale* di riferimento così forte da poter invogliare i privati ad investire in

termini di professionalità e finanze, riducendo al massimo il senso di approssimazione e di incertezza.

Con questa osservazione, si sottolinea ancora una volta il fatto che un'efficiente funzione pubblica può consentire consistenti risparmi al bilancio pubblico. Perciò, la preventiva firma di convenzioni, contratti o lettere di intenti con le autorità pubbliche coinvolte nel progetto, al fine di fissarne in modo chiaro e preciso obbligazioni e diritti, rientra certamente in quell'insieme di garanzie che sono in grado di trasformare un'operazione progettuale in una azione concreta di eccellenza dell'efficienza pubblica.

11. LE CONSIDERAZIONI DI PROGETTO PER CONTRASTARE LE DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE

Sarebbe forse utile, in questo contesto, anche un'analisi dell'esperienza fin qui condotta nell'ambito delle sperimentazioni avviate (prima della entrata in vigore del Dlgs 229/1999), al di là delle limitate indicazioni che emergono dai documenti disponibili ma non ne abbiamo lo spazio sufficiente né desideriamo distogliere l'attento lettore dall'obiettivo principale.

Soprattutto, sarebbe essenziale operare una ricognizione sistematica delle esperienze di sperimentazione avviate nel contesto e sulla base della nuova disciplina della materia introdotta con l'articolo 10 del Dlgs 229/1999, specie di quelle che non hanno seguito l'iter delineato nella nova normativa.

L'esame delle disposizioni emanate nel corso di un decennio in materia di sperimentazione dimostra, e lo abbiamo già affermato, che una grande importanza è attribuita dal legislatore a tale strumento per stimolare e indirizzare il processo di trasformazione e riqualificazione del sistema Sanitario italiano.

Non si ritiene che sia necessario intervenire con ulteriori leggi, che potrebbero, anzi, comportare il rischio di ridurre quella flessibilità che deve caratterizzare le sperimentazioni.

Di queste, non a caso, il legislatore non ha dato una definizione astratta e normativa, ma si è limitato a individuarle in termini generali come forme di collaborazione con soggetti privati, finalizzate all'acquisizione di risorse (di conoscenze, esperienza e finanziarie), ritenute essenziali per risolvere carenze strutturali del sistema sanitario.

Coerentemente con tale scelta, e molto opportunamente. È stato però previsto, come necessario, un momento di accertamento in concreto, con funzione costitutiva in relazione a certi effetti, della riconducibilità di un singolo progetto alla categoria delle sperimentazioni.

Introducendo la lotta alle diseguaglianze nella salute tra i punti qualificanti delle politiche sanitarie e sociali del patto per la salute, il Piano sanitario Nazionale 1998-2000 esige che ogni politica, sanitaria e non, che possa avere un riflesso sulla salute si misuri con il problema delle diseguaglianze in modo esplicito. Questo significa che ogni politica dovrà interrogarsi sull'esistenza di diseguaglianze nel settore di sua competenza e dovrà pronunciarsi sul modo con cui intende contrastarle, con il sistema sanitario in un ruolo di promozione e di monitoraggio. Purtroppo non è affatto scontato che il sistema sanitario sappia svolgere questo ruolo verso il quale non ha né consuetudine né particolare propensione. E' utile quindi aprire una riflessione su quali responsabilità e su quali azioni spettino al sistema sanitario e su come queste abbiano dimostrato di funzionare in altre esperienze. In generale si potrebbe dire che su questo tema al sistema

sanitario competono le politiche di ricerca, informazione e patrocinio, il concorso a politiche di promozione della salute, il concorso a politiche di riduzione dei danni delle diseguaglianze sociali e le politiche di correzione del sistema delle cure: la risposta e l'impegno dell'Azienda USL Roma D è contenuta, come evidente e per quanto possibile, in questo progetto di sperimentazione gestionale.

Senza dilungarci ed affrontare il percorso della cronaca legislativa sulle diseguaglianze diciamo subito che tale problematica iniziarono ad affermarsi intorno agli anni Ottanta e le prime esperienze di ricerca in epidemiologia furono concentrate sui rischi occupazionali. Il Ministero della Sanità approvò nel 1990 un programma nazionale di ricerca proposto dalla Regione Piemonte, che si proponeva di sperimentare tutte le procedure di monitoraggio delle diseguaglianze occupazionali e sociali nella salute che era possibile implementare in Italia attraverso tecniche di record-linkage. Il programma ottenne tre risultati principali. Il primo consisteva nella dimostrazione che anche in Italia erano possibili numerose forme di monitoraggio delle diseguaglianze nella salute attraverso il record-linkage su base individuale o l'integrazione su base microgeografica (indici di deprivazione geografica) di fonti sanitarie (la mortalità a livello nazionale, e la morbosità a livello locale) e di fonti amministrative recanti informazioni socio-economiche (il censimento di popolazione, l'anagrafe dei redditi, l'archivio delle prestazioni previdenziali, l'archivio degli infortuni sul lavoro). Il secondo fu la creazione di

una rete di competenze epidemiologiche e statistiche e di istituzioni sanitarie e di ricerca, nazionali e locali, che coordinavano i propri sforzi per modificare l'architettura e il funzionamento dei sistemi informativi a scopo di monitoraggio della salute occupazionale e delle disuguaglianze. Il terzo risultato fu la redazione di un rapporto italiano sulle diseguaglianze sociali, scaturito da un primo convegno nazionale sul tema. Il convegno ed il rapporto si sforzarono di raccogliere e discutere criticamente tutta l'evidenza epidemiologica che era disponibile in Italia sulle diseguaglianze nella salute e nell'accesso alla assistenza sanitaria passata in rassegna grazie al contributo critico di alcuni esperti inglesi e scandinavi. Con il nostro progetto *intendiamo riprendere, ovviamente dal nostro punto di osservazione ed a livello Regione Lazio*, questa complessità sociale ed affrontarla alla luce della *multi-etnica nella quale siamo ormai calati, anche scientificamente*: non riteniamo di poter più fare finta di non considerare in tutta la sua drammaticità (in particolare nel nostro territorio) il rinnovato problema delle disuguaglianze nella salute.

Quattro tipi di raccomandazioni riprenderemo dal rapporto conclusivo dei lavori e, da quelle ripartiremo per la nostra analisi:

- La prima, sul tema del monitoraggio delle diseguaglianze nella salute, proponeva: di sviluppare nuove possibilità di analisi delle differenze su base geografica, attraverso l'acquisizione della sezione di censimento sui sistemi informativi sanitari per le esigenze di studio di tipo locale; di sviluppare modelli di studio su base individuale, via record-linkage tra dati

amministrativi o per rilevazione diretta, di tipo longitudinale a livello locale e di tipo trasversale a livello Regionale; di utilizzare indicatori sociali di tipo semplice e modelli di analisi non complessi atti a garantire trasparenza alla comunicazione su questi temi.

- Il secondo tipo di raccomandazioni riguarda la ricerca delle spiegazioni delle diseguaglianze nella salute, con particolare riguardo per lo studio dell'importanza delle diseguaglianze nelle diverse fasi della vita e della storia clinica di un problema di salute, e per un ruolo attivo di "advocacy" dell'epidemiologia su questo tema nei confronti dei medici e delle direzioni dei servizi.
- Il terzo tipo di raccomandazioni riguarda le politiche di contrasto delle diseguaglianze nella salute, in particolare: l'inclusione di una misura di diseguaglianza nei meccanismi di ripartizione del fondo sanitario; una armonizzazione degli obiettivi di efficienza dell'organizzazione e di soddisfazione professionale degli operatori con gli obiettivi di equità; una correzione di tutti i potenziali di iniquità che si nascondono dietro l'introduzione di nuove tecnologie, i meccanismi di compartecipazione alla spesa, la molteplicità dei rapporti di lavoro tra pubblico e privato; la copertura sociale e sanitaria alle aree di emarginazione, con particolare riferimento all'immigrazione e all'handicap.
- L'ultima raccomandazione riguarda la formazione degli operatori e l'educazione dei cittadini, dove si auspica un nuovo

modello epistemologico, capace di riconoscere le diseguaglianze, proporsi una ricerca partecipata per il cambiamento, utilizzando metodi attivi di formazione e di comunicazione, in un contesto di cambiamento delle condizioni sociali ed ambientali.

Riteniamo utile in questo contesto riportare anche il contenuto della politica a cavallo tra il settore sanitario e quello sociale relativamente agli stranieri immigrati in quanto ne rifaremo, con il progetto, una attenta analisi per gli eventuali necessari aggiornamenti.

Nel 1998 è stata approvata una strategia nazionale per le politiche sull'immigrazione, fondata su principi di equità nell'accesso ai servizi, di protezione e valorizzazione delle differenze, di inclusione di questi gruppi nelle politiche per i poveri, dall'educazione alla formazione professionale, alla casa alla assistenza sanitaria (D.L. 25/07/1998). Sulla base di questi principi il regolamento nazionale sugli stranieri immigrati del 1999 (D.P.R. 31/08/1999 n. 394) per la parte dell'assistenza sanitaria ha disciplinato per gli stranieri regolari procedure di registrazione nel servizio sanitario nazionale e, per la prima volta in un paese europeo, ha introdotto per gli stranieri irregolari meccanismi di accesso all'assistenza sanitaria urgente ed essenziale per malattie, incidenti e maternità (con possibilità di continuità delle cure) e alla medicina preventiva, gratuita per i poveri (su reddito autocertificato) e senza notificazione dell'identità alla polizia. Uno specifico progetto obiettivo del

governo (al quale il progetto sperimentale intende collegarsi) sta elaborando raccomandazioni specifiche per particolari problemi di salute di queste popolazioni, come le madri, i bambini e i lavoratori a maggior rischio, e per problemi di qualità dell'assistenza in un contesto multiculturale.

Complessivamente la storia delle politiche per le disuguaglianze si chiude con un bilancio non negativo. In relativamente pochi anni, meno di un decennio, sono state elaborate le prime evidenze scientifiche che hanno giustificato investimenti nella ricerca e che si sono trasformate nell'avvio di processi politici significativi. Le principali ombre sono che questi processi non sono ancora consolidati e non possono ancora esibire risultati documentabili, né di processo né di impatto. Inoltre la diffusione dell'informazione e della percezione dell'importanza e risolvibilità delle diseguaglianze nella salute è rimasta elitaria e, probabilmente, di parte; in momenti di trasformazione degli equilibri politici del paese questo fatto potrebbe compromettere il successo di questi processi che, a nostro avviso, dovrebbero essere avulsi da ogni "ragionamento politico-partitico". Anche dal punto di vista delle capacità di ricerca e di monitoraggio i risultati conseguiti non possono ritenersi ancora adeguati per fondare uno sviluppo significativo della ricerca in campo eziologico e valutativo: ci siamo impegnati ad apportare il nostro modesto contributo. In questo caso le ragioni principali di ritardo riguardano:

- Lo scollamento tra la ricerca medica-epidemiologica, quella sociale e statistico-demografica e quella economica;
- La povertà di fonti informative di utilizzo comune (soprattutto studi longitudinali) che stimolino iniziative integrate di ricerca scientifica;
- La scarsa integrazione tra le fonti di finanziamento della ricerca nei diversi campi.

12. LE DIMENSIONI DA PRESIDARE

L'assistenza sanitaria può agire sulla salute di una persona direttamente e indirettamente. Indirettamente in quanto l'assistenza sanitaria costituisce una parte essenziale della protezione sociale di una persona: l'incidenza circa la disponibilità dell'assistenza sanitaria, come quella relativa ad altre componenti del Welfare, potrebbe concorrere a perturbare la salute, senza che perciò si possa parlare di un effetto diretto dell'assistenza sanitaria sulla salute. Non c'è poi dubbio che l'assistenza sanitaria abbia buone riserve di efficacia diretta nel migliorare alcune capacità funzionali di specifici malati, come nel caso della cataratta o in quello della patologia dell'anca; analogamente l'assistenza sanitaria assolve importanti funzioni nell'alleviare la sofferenza. Tuttavia l'importanza nel ridurre l'incidenza e la mortalità per la maggior parte delle malattie risulta molto modesta. Questi meccanismi di influenza sono particolarmente attuali in questi tempi di revisione dei sistemi sanitari.

Tre sono le dimensioni da presidiare affinché tali revisioni non aggravino le diseguaglianze nella salute, anzi migliorino la situazione: l'equità, l'efficacia e l'efficienza.

Le principali attenzioni, per garantire l'equità nel diritto di accesso derivante dalla organizzazione dei nuovi sistemi sanitari

nazionali, regionali e locali, devono essere rivolte alle seguenti importanti aree:

- Diseguaglianze nella disponibilità di servizi per gli anziani;
- Diseguaglianze nella disponibilità di servizi per i malati terminali;
- Diseguaglianze nell'utilizzo dei servizi specialistici e di alleggerimento dei carichi familiari;
- Diseguaglianze negli standard di qualità, efficacia e appropriatezza degli interventi sanitari;

Mirando esplicitamente la soluzione ai gruppi sociali più svantaggiati è possibile moderare queste diseguaglianze, aumentando complessivamente l'efficacia pratica della tecnologia di screening affiancata con ricerche sulle diseguaglianze. E' stato stimato, ad esempio, che se le cause delle *diseguaglianze sociali* nella sopravvivenza per tumori fossero identificate e rimosse, si risparmierebbero più vite umane di quante non se ne salvano con i programmi di screening della mammella.

Lo stesso argomento si pone nell'area dell'efficienza, dove si aprono spazi interessanti per la priorità alle disuguaglianze nella salute. Infatti il principio dell'efficienza richiede che si orientino le risorse là dove c'è il massimo di possibilità per il miglioramento della salute della popolazione.

13. LO STUDIO SUI LIVELLI EQUIVALENTI DI ASSISTENZA (LEA)

Alla luce di queste argomentazioni, vediamo anche quale impatto si potrebbe avere sull'equità nella salute, *determinabile dallo studio* approfondito che ci si è proposti di fare con il nostro progetto, dei livelli uniformi ed equivalenti di assistenza (LEA).

Un primo effetto atteso deriva dalle differenze nel grado di incertezza percepita dalle persone circa la nuova disponibilità di assistenza sanitaria.

Poiché l'incertezza genera insicurezza la quale a sua volta è uno dei fattori psico-sociali all'origine delle disuguaglianze nella salute, se i LEA sono percepiti come una riduzione dell'assistenza disponibile da parte dei meno avvantaggiati rispetto a quanto possono avere i più avvantaggiati attraverso sia l'assistenza integrativa sia il pagamento diretto, allora i LEA sono una minaccia che può contribuire alle disuguaglianze nella salute. Sullo stesso piano si gioca l'argomento dello stigma quale risultato del condizionamento del LEA nelle proprie libertà di scelta a causa del proprio status; anche in questo caso un fattore di rischio psico-sociale si aggiunge a coloro che già sono in svantaggio nel profilo di salute. La contromossa di efficacia che occorre prevedere è un marketing sociale piuttosto aggressivo

che nella presentazione dei LEA tenda a promuovere l'argomento dell'efficacia contro quello del razionamento.

Sul piano diretto i LEA non dovrebbero, in linea di principio, minacciare l'equità negli esiti di salute, purché non aumentino gli ostacoli burocratici all'assistenza che già oggi fanno da barriera ad una presentazione tempestiva dei propri problemi di salute da parte delle classi meno istruite e più svantaggiate. In questo caso, forse, ed a nostro avviso, non si è ancora compreso a fondo che cosa significhi il sovraconsumo di assistenza generica e il sottoconsumo di assistenza specialistica (con qualche indizio di sovraconsumo di prestazioni inappropriate) da parte dei più deboli. E' possibile che un sovraconsumo specialistico non mirato costituisca comunque un fattore protettivo per la salute per i più ricchi (come sembrerebbe ad una lettura superficiale). In tal caso la restrizione dei LEA non potrebbe contribuire a scoraggiare i più deboli a prendersi cura della propria salute? Si tratta di un quesito ancora aperto per la ricerca qualitativa sulle ragioni delle diseguaglianze nell'accesso alle cure, al quale intendiamo dare risposta concreta.

Un argomento positivo potrebbe essere quello che introduce la sovrarequisizione tra le variabili operative che definiscono il LEA. In questo caso la discriminazione potrebbe essere giustificata da considerazioni di efficienza, dato che un LEA è più efficiente se agisce su fasce di popolazione dove massima è la potenzialità di risultato.

14. LA SCELTA DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI

Il decreto legislativo n. 502/1992 introduce, per la prima volta in un documento di legge, il concetto di "Qualità delle prestazioni" e dunque esplicita in maniera inequivocabile un'esigenza del sistema sanitario nazionale ormai divenuta irrinunciabile.

I mutamenti sociali, economici e culturali susseguitisi nel nostro Paese negli ultimi 20 anni hanno generato nuove esigenze e soprattutto spostato verso l'alto i livelli di aspettativa dei cittadini nei confronti di tutto ciò che ha a che fare con la salute. Prova ne sia anche l'attenzione quotidiana dei principali organi di informazione sul problema "Sanità".

Fino a poco prima della introduzione del termine di Qualità in un testo di legge questo, come concetto non scritto, era affidato, nel campo sanitario, alla bravura ed al buon senso degli operatori del settore che, a seconda della propria sensibilità e del "modus operandi", lo esplicitavano quotidianamente attraverso le proprie azioni e senza un riferimento a standard comparativi.

In tale sistema il paziente, o come giustamente viene definito oggi, "cittadino-utente", anch'egli privo di riferimenti precisi se non derivanti dalla propria personale esperienza, ne subiva tutte le eventuali conseguenze senza essere consapevole di ciò che gli

stava accadendo. Con l'avvento dei decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 nonché di tutti gli atti legislativi di riforma del SSN il governo centrale, ha inteso affermare il semplice concetto, fondamentale in Sanità, di dover procedere ad erogare prestazioni e servizi badando alle modalità di erogazione degli stessi (attraverso l'analisi dei processi produttivi) ed ai risultati raggiunti, al fine di imparare dai propri eventuali errori a porre in essere tecniche e procedure idonee ad evitarli.

In effetti sono stati necessari dieci anni di "informazione culturale" da parte di organi di informazione e formazione al fine di affermare, quantomeno concettualmente, che il termine "Qualità" esprimeva in Sanità una "condizione sine qua non" principalmente per la tutela del cittadino-utente. E proprio la centralità del fruitore di servizi sanitari ha rappresentato l'elemento catalizzatore dell'attenzione degli operatori del settore. Il Sistema Qualità è anche visto, da chi opera in Sanità, come strumento necessario per il cambiamento del sistema di organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private. Se ben introdotto, infatti, permette di rivedere e riorganizzare i propri servizi in un'ottica di razionalizzazione utilizzando così le risorse disponibili al fine di ottimizzare i risultati. Il che, in termini economici, vuol dire spendere in maniera appropriata il proprio denaro ricavandone benefici in termini di produttività ed efficienza ai vari casi patologici ricavandone benefici assoluti di efficacia delle prestazioni.

In definitiva, l'introduzione di un sistema di qualità all'interno di una struttura sanitaria ha significato introdurre il concetto della rivisitazione delle procedure attraverso cui i servizi vengono prodotti ed erogati.

Solo attraverso l'analisi delle azioni quotidiane di ogni singolo operatore (così come programmato nel nostro progetto), sia esso medico, infermiere, impiegato, ecc., sarà possibile verificare la corretta esecuzione, organizzazione e cronologia delle operazioni al fine di disegnare una traccia unica da seguire per ogni singola procedura che porti dall'accoglimento del bisogno alla erogazione della prestazione (appropriata) conseguente.

Tali interventi, tuttavia, non sono volti a cambiare le prassi tecnico-mediche per le quali esistono protocolli diagnostico-terapeutici redatti dalle società scientifiche internazionali, ma soltanto ad inquadrare un "modus operandi" definito dal punto di vista organizzativo che assorba il giusto numero di risorse e le impieghi al meglio affinché il cittadino-utente, destinatario ottenga l'assistenza più idonea alla sua richiesta (efficacia) nella maniera più rapida e corretta possibile e con il minor dispendio di risorse (efficienza). E' chiaro quindi, che l'introduzione di tali concetti ha avuto negli anni un'attenzione sempre crescente sia perché questi rappresentavano veri e propri "attrezzi" con i quali scardinare le routinarie modalità operative del settore sanitario, sia perché, sempre più spesso il termine "qualità" è accompagnato dal termine "accreditamento". Queste terminologie abbinate rappresentano, all'interno del decreto legislativo 502/1992, la

"garanzia delle qualità del servizio" reso al cittadino. Tale garanzia o assicurazione di qualità, non esprime il concetto che non possano verificarsi errori all'interno di strutture accreditate che abbiano introdotto un sistema di qualità, tuttavia si ha l'assicurazione che quella struttura opera secondo regole di comportamento condivise ed utilizza una buona pratica che minimizza i rischi derivanti dalla conduzione di una struttura complessa come può essere un ospedale.

15. LE RISPOSTE DEL PROGETTO

Questo progetto intende dare una risposta concreta e scientificamente avanzata alla domanda di salute della popolazione di riferimento; questa risposta, con il progetto, sarà soddisfatta e migliorata, *considerata la complessità delle patologie affrontate e la impossibilità del paziente ad usufruire autonomamente delle strutture che ha a disposizione, soprattutto perché un ricovero ospedaliero sarebbe improprio*, con un sistema integrato a livello di *Cure intermedie* che possiamo definire

INTEGRATE COUNTRY CARE – PAZIENTE E AMBIENTE RICOVERO TERRITORIALE

e che potrà avvenire, a seconda delle caratteristiche del paziente e dell'ambiente familiare in cui vive:

1. a **DOMICILIO** tramite la Assistenza integrata socio-sanitaria (Legge 328/2000)
2. nell'**OSPEDALE DI DISTRETTO**, attraverso un sistema di ricoveri, i cui criteri siano ispirati a protocolli internazionali riconosciuti (CHAEP) ed implementabili
3. in **HOSPICE**
4. in **CENTRO SEMIRESIDENZIALE DIURNO**.

In tutti questi casi, come il progetto evidenzia, i MMG o i PLS opererebbero come primi responsabili (*case manager*) nella

cura della persona e si avvarrebbero del contributo di una équipe multidisciplinare composta di specialisti, da personale paramedico, da operatori tecnici dell'assistenza (OTA) e dal volontariato, i cui componenti verrebbero attivati secondo necessità.

Quanto sopra esposto può essere sintetizzato nel seguente schema:

<p>CURE PRIMARIE</p> <ul style="list-style-type: none"> □ MEDICO SINGOLO □ PAZIENTE AUTOSUFFICIENTE 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ambulatorio MMG o PLS 2. Domicilio del paziente 3. Strutture ASL di consulenza
<p>CURE INTERMEDIE</p> <ul style="list-style-type: none"> □ MEDICO RESPONSABILE DEL CASO □ PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE 	<p>RICOVERO TERRITORIALE IN</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Famiglia 2. Ospedale di distretto 3. Hospice 4. Centro diurno
<p>CURE DI TERZO LIVELLO</p> <ul style="list-style-type: none"> □ PATOLOGIE IN FASE ACUTA □ PATOLOGIE SCOMPENSATE □ NECESSITA' DI ALTA TECNOLOGIA 	<p>Ospedale</p>

Gli scopi di siffatta organizzazione dell'Assistenza Territoriale sono:

- Attivare una rete assistenziale locale strutturata, flessibile e consona alle esigenze della persona, che preveda il coinvolgimento delle figura professionali mediche, paramediche e sociali (Rete Assistenziale Distrettuale);
- Aumentare il ventaglio di offerta assistenziale al malato tramite una migliore allocazione delle risorse finanziarie e logistiche;

- Ritardare o impedire la istituzionalizzazione del paziente tramite un pronto reinserimento nella comunità locale, ove possibile;
- Assegnare un ruolo centrale al MMG ed al PLS nella gestione delle risorse territoriali;
- Generare una diminuzione del numero e dei tempi di ricovero ospedaliero;
- Ridurre le liste di attesa per indagini e consulenze;
- Ridurre gli accessi impropri al Pronto soccorso;

Lo strumento per realizzare questo progetto consiste nella creazione di una Società mista pubblico-privato ai sensi dell'articolo 9/bis del DLGS 299/99 e successive modifiche ed integrazioni, che avrà il compito di:

- Progettare la ristrutturazione di due edifici pubblici, attualmente sottoutilizzati e fatiscenti;
- Ristrutturare i due edifici pubblici secondo le necessità progettuali;
- Programmare e gestire in termini di efficacia, efficienza, economicità ed appropriatezza l'assistenza territoriale così come in narrativa concepita;
- Proporre e attuare progetti di ricerca e alta formazione nel campo della gestione della sanità pubblica; infatti per la buona riuscita del progetto saranno indispensabili idonei momenti formativi per tutti gli operatori coinvolti nonché l'approntamento di idonei strumenti informatici e l'istituzione

della Continuità assistenziale, intesa come reperibilità medica 24 ore al giorno per sette giorni a settimana.

I momenti formativi individuati come essenziali sono:

- Corso di formazione post-universitario in Cure Palliative, che tenga conto in particolare della specificità e peculiarità del territorio e della popolazione di riferimento;
- Corsi di formazione in *Evidence Based Medicine* (EBM) con l'obiettivo formativo principale di mettere il medico in condizione di prendere decisioni in base a dati provati di efficacia e appropriatezza;
- Periodici momenti di “audit” e “ricerca” in modo da garantire una stato di formazione e aggiornamento permanenti.

La formazione e la ricerca saranno finalizzate a garantire e proporre iter diagnostici e terapeutici appropriati, efficaci, efficienti e condivisi.

Gli strumenti informatici verranno utilizzati per:

- la gestione della cartella clinica del singolo paziente in modo omogeneo;
- la gestione della continuità assistenziale tramite la produzione di una base definita di dati esportabile e confrontabile, con diversi livelli di accesso;
- la comunicazione ed interazione tra i vari nodi della rete assistenziale;

- la possibilità di verificare i risultati raggiunti, tramite l'analisi dei dati;
- i corsi di formazione e la ricerca scientifica.

La Continuità Assistenziale dovrà garantire la reperibilità medica e paramedica per tutti i “ricoverati nel territorio” (Hospice, Ospedale di distretto, Centro semiresidenziale, Assistenza Domiciliare Integrata) e la reperibilità medica per i pazienti non ricoverati che presentino un problema urgente.

I principi ispiratori della assistenza così concepita sono quelli della presa in carico della persona e della rete socio-sanitaria: la Salute va considerata non più come campo di azione riservato agli operatori sanitari (medici, paramedici amministratori, manager ecc.) ma deve diventare un terreno in cui si confrontano e collaborano soggetti sociali e istituzionali con privati di dimostrata competenza e professionalità.

Come ha più volte affermato l’OMS, la salute intesa come benessere psicofisico, come capacità di star bene con sé e con gli altri è qualcosa di più ampio e globale della assistenza alla malattia,

La progettazione e la realizzazione di strutture territoriali adeguate, gestite con il supporto dei Medici che agiscono sul territorio, va sicuramente in questa direzione; infatti, la costruzione di una rete assistenziale socio-sanitaria è tanto più facile da realizzare quanto più si cala nella realtà in cui deve operare.

16. IL PROGETTO HOSPICE

Uno degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, fatto proprio dalla Regione Lazio con recenti delibere, consiste nella "assistenza globale attiva nei confronti di quei pazienti la cui malattia non risponde più ai trattamenti guaritivi, nella quale è fondamentale il controllo dei sintomi e delle problematiche psicologiche, sociali e spirituali" (OMS, 1990).

Fra le azioni indicate per affrontare il problema dell'assistenza alle persone nella fase terminale della vita, vi sono il potenziamento degli interventi di terapia palliativa e la realizzazione di strutture residenziali (*Hospice*).

Stime precise sono oggi possibili solo per i pazienti neoplastici, dei quali circa il 90% muore dopo aver attraversato una fase terminale di malattia della durata media di novanta giorni.

In Italia, ogni anno, ci sono circa 144.000 nuovi pazienti oncologici terminali con una prevalenza di circa 35.000; inoltre, si può ipotizzare, in base ai dati di mortalità per patologie non oncologiche che conducono ad una fase terminale, che siano quasi altrettanti i pazienti non oncologici che necessitano di cure palliative (CIRSS).

Recenti stime inglesi, basate sulla prevalenza dei problemi nell'ultimo anno di vita e sull'utilizzo dei servizi di cure palliative, riportano che fino al 65% dei deceduti per tumore abbia bisogno di terapia palliativa più o meno complessa e che fino al

25% abbia bisogno del ricovero in una struttura residenziale tipo *Hospice*.

Revisioni sistematiche hanno anche evidenziato come, indipendentemente dal luogo ove sono praticate, le cure convenzionali siano meno efficaci nel raggiungere obiettivi terapeutici appropriati per i pazienti terminali, rispetto ad un intervento specifico.

In particolare è stato rilevato che il dolore e gli altri sintomi non sono controllati adeguatamente in un'alta percentuale di pazienti e che poca attenzione è riservata alla sfera dei bisogni psicologici, spirituali e relazionali.

Le stesse revisioni confermano che è possibile sia controllare efficacemente il dolore in oltre il 90% dei pazienti, utilizzando un approccio farmacologico secondo le raccomandazioni OMS e gli altri sintomi utilizzando procedure palliative non invasive, sia ridurre il *distress* psicologico del malato e in seguito quello della famiglia nella fase di elaborazione del lutto.

Per questo nuovo modo di affrontare i problemi del malato terminale, è necessario personale medico e paramedico col massimo livello di competenza in tema di cure palliative e con le capacità manageriali indispensabili per coordinare una *équipe* interdisciplinare; diventano, quindi, indispensabili percorsi formativi continui che assicurino non solo le conoscenze teoriche, ma anche le abilità gestuali e relazionali, indispensabili per curare la persona alla fine della vita.

La risposta più appropriata ai bisogni del malato al termine della vita sembra, quindi, essere una rete domiciliare e residenziale *ad hoc*, gestita da personale idoneamente formato ed allocata in ogni ambito territoriale, in modo tale che ogni componente possa essere facilmente accessibile e raggiungibile da parte dei cittadini per garantire una reale continuità assistenziale e terapeutica.

LA SITUAZIONE LOCALE

Il territorio dell'Agro Romano gravitante attorno alla statale Aurelia e di pertinenza essenzialmente 1° distretto della ASL RmD ed in parte al 2° distretto della ASL RmF ha come caratteristiche una struttura rurale, alternata centri abitativi densamente popolati di diverse dimensioni, scarsamente collegati tra loro e con la città.

In questo territorio, nonostante convenzioni tra ASL e Centri lontani e difficilmente accessibili, non esiste una realtà che possa garantire una presa in carico globale della persona attraverso una rete di attività e servizi strettamente coordinati e interconnessi.

CONTENUTI E SPECIFICITA' DELL'INTERVENTO

Il progetto nasce dall'esigenza di migliorare l'efficacia, l'efficienza, l'economicità e l'appropriatezza degli interventi e della gestione dei servizi sanitari, di competenza della ASL RMD

sul territorio specificato, attraverso la realizzazione di un sistema integrato di servizi domiciliari e residenziali al malato terminale ed alla sua famiglia, sfruttando le innovative opportunità offerte dalla normativa relativa alle sperimentazioni gestionali di cui all'art. 9 bis della legge 229/99.

Il progetto si basa sui principi di:

- Formazione specifica e continua del personale medico e paramedico e connessa ricerca scientifica;
- Continuità assistenziale;
- Presa in carico dei pazienti da parte del Medico di base;
- Integrazione dei servizi finalizzati alla cura del malato terminale, anche utilizzando le risorse solidali territoriali;
- Facile accessibilità al servizio da parte dell'utenza;
- Cura della persona e della famiglia, con interventi coordinati da parte dei componenti della rete.

La struttura residenziale, hospice, verrà realizzata adattando allo scopo un edificio in disponibilità della ASL, sottoutilizzato ed in parte fatiscente.

In tale sistema, basato prevalentemente sulla collaborazione tra la ASL ed il Medico di base, si andrebbe ad ovviare ad alcune delle criticità evidenziate dal programma regionale per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative e, in particolare, oltre a ridurre il tasso di ospedalizzazione dei pazienti in fase terminale si andrebbe ad ovviare alla carenza di strutture

residenziali dedicate a cure palliative ottenendo, tra gli altri, i seguenti risultati:

- Migliore realizzazione e razionalizzazione del collegamento tra rete ospedaliera e servizi distrettuali, utilizzando competenze, iniziativa e funzioni del MMG che è il punto di riferimento per malato e famiglia, e che può fungere da cerniera tra Ospedale e Distretto;
- Potenziamento dei servizi domiciliari, in cui il MMG, tramite la sua conoscenza dei bisogni e delle risorse territoriali, può attivare e coordinare l'intervento di diversi attori, tra cui le risorse solidali (p.e. Caritas locali);
- Maggior coinvolgimento e valorizzazione del Medico di base , tramite la presa in carico, la continuità assistenziale e la responsabilità gestionale delle attività destinate ai pazienti terminali;
- Diffusione e sensibilizzazione, attraverso le attività di formazione, aggiornamento e coinvolgimento continuo degli operatori istituzionali e non del territorio, della cultura delle cure palliative, delle linee-guida e dei protocolli; cultura che non resterebbe più, in tal modo, peculiarità del solo ambito specialistico ospedaliero;
- Valorizzazione e coinvolgimento del volontariato locale, attivato *ad hoc* da parte del Medico di base.

I risultati sopra indicati, come noto, coincidono con gli obiettivi giudicati rilevanti dal programma regionale sopra citato.

Per la gestione, l'integrazione dei servizi e la valutazione degli interventi, verranno utilizzati gli indicatori specificati nell'apposita scheda ASSR e sfruttati gli strumenti informatici per:

- Cartella medica comune tra medici e Centro di ricovero per l'assistenza domiciliare e residenziale;
- Sistema di valutazione multifunzionale dedicato non solo ai bisogni sanitari, ma anche a quelli sociali;
- Un SW che permetta al sanitario e al sociale di comunicare ed integrare le informazioni di rispettiva competenza, al fine di ottimizzare l'assistenza alla persona e alla famiglia.

FORMAZIONE

Il progetto prevede anche la realizzazione di un corso finalizzato a fornire a Medici, Paramedici e Volontariato una formazione specifica ed interdisciplinare per poter assistere in maniera umana e scientifica tutti quei pazienti che si trovano in una situazione di irreversibilità.

Il Corso:

- Potrà avere valore giuridico come Corso di perfezionamento post-universitario;
- Avrà una durata presumibile di mesi sei;
- Adotterà una metodologia didattica articolata in letture, seminari su specifici argomenti, presentazione e discussione di casi clinici e tirocinio pratico;
- Si svolgerà nel territorio.

GESTIONE DELLE ATTIVITA'

La gestione delle attività assistenziali (domiciliari e residenziali) verrà affidata ad una Società mista, costituita dalla ASL (socio di maggioranza), dagli altri soggetti pubblici che condivideranno il progetto e dai privati appropriatamente selezionati mediante bando con evidenza pubblica, secondo quanto previsto dall'articolo 9-bis della Riforma-ter della Sanità, in tema di gestione e sperimentazione di servizi sanitari.

ASPETTI ORGANIZZATIVI

Il programma organizzativo si sviluppa secondo alcune direttrici principali:

- Presa in carico, assicurata dal Medico di famiglia, idoneamente qualificato dall'apposito corso di formazione, il quale, assieme

- al personale paramedico e di assistenza sociale, elabora un programma assistenziale che risponda ai bisogni del paziente;
- Gestione assistenziale prevalentemente infermieristica, in quanto per questa tipologia di pazienti prevale la necessità di un intervento assistenziale, piuttosto che terapeutico;
 - Visione olistica del problema: è la famiglia intera che verrà aiutata nel momento in cui il paziente non potrà più essere curato attivamente, non attendendo ma prevenendo il bisogno.

a) il paziente

Per la eleggibilità del paziente alla presa in carico, devono essere contestualmente presenti i seguenti criteri:

1. Diagnosi di malattia neoplastica in fase terminale, definita:

- Dall'assenza (o esaurimento) dei trattamenti curativi specifici ovvero dall'inopportunità degli stessi;
- Dalla presenza di sintomi invalidanti che comportino una riduzione della performance con indice di Karnofsky minore o uguale a 50;
- Dalla rapida evolutività della malattia con morte imminente (in genere entro tre mesi);

2. Consenso alle cure domiciliari

3. Non autosufficienza, intesa come incapacità ad utilizzare autonomamente le strutture sanitarie per soddisfare le proprie necessità

4. Necessità di trattamenti orientati al miglioramento della qualità di vita ed al controllo dei sintomi.

b) la famiglia

La famiglia viene ad assumere il carattere di secondo *target* del piano assistenziale: ad essa verrà assicurato il supporto materiale, psicologico e spirituale, che renda meno traumatico a tutti i suoi componenti affrontare ed elaborare il dramma umano a cui sono costretti dalla convivenza con la malattia e l'inevitabile evento luttuoso che ne segue.

c) le modalità di accesso

La domanda per l'attivazione del servizio può essere effettuata dal Medico di Medicina Generale, dal Reparto ospedaliero in fase di dimissione, dalla ASL (CAD e/o oncologo), dai servizi sociali territoriali e dai familiari stessi.

Tale domanda, presentata su apposito modulo, sarà esaminata dall'apposita Unità Valutativa di Cure Palliative (UVCP) che risponderà in maniera affermativa o negativa entro 24 ore.

I componenti della UVCP saranno:

- Il Dirigente CAD o suo delegato;
- L'Oncologo;
- L'Infermiere coordinatore;
- L'Operatore Territoriale di Assistenza (OTA) coordinatore;

- Il MMG responsabile del caso o suo sostituto.

I compiti della UVCP saranno:

- Valutare le domande di presa in carico, secondo criteri di priorità consistenti in età (con precedenza ai più giovani), avanzamento della malattia, fattori sociali e territorio di provenienza;
- Elaborare il piano assistenziale tramite la scheda di valutazione multifunzionale;
- Nominare la Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) per ogni singolo caso;
- Esaminare le eventuali variazioni al piano assistenziali proposte dalla UOCP;
- Valutare gli indicatori di processo e di risultato.

d) gli strumenti operativi

Gli strumenti operativi consistono in UOCP, SW di cartella medica computerizzata SW di interconnessione e incontri periodici tra i vari operatori.

L'**UOCP**, individuata caso per caso dalla UVCP, è composta dal MMG responsabile del caso o suo sostituto, dall'Infermiere, dallo Psicologo, dall'OTA, che potranno attivare ulteriori servizi, ove necessario (Medici Specialisti, Volontari, Fisioterapisti, ecc.).

Compito dell'UOCP è la cura attiva, globale e multidisciplinare del paziente terminale, in cui il controllo del dolore e degli altri sintomi, nonché dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume particolare importanza; scopo di tali cure è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie.

I **Softwares**, le cui caratteristiche sono descritte negli *appositi allegati*, sono concepiti per permettere il coordinamento dell'attività dei diversi nodi della rete assistenziale e per garantire flussi informativi con modalità diversificate, concordate e condivise, secondo livelli di accesso variabili in base alla tipologia dell'operatore.

Gli **incontri periodici**, secondo il metodo del *medical audit*, coinvolgeranno tutti i componenti delle varie Unità Operative e avranno lo scopo di elaborare linee – guida interne.

Il loro razionale deriva dalla constatazione che lo stimolo al cambiamento delle modalità organizzative e relazionali e l'affinamento delle capacità cliniche deriva dalla riflessione sulla propria esperienza: questo è il metodo storico di apprendimento di generazioni di MMG.

I risultati della riflessione possono essere incorporati nella pratica individuale in un processo privato o possono essere resi pubblici e discussi al fine di trovare un consenso (linee-guida).

e) le risorse umane

Scopo del presente progetto è, tra l'altro, garantire inizialmente l'assistenza giornaliera fino a un massimo di venti – venticinque malati oncologici terminali, avendo a disposizione sei posti in una struttura residenziale.

Le risorse umane per la sua realizzazione sono in primo luogo i MMG, qualificati dal Corso di Formazione descritto in precedenza o da suoi analoghi, che assumeranno il ruolo di Medici responsabili del caso nei confronti dei propri assistiti arruolati nel programma di assistenza.

La Società che gestirà l'assistenza metterà, inoltre, mettere a disposizione i seguenti operatori:

- Un Medico Specialista Responsabile del sistema di cure palliative, che possieda idonea qualifica;
- Un Medico di Reparto formato in Terapia Palliativa, che assicuri il servizio agli assistiti;
- Sei Infermieri professionali, tra cui uno assumerà le funzioni di Infermiere Coordinatore;
- Quattro Operatori Territoriali di Assistenza, di cui uno assumerà le funzioni di Coordinatore;
- Un Fisioterapista;
- Uno Psicologo;

- Un Assistente sociale;
- Un Assistente spirituale;
- Alcuni Consulenti specialisti.

MODALITA' ASSISTENZIALI

L'assistenza verrà erogata dalla UOCP, che seguirà il paziente sia a domicilio sia durante l'eventuale ricovero nella struttura residenziale.

a) assistenza domiciliare

Di norma i pazienti inseriti nel programma assistenziale vengono seguiti a domicilio e vengono ricoverati presso la struttura residenziale solo al verificarsi delle condizioni elencate successivamente.

L'assistenza domiciliare prevede da due a cinque accessi settimanali da parte del Medico responsabile e da tre a sette accessi settimanali infermieristici, con possibilità di accessi supplementari.

E' altresì garantita la reperibilità medica e infermieristica 24 ore su 24.

b) assistenza residenziale

L'assistenza residenziale viene attivata dalla UOCP, previa comunicazione alla UVCP, quando il paziente si trovi nell'impossibilità di essere assistito al proprio domicilio per uno dei seguenti motivi:

- Ambiente familiare non idoneo (persona sola, familiari non in grado di collaborare, ecc.);
- Particolari condizioni cliniche che richiedano un'assistenza medica e/o infermieristica superiore al numero massimo di accessi previsti dal programma domiciliare;
- Necessità di manovre clinico - terapeutiche non eseguibili a domicilio.

Il ricovero presso la struttura residenziale è di regola temporaneo e cessa al venir meno delle condizioni che lo hanno imposto.

In caso di esubero di richieste rispetto alla disponibilità di posti presso la struttura di ricovero residenziale, è compito della UVCP definire la priorità di accesso.

L'assistenza al paziente ricoverato viene garantita :

- Dal Medico responsabile del caso, che assicura l'applicazione del piano assistenziale tramite accessi periodici alla struttura;
- Da due infermieri per turno;
- Da un Medico di guardia.

c) assistenza specialistica e farmacologica

Le prestazioni di riabilitazione e le prestazioni specialistiche, che comprendono sia le visite Specialistiche sia le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, vengono prescritte dal MMG e vengono assicurate dalla ASL mediante personale in rapporto di lavoro dipendente o convenzionato in conformità alla normativa vigente ovvero tramite altri mezzi che la ASL stessa decida di attivare.

Le prestazioni farmaceutiche sono assicurate con le modalità e nei limiti previsti per la generalità dei cittadini.

17. IL PROGETTO ASSISTENZA DOMICILIARE

L'invecchiamento della popolazione ed il cambiamento radicale del concetto di "stato di salute o di benessere" possono spiegare il fenomeno che si è verificato in Italia negli ultimi anni e relativo all'aumento considerevole della domanda di servizi socio-sanitari da parte della popolazione.

Tra le varie soluzioni alternative che il SSN ritiene utile per allentare la pressione sugli ospedali, l'assistenza domiciliare viene invocata come una risposta assistenziale in grado di garantire servizi efficaci ad un costo minore, sia riducendo la durata della degenza sia evitando le ospedalizzazioni improprie di pazienti con patologie di tipo cronico-degenerativo e che necessitano di cure per un lungo periodo di tempo.

Gli obiettivi del progetto sono la realizzazione di un sistema di cure domiciliari in grado di:

- Favorire la deospedalizzazione,
- Favorire la permanenza della persona ammalata nel proprio ambiente di vita garantendo un'assistenza globale;
- Supportare la persona e la famiglia nella fase avanzata della malattia, utilizzando tutte le potenzialità della persona, della sua famiglia e dell'ambiente circostante.

Il ricorso all'assistenza domiciliare è appropriato quando una persona preferisce restare presso la sua casa, ma necessita di trattamenti che non possono essere assicurati dai familiari e/o conviventi.

L'assistenza domiciliare, quindi, può riguardare:

- Anziani con compromessa capacità fisica che scelgono di vivere una vita indipendente e non istituzionalizzata;
- Persone giovani portatrici di disabilità o patologie acute gravi;
- Bambini con malattie croniche per assicurare la possibilità di ricevere trattamenti medici a volte anche sofisticati nella sicurezza affettiva del proprio ambiente familiare;
- Bambini e adulti negli ultimi giorni della loro vita o dopo una dimissione ospedaliera.

LA SITUAZIONE ITALIANA

In Italia l'assistenza domiciliare viene svolta dalla quasi totalità delle ASL e dei Comuni, talvolta in maniera autonoma tra di loro, a volte in forma coordinata.

Ma, nonostante questa diffusione quasi capillare, l'assistenza domiciliare rappresenta spesso solo una voce quasi marginale nel capitolo di bilancio delle Aziende Sanitarie.

In realtà, sull'assistenza domiciliare si investe ancora poco e, quando si investe, quasi sempre lo si fa in maniera pressoché impropria.

Infatti, solo di recente, e questo progetto ne recepisce immediatamente l'esigenza, l'assistenza domiciliare integrata viene percepita a livello istituzionale come un complemento efficiente (ed a volte, probabilmente, un'efficace alternativa economica) dell'assistenza ospedaliera. Questo anche perché non esiste una tradizione di studi costo-efficacia dell'assistenza domiciliare rispetto alle altre forme di assistenza territoriale o residenziale.

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore di persone portatrici di patologie croniche ed invalidanti è uno degli obiettivi individuati dal Piano Sanitario Nazionale 2001-2003.

Per quanto riguarda malati al termine della vita, lo stesso PSN 2001-2003 individua tra le azioni: *dotare le aziende sanitarie di una rete di assistenza domiciliare e residenziale (...), accessibile e gestita da personale idoneamente formato. Ogni elemento componente della rete deve essere accessibile e raggiungibile da parte dei cittadini e deve essere prevista e favorita ogni possibile forma di collaborazione tra strutture pubbliche e private accreditate ed enti o organizzazioni del volontariato, operanti sul territorio, in particolar modo tra i servizi di medicina primaria e*

le strutture ospedaliere, al fine di garantire una reale continuità assistenziale e terapeutica.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE

“Non esiste una definizione di assistenza domiciliare precisa ed universale, ma essa può avere differenti significati in contesti geografici diversi” (F/T/P SubCommittee on Long Term Care, Canada 1990).

A livello internazionale, e nei Paesi dove l'assistenza domiciliare si è maggiormente sviluppata, esistono attualmente tre diversi modelli di assistenza domiciliare:

- Un modello di ospedalizzazione a domicilio in grado di rispondere a bisogni e necessità di persone che altrimenti entrerebbero e resterebbero in un circuito di risposte assistenziali per acuti (ospedali ecc.);
- Un modello in grado di rispondere a bisogni e necessità di persone con patologie che richiedono periodi prolungati di assistenza e che, altrimenti, verrebbero istituzionalizzati in reparti o strutture di lungodegenza;
- Un modello che, in un ambiente familiare, ha come obiettivo il mantenimento dello stato di salute e la prevenzione di eventuali peggioramenti dello stato fisico e funzionale al fine di ridurre l'eventuale istituzionalizzazione.

In Italia con il termine generico di “assistenza domiciliare” vengono attualmente compresi molti *servizi sia socio-assistenziali che sanitari forniti a casa per le persone non autosufficienti (in fase cronica o terminale di malattia) che necessitano di trattamenti medici, infermieristici, di riabilitazione, sociali e/o di aiuto per lo svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.*

a) L'assistenza domiciliare programmata

Per le persone affette da malattie gravi ed impossibilitate a raggiungere con mezzi normali i luoghi per le cure di cui hanno bisogno (perché non autosufficienti o anche soltanto, ad esempio, perché abitanti ai piani alti di un edificio. In questo tipo di assistenza sono coinvolti: il MMG e, a seconda delle necessità, medici specialisti, infermieri e assistenti sociali.

b) L'assistenza domiciliare integrata (ADI)

L'ADI consiste in un servizio continuativo, in cui diverse figure professionali (medici specialisti, infermieri, fisioterapisti e assistenti sociali, ecc.) sono necessarie a gestire una specifica condizione di malattia nell'ambito di un piano assistenziale che prevede anche il coinvolgimento dei familiari e/o conviventi. L'assistenza domiciliare integrata si distingue da quella semplice

descritta prima in quanto quest'ultima non richiede alcun coordinamento di competenze professionali diverse, anche se queste, quando necessarie, possono essere chiamate in campo.

c) L'ospedalizzazione domiciliare

Vengono garantite tutte le prestazioni normalmente erogate in ospedale. La responsabilità della cura del malato non ricade più sul medico di medicina generale, bensì sulla divisione ospedaliera di riferimento. È ovvio che questo tipo di assistenza richiede, oltre a una particolare disponibilità dei familiari, l'esistenza di sufficienti garanzie sulla possibilità di sostenere i livelli di cura su

standard ospedalieri anche fra le mura domestiche. Le malattie più suscettibili di ospedalizzazione domiciliare sono le malattie cerebrali croniche, i tumori, le ischemie cardiache, le malattie dei vasi sanguigni periferici, le complicanze di stati prolungati di immobilità. Naturalmente, l'ospedalizzazione domiciliare è anche raccomandabile per i malati cronici anziani e ai malati in fase terminale. All'ospedalizzazione domiciliare si può anche ricorrere per anticipare le dimissioni dall'ospedale, evitando o riducendo gli effetti negativi che ogni degenza prolungata comporta.

d) Telesoccorso e teleassistenza

E' attivato da numerose ASL o Enti locali, in genere a favore delle persone anziane. Mentre il '118' è finalizzato all'attivazione di interventi esclusivamente medici, il telesoccorso e la teleassistenza si pongono soprattutto come supporto sociale e psicologico.

LA SITUAZIONE LOCALE NELLA REGIONE LAZIO

Nel mese di maggio 1999 l'Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute ha aderito alle iniziative promosse dal Ministero della Sanità, di concerto con la Presidenza del Consiglio dei Ministri e con la Conferenza Stato-Regioni concernenti il riparto dell'accantonamento del 3% del fondo sanitario nazionale 1998 – parte corrente – per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, a norma dell'art. 1, commi 34 e 34/bis della legge n. 662/1997.

Infatti il Ministero della Sanità nel gennaio 1999 aveva fornito alle Regioni le indicazioni per la predisposizione dei progetti, con la precisazione dei quattro obiettivi prioritari del piano sanitario nazionale 1998-2000 tra cui *il potenziamento dell'assistenza domiciliare.*

Con il potenziamento dell'assistenza domiciliare la Regione intendeva perseguire le seguenti finalità: a) garantire a tutti i cittadini non autosufficienti l'accoglimento della richiesta di

assistenza domiciliare, che consente la permanenza del paziente nel proprio domicilio con conseguente miglioramento della qualità della vita e assicura la tutela socio-sanitaria; b) evitare ricoveri ospedalieri impropri o ridurre la durata dei ricoveri ospedalieri, evitando disagi ai pazienti ed ai loro familiari e riducendo i costi dell'assistenza sanitaria.

Mediante la realizzazione del programma di potenziamento dell'assistenza domiciliare si volevano raggiungere i seguenti obiettivi:

- Incremento degli utenti del servizio, dagli 23.000 alle 28.000 unità;
- Potenziamento delle équipes operative, tramite l'assunzione di personale anche a tempo determinato (l'assunzione di almeno 350-400 operatori, appartenenti alle varie qualifiche professionali, cioè medici, assistenti sociali, infermieri, terapisti della riabilitazione, amministrativi);
- Incremento delle prestazioni domiciliari (da 870.000 a 1.400.000 nell'arco dell'anno considerato);
- Avvio della sperimentazione (nelle tre ASL prescelte) dell'assistenza domiciliare attiva 24 ore su 24.

Per il monitoraggio delle diverse fasi di realizzazione dei progetti aziendali è stato costituito un apposito gruppo di lavoro.

Per la valutazione dei risultati, è stata predisposta una batteria di 22 indicatori per i CAD delle aziende USL, mediante i quali *“dovranno essere misurati i “tassi di variazione semestrali relativi al numero degli utenti, delle prestazioni erogate, delle liste di attesa, dei ricoveri ospedalieri di utenti in assistenza domiciliare e quant’altro”*. Per misurare il livello di gradimento del servizio da parte degli utenti e dei loro familiari è stato predisposto un questionario che avrebbe dovuto essere somministrato a tutti gli utenti di tre CAD, appartenenti rispettivamente ad una ASL romana, ad una ASL della provincia di Roma, ad una ASL di altra provincia del Lazio. Siamo in attesa dei risultati della sperimentazione. Il problema vero è, però, che nessuna delle Aziende Sanitarie del Lazio svolge Assistenza Domiciliare Integrata. Risulta pertanto difficile ipotizzare risultati clamorosi.

ALCUNE CONDIZIONI NECESSARIE

Il PSN 1998-2001 identificava con molta chiarezza le condizioni necessarie per realizzare una ADI corretta:

- Pianificazione organica delle unità d’offerta nel distretto;
- Criteri d’intensità e complessità assistenziale prescelti per l’accesso e la dimissione;
- Valutazione multidimensionale;

- Globalità dei piani di cura (comprendendo anche gli aspetti amministrativi e finanziari), continuità terapeutica degli interventi e collaborazione tra operatori sociali e sanitari;
- Valutazione evolutiva degli esiti;
- Valutazione possibile dei costi delle decisioni e dei risultati;
- Possibilità d'analisi e valutazioni settoriali autonome per Comuni ed ASL che devono inserirle nella rete dei servizi di loro competenza;
- Collaborazione delle famiglie.

Anche se bisogna essere consapevoli della difficoltà operativa per implementare un modello con tutte le caratteristiche richieste, è necessario osservare come tutte queste condizioni, in realtà, rappresentano, più che i punti di forza, gli aspetti critici della situazione in Italia.

La difficoltà da parte delle ASL di realizzare tutte le condizioni sopra descritte rendono difficile a tutt'oggi in Italia stabilire se l'assistenza domiciliare può essere considerata una risposta assistenziale efficiente, rispetto ad altre soluzioni di tipo residenziale.

Quello dell'utilità costo/efficacia dell'assistenza domiciliare è un problema ancora ampiamente dibattuto sia a livello italiano che internazionale e lungi dall'aver trovato delle risposte certe.

Questo progetto di sperimentazione vuole dimostrare l'efficacia e l'efficienza di nuovi modelli.

Esistono attualmente studi che dimostrano l'efficienza dell'assistenza domiciliare rispetto ad altre forme di assistenza di tipo residenziale. E' questo il caso del Canada e di alcuni preliminari studi effettuati in Italia.

Quasi tutti gli studi svolti negli Stati Uniti sembrano invece dimostrare il contrario. Nella maggior parte dei casi la differenza fondamentale tra questi studi sembra essere la tipologia di modello offerto (fortemente integrato quello canadese, molto incentrato sugli aspetti sanitari quello statunitense).

Tutti gli studi hanno ampiamente dimostrato, comunque, che non esiste un modello universale di assistenza domiciliare che possa essere efficace in maniera simile su diverse popolazioni e diversi contesti territoriali e socio-economici. Mentre in Paesi in cui il sistema di cure domiciliari è più avanzato, i tre diversi modelli di assistenza a domicilio (per lungodegenti, per ospedalizzati e per soggetti a rischio di sviluppare patologie) vengono considerati come diversi servizi all'interno di un unico sistema assistenziale, in Italia quello che viene offerto dal territorio è un servizio che tende ad affrontare e risolvere troppe problematiche diverse per essere effettivamente efficace ed economicamente valido. Spesso lo stesso servizio di assistenza domiciliare territoriale (anche se

integrata) assiste malati oncologici al termine della vita e persone non autosufficienti che hanno bisogno della somministrazione quotidiana di insulina. Uniformare sotto un unico servizio tutte queste condizioni può compromettere la validità dell'intero sistema. Si rischia di fornire un servizio insufficiente per chi ha molte necessità assistenziali ed un servizio estremamente costoso in caso di persone che richiedono una bassa intensità assistenziale.

Non si può prescindere da un'analisi del territorio (risorse esistenti, punti di forza e di debolezza) per individuare le criticità su cui intervenire con le cure a domicilio. I diversi modelli di assistenza domiciliare devono essere modulati sulle reali necessità territoriali. Questo, sia per migliorare l'efficacia, ma anche l'economicità del sistema.

La perfetta conoscenza:

- Della popolazione (persone più a rischio di ospedalizzazione, percentuale di popolazione anziana non autosufficiente, presenza di portatori di handicap ecc.);
- Dei servizi (residenziali, di ricovero, diurni) che il territorio offre;
- Della sensibilità e delle professionalità degli operatori nei confronti dell'assistenza domiciliare;

permettono di determinare in maniera efficace quanto investire sui servizi domiciliari.

Purtroppo, quasi sempre le scelte delle ASL debbo tener conto soltanto delle (pur legittime) valutazioni di tipo politico, prescindendo da analisi di questo tipo.

Un efficiente sistema di assistenza domiciliare va costruito territorialmente soprattutto sulla base dell'esistente.

Analizzando la normativa nazionale e regionale ci si rende conto che quasi sempre l'assistenza domiciliare viene invocata come una forma di assistenza che *costa poco* e, quindi, sempre più auspicabile in un sistema politico il cui principale interesse è quello di far quadrare i conti. Contestualmente, soprattutto dal punto di vista tecnico, molte persone anche in Italia ritengono che una delle poche utilità dell'assistenza domiciliare in realtà sia quella di garantire la sopravvivenza al sistema di imprese sociali. Secondo questi ricercatori o operatori sanitari, con l'assistenza domiciliare si spende effettivamente poco, ma per non ottenere nulla oppure si spende molto avendo, al contrario, solo l'illusione di ottenere un risparmio attraverso lo spostamento dei costi su altre risorse (anche informali).

Entrambe queste posizioni individuano elementi giusti e sbagliati.

L'assistenza domiciliare non può essere evidentemente considerata la risoluzione di tutti (o molti) i problemi della sanità italiana.

L'assistenza domiciliare è una risorsa utile, efficace a patto che venga costruita rispettando alcuni criteri fondamentali e, soprattutto che venga modulata, da parte delle ASL, avendo chiaro l'obiettivo che si vuole raggiungere: se lo scopo è la riduzione dell'ospedalizzazione (perché è questa l'esigenza che la ASL sente come prioritaria) il target dovrà essere scelto tra la fascia di popolazione che è stata analizzata essere più soggetta al ricovero improprio; se lo scopo è quello di migliorare la qualità della vita andrà implementato un sistema che vede nel MMG il fulcro dell'assistenza attraverso incentivi e programmi di formazione.

A fronte dell'utilità di regionalizzazione o addirittura di territorializzazione dell'assistenza domiciliare cui si accennava prima, sarebbe oggi necessaria una *normativa nazionale* che detti i criteri generali all'interno dei quali possano muoversi efficacemente le applicazioni operative regionali.

Sarebbero necessarie *linee guida* che orientino il lavoro delle strutture di assistenza domiciliare secondo criteri oggettivi di evidenza scientifica.

Il progetto prevede anche momenti di ricerca in tal senso.

L'assistenza domiciliare non può più (o solo) essere svolta a livello di volontariato ma occorre una regolamentazione e razionalizzazione dei requisiti gestionali e tecnico/organizzativi degli organismi, sia pubblici che privati, che intendono svolgere servizi di assistenza domiciliare.

Dovrà essere garantito alle famiglie il necessario sostegno economico e di servizi per aiutarli a sopportare un peso assistenziale ad un costo maggiore.

E' necessario, inoltre, implementare gli studi costo/efficacia che diano delle evidenze certe sui potenziali vantaggi dell'assistenza domiciliare.

CONTENUTI E SPECIFICITÀ DEL PROGETTO

Sulla base delle precedenti considerazioni, con il presente progetto - da realizzarsi all'interno del territorio della ASL RmD - si intende costruire un modello di assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria con la partecipazione attiva:

- Dei servizi del territorio della ASL;
- Dei servizi sociali dei Municipi coinvolti;
- Delle strutture del privato sociale.
- Dei medici di medicina generale (MMG).

La sperimentazione di questo modello di assistenza domiciliare, anche attraverso uno studio prospettico fornirà alle istituzioni interessate alcuni elementi utili a rispondere alle seguenti questioni:

Un modello di assistenza domiciliare integrata ad alta intensità assistenziale basato:

- **sull’effettiva integrazione tra i servizi sanitari e socio-assistenziali;**
- **sull’adozione di un piano assistenziale personalizzato e;**
- **sulla responsabilità del servizio da parte del MMG, è in grado di:**
 - 1. migliorare la qualità della vita di persone dimesse dall’ospedale e portatrici di condizioni cliniche collegate ad alcune patologie cronico-degenerative e**
 - 2. di contenere la spesa a carico della ASL mediante la diminuzione al ricorso alla istituzionalizzazione.**

FASI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto, nella parte riguardante l'assistenza domiciliare, sarà realizzato in sette fasi che vengono descritte schematicamente di seguito:

FASE	I
AZIONE	<p>Individuazione della popolazione da inserire nella sperimentazione. Screening della popolazione con almeno un ricovero ospedaliero per individuare le condizioni cliniche e socio-economiche che aumentano il rischio di reospedalizzazione.</p> <p>Corte di controllo: popolazione omogenea in un altro distretto con servizi di territorio "convenzionali".</p>
STRUMENTI	Cartella di Valutazione multidimensionale
ATTORI	<ul style="list-style-type: none"> - ASL - Servizi di assistenza domiciliare sanitaria del territorio (CAD) - Servizi di assistenza domiciliare sociale del territorio (servizi sociali) - Medici di medicina generale (MMG) - Privato sociale - Centri di ricerca
RISULTATI ATTESI	Creazione di un data base territoriale di notizie cliniche e socio-economiche.

In questa fase e per i fini di questo progetto si considerano soggetti destinatari di un'attività di assistenza domiciliare integrata i residenti in un distretto della ASL RmD con le seguenti caratteristiche:

età superiore ai 65 anni;

con almeno un ricovero ospedaliero negli ultimi 6 mesi (presenza di una SDO);

medico di medicina generale di riferimento coinvolto nel progetto;

necessità documentate di assistenza domiciliare integrata (grado di autosufficienza; necessità di supporto assistenziale, natura del supporto assistenziale).

Questa fase deve condurre alla identificazione dei soggetti a rischio di istituzionalizzazione o re-istituzionalizzazione e per i quali, quindi, l'assistenza domiciliare integrata può rappresentare la forma più appropriata di assistenza.

La corte di controllo è costituita da un gruppo omogeneo di residenti in un altro distretto con assistenza domiciliare di tipo convenzionale.

Dovrà essere identificato lo strumento di valutazione tra quelli validati in Italia.

FASE	II
AZIONE	Valutazione del costo sociale e sanitario sostenuto per la popolazione di riferimento
STRUMENTI	Bilanci aziendali e degli enti locali
ATTORI	-Servizi amministrativi delle ASL e degli Enti locali -Centri di ricerca specifici
RISULTATI ATTESI	Costo personale dell'assistenza socio-sanitaria per categoria di utente

FASE	III
AZIONE	Individuazione dei servizi territoriali che entrano in gioco nel processo assistenziale
STRUMENTI	Data base enti locali, interviste ad operatori, familiari e malati.
ATTORI	-Operatori formati -Centro di ricerca
RISULTATI ATTESI	Mappatura ragionata e per coefficiente di importanza delle risorse formali ed informali del territorio

Scopo delle fasi II e III è quello di ottenere dei dati attendibili sulla situazione attuale sia dal punto di vista dei costi sostenuti dall'Azienda per la popolazione oggetto dello studio sia da quello delle

risorse formali, istituzionali ed informali che intervengono nel processo assistenziale.

FASE	IV
AZIONE	Individuazione a livello distrettuale dell'UO sperimentale di progetto (figure professionali)
STRUMENTI	Accordi di programma.
ATTORI	ASL, Enti locali, Organismi del privato sociale, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Centri di ricerca
RISULTATI ATTESI	Composizione dell'équipe integrata.

FASE	V
AZIONE	Formazione degli operatori del pubblico e del privato
STRUMENTI	Corso di formazione ed aggiornamento
ATTORI	Medici di medicina generale, infermieri professionali, assistenti sociali, psicologi, assistenti domiciliari e dei servizi tutelati, educatori, terapisti della riabilitazione, analisti, centri di ricerca
RISULTATI ATTESI	Equipe specializzata

Le fasi IV e V sono dedicate alla identificazione ed alla formazione dell'équipe che partecipa al progetto. Andranno identificate delle persone fortemente motivate a lavorare in un progetto innovativo ed in équipe. Il personale , oltre ai MMG coinvolti, dovrà essere assicurato dalla ASL (medici specialisti, infermieri professionali e terapisti), dai Municipi (assistenti sociali), dalle imprese sociali (assistenti domiciliari e dei servizi tutelari, infermieri professionali terapisti – qualora non disponibili dalla ASL -), da Centri di ricerca, ASP – (analisti). La

retribuzione del personale coinvolto dovrà ricadere sui costi del progetto.

FASE	VI
AZIONE	Attivazione del servizio
STRUMENTI	Società mista pubblica – privato
ATTORI	Equipe di ADI
RISULTATI ATTESI	Numero di utenti seguiti in un anno: circa 100

FASE	VII
AZIONE	Analisi dei dati
STRUMENTI	Software specifici
ATTORI	Centro di ricerca, ASP, Università
RISULTATI ATTESI	Pubblicazione dei risultati

Gli indicatori di risultato da analizzare, in entrambi i gruppi di popolazione inseriti nello studio, dovranno essere:

Utenti del servizio

Qualità della vita

Soddisfazione degli utenti

Mortalità

Morbilità

Ospedalizzazione

Istituzionalizzazione

Ricorso al Pronto Soccorso

Numero eventi morbosi acuti

Parenti/conviventi/rete informale

Soddisfazione

Operatori dell'équipe

Soddisfazione

numero ore lavorate

numero accessi eseguiti

tipologia delle prestazioni

Patologie

Rapporto tra SDO e patologia/e prevalente/i

Rapporto tra patologia/e prevalente/i e non autosufficienza

Rapporto tra patologia/e prevalente/i, non autosufficienza e consumo di risorse

Costi

Costo ADI

Costo eventuale ospedalizzazione

Costo eventuale istituzionalizzazione

Costo farmaci

Costo servizi del territorio

Costo familiari

18. IL PROGETTO OSPEDALE DI DISTRETTO

Per Ospedale di Distretto (OdD), in questo contesto, si intende un centro locale socio – sanitario, in cui vengono fornite cure sanitarie accessibili e servizi associati secondo il principio della presa in carico dei problemi della persona, onde soddisfare le necessità di una popolazione locale clinicamente definita.

L'OdD rappresenta uno dei nodi della rete assistenziale di base (in cui deve essere inserito) e fornisce ai MMG, ai PLS e alle ASL la possibilità di offrire ulteriori opzioni assistenziali a livello distrettuale.

Si tratta di una struttura a prevalente assistenza infermieristica ed a bassa intensità di assistenza medica, gestita dai Medici di base, che restano i responsabili clinici e medico - legali del caso, nella quale sono previsti dodici posti letto in camere singole o doppie.

Consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure cliniche e mediche a bassa tecnologia, potendo avvalersi di consulenze specialistiche ed esami di secondo livello da parte di operatori esterni, messi a disposizione dalla ASL o acquistati *in service* dalla Società di gestione.

In esso viene garantita l'assistenza infermieristica ventiquattro ore al giorno e accessi medici programmati da parte del Medico di famiglia, secondo un piano clinico – assistenziale stabilito.

Per quanto riguarda le urgenze, restano come riferimenti la Guardia medica diurna e notturna, organizzata secondo il modello indicato nella premessa.

Oltre al paziente ricoverato, la struttura offre ospitalità anche ad un accompagnatore e si avvale dell'opera degli OTA (Operatori Territoriali di Assistenza) e del volontariato.

L'accesso da parte del paziente a tale struttura viene richiesto dal Medico di base, attraverso la compilazione di una scheda di sintesi in cui sono riportate la storia sanitaria del paziente, il motivo del ricovero, la disponibilità della famiglia a sostenere il paziente durante la permanenza nella struttura e successivamente a domicilio.

Il primo passo per organizzare il piano di cura per chi necessita di tale assistenza consiste nel valutare con appositi strumenti scientifici le reali condizioni del paziente, attraverso un approccio globale, organico e multidimensionale, teso ad esplorare il grado di bisogno sanitario e sociale, nonché la sua compatibilità con un ricovero in OdD.

All'ingresso di ogni nuovo paziente e poi periodicamente, viene effettuata una valutazione multidimensionale standardizzabile e riproducibile delle capacità funzionali e del bisogno di cure; sulla base dei risultati ottenuti viene elaborato il piano di cura personalizzato.

Per quanto concerne i criteri di ammissibilità alle cure in OdD, questi sono definiti in base a quanto contenuto del *Community Hospital Appropriateness Evaluation Protocol* (CHAEP), eventualmente adattato alle esigenze locali.

La gestione del paziente si avvale, come già indicato in premessa, di idonei supporti informatici.

Tutti gli strumenti utilizzati saranno validati dall'Agenzia di Sanità pubblica (ASP) regionale, che avrà anche il compito di elaborare e valutare i dati relativi ai ricoveri, nonché di individuare gli indicatori di processo e di risultato.

Per realizzare una simile struttura, si ritiene di dover coinvolgere le seguenti figure professionali:

- un Medico Specialista responsabile di struttura
- un Medico di base (MMG o PLS), responsabile del caso
- cinque Infermieri, di cui uno con funzioni di caposala
- sei Operatori territoriali di assistenza (OTA)
- un Fisioterapista
- uno Psicologo
- un Assistente sociale

Le prestazioni di riabilitazione e le prestazioni specialistiche, che comprendono sia le visite Specialistiche sia le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, vengono prescritte dal MMG e vengono assicurate dalla ASL mediante personale in rapporto di lavoro dipendente o convenzionato in conformità alla normativa vigente ovvero tramite altri mezzi che la ASL stessa decida di attivare.

Le prestazioni farmaceutiche sono assicurate con le modalità e nei limiti previsti per la generalità dei cittadini.

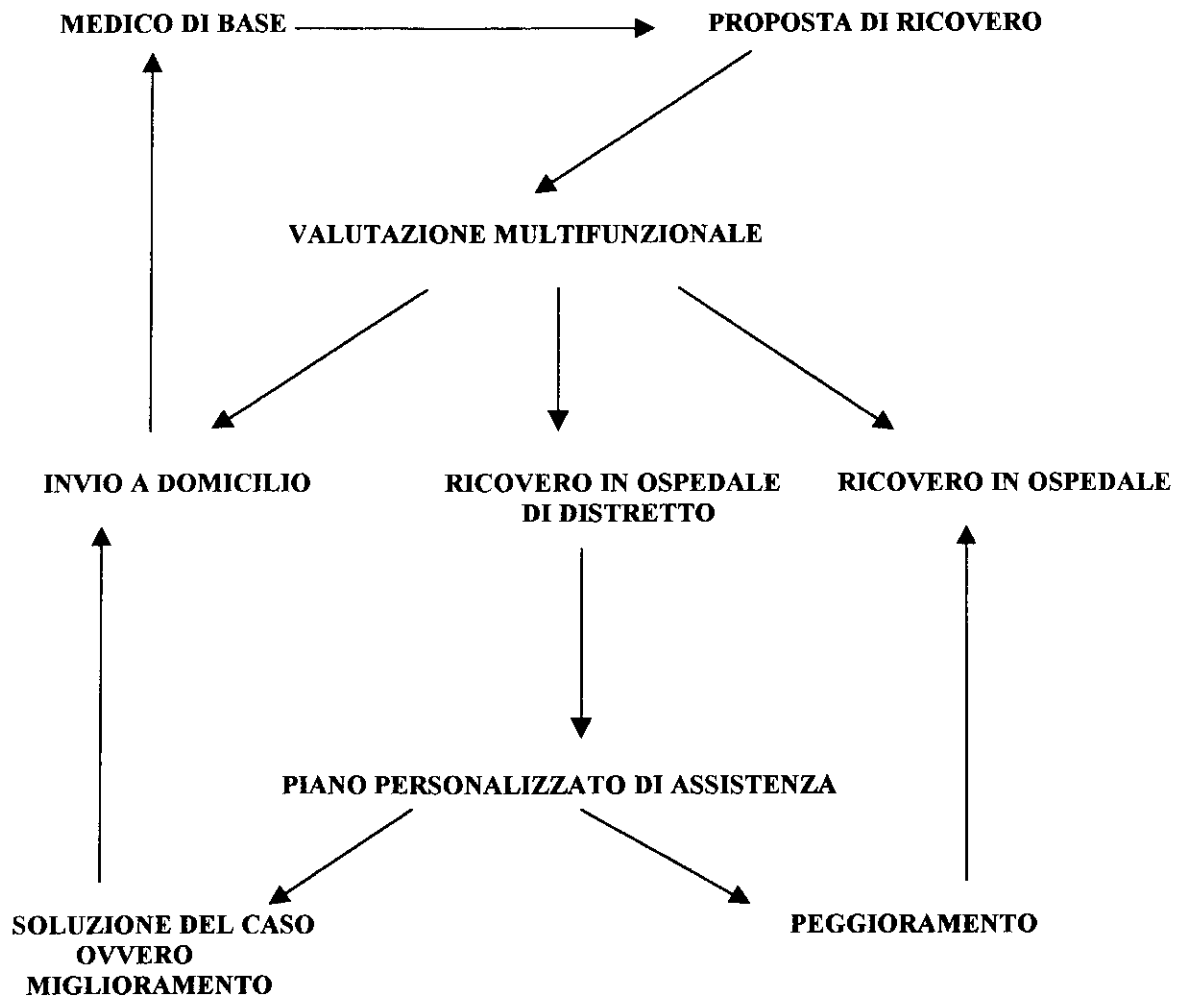
Gli obiettivi dell'istituzione di un OdD possono, infine, essere sintetizzati in:

una migliore allocazione di risorse, risolvendo casi con un costo decisamente inferiore a quello del ricovero ospedaliero

una riduzione dei giorni di ricovero in Ospedale, in quanto diventano praticabili le dimissioni protette e le dimissioni precoci

l'offerta all'utenza di trattamenti diversificati e personalizzati a seconda del tipo e della gravità della patologia

DIAGRAMMA DI FLUSSO



19. IL PROGETTO CENTRO DIURNO

Un Centro di Assistenza Diurna Semiresidenziale (CADS) vuole essere una risposta specifica ai problemi delle persone non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, vale a dire delle persone che per un qualsiasi motivo non sono in grado di accudire alla propria persona e non hanno familiari che possano provvedere a tale necessità.

Il CADS è parte integrata ed integrante del territorio, del quale è una risorsa e dal quale trae a sua volta le risorse necessarie al raggiungimento dei suoi scopi.

L'obiettivo fondamentale di questa struttura consiste in:

- Procrastinare il più possibile l'istituzionalizzazione delle persone non autosufficienti;
- Fornire ai loro familiari un idoneo supporto formativo per poterle assistere meglio.

La struttura è composta da:

- Più ambienti di soggiorno;
- Un ambiente per attività mediche ed infermieristiche;
- Una sufficiente e idonea quantità di servizi;

- Un ambiente per attività riabilitativa;
- Un ambiente per l'attività amministrativa;
- Una cucina con annesso spazio mensa

I servizi offerti sono:

1. Ospitalità dalla mattina alla sera per approssimativamente 10 ore al giorno, con attività di animazione, occupazionale, ricreativa e di integrazione e raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine;
2. In rapporto alle condizioni psico-fisiche dell'ospite
 - Consulenze mediche;
 - Assistenza infermieristica;
 - Assistenza riabilitativa di recupero e mantenimento;
 - Assistenza psicologica;
 - Consulenze e controllo dietologico.

Le figure professionali operanti nel CADS, presenti durante l'intero orario di servizio, sono:

- Un Medico Specialista Responsabile della struttura
- Un Medico di Medicina Generale
- Cinque infermieri
- Sei Operatori Tecnici di Assistenza (OTA)
- Un Fisioterapista (TR)
- Uno Psicologo

- Un Assistente sociale

La proposta di accesso alla struttura viene effettuata dal Medico di Medicina Generale, nel rispetto della volontà del paziente, ovvero da chi ne esercita la tutela o la curatela.

L'accesso è disposto dalla Unità Valutativa Territoriale (UVT) costituita da un'équipe multidisciplinare composta da:

- Un Medico di Medicina Generale (MMG)
- Un Infermiere
- Un Assistente Sociale del Comune di residenza dell'assistito.

Per valutare le condizioni sanitarie, psico-fisiche e sociali delle persone candidate all'accesso in CADS vengono utilizzati strumenti valutativi quali le scale di autonomia (o similari) e le schede di valutazione multifunzionale.

La UVT, oltre a valutare il caso, definisce il piano individuale di intervento, controllando il buon esito del medesimo ed i tempi e modi di dimissione del paziente.

L'assistenza sanitaria ordinaria è garantita dal MMG con accessi periodici, concordati con la UVT e remunerati in base agli accordi sindacali regionali.

Le urgenze vengono assolte dal sistema di Continuità Assistenziale, così come illustrato in premessa.

Le prestazioni di riabilitazione e le prestazioni specialistiche, che comprendono sia le visite Specialistiche sia le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, vengono

prescritte dal MMG e vengono assicurate dalla ASL mediante personale in rapporto di lavoro dipendente o convenzionato in conformità alla normativa vigente ovvero tramite altri mezzi che la ASL stessa decida di attivare.

Le prestazioni farmaceutiche sono assicurate con le modalità e nei limiti previsti per la generalità dei cittadini.

**REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
ROMA D**

**DIRETTORE GENERALE
AVV. MARCO BONAMICO**

**UN PROGETTO PER LA
QUALITA' TOTALE
IN SANITA'**

**PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE
COMUNE DI FIUMICINO**

**HOSPICE
CENTRO DIURNO
OSPEDALE DI DISTRETTO
ASSISTENZA DOMICILIARE**

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
ROMA D

I CONTROLLI DELLA QUALITA'
SANITARIA NEL PROGETTO

INDICE

- **PAG. 1** IL SISTEMA DI QUALITA'
- **PAG. 21** INDICATORI DI QUALITA'
- **PAG. 49** ANALISI DELLE METODOLOGIE -
CERTIFICAZIONE UNI EN ISO 9000
- **PAG. 63** V.R.Q. - M.C.Q.: LA TEORIA DELLA
QUALITY ASSURANCE
- **PAG. 65** IPOTESI DI UNA GRIGLIA DI
PROGETTAZIONE DI UN PROGRAMMA
V.R.Q. - M.C.Q.
- **PAG. 75** L'ACCREDITAMENTO NEI SERVIZI
SANITARI

IL SISTEMA QUALITA'

La questione di definire, misurare, controllare e migliorare la qualità della sanità e dei servizi sanitari annessi è stata affrontata in passato in vari modi. Florence Nightingale, mentre soccorreva i feriti nelle corsie degli ospedali militari, doveva semplicemente far uso del suo intuito e della sua esperienza per valutare gli aspetti positivi e negativi dell'assistenza. Nei nostri tempi invece, le infermiere, in qualità di professioniste qualificate, procedono utilizzando la loro esperienza e le loro competenze per adeguare e aggiornare la loro attività, con lo scopo di riconoscere e soddisfare le necessità dei pazienti.

Negli ultimi dieci anni, i servizi ospedalieri dedicati agli aspetti alberghieri dell'assistenza, a seguito dell'offerta in regime di libera concorrenza di queste prestazioni, le hanno meglio qualificate, indicando gli standard qualitativi voluti e i costi medi operativi. Analogamente, il problema di come poter rendere gli standard qualitativi più espliciti e operativi, quantificabili e adattabili alle necessità dei pazienti è stato variamente affrontato. Il recente passaggio a legge del *Working for Patients* (Lavorare per i pazienti) e del *Caring for People* (Assistenza alla popolazione) definisce procedure che introdurranno le forze di mercato e la contrattazione quali strumenti per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e dei servizi connessi. Nell'arco dei prossimi due o tre anni, le indicazioni contenute in questi atti legislativi consentiranno di assimilare l'NHS (Servizio Sanitario Nazionale inglese) alle compagnie private del settore, le quali si sono concentrate sulla qualificazione come elemento fondamentale per lo sviluppo e il raggiungimento degli obiettivi prefissati, applicando le verifiche di qualità in ogni aspetto delle loro attività. Oggi, la qualità è ai vertici degli interessi nello sviluppo delle attività commerciali e nella prestazione dell'assistenza sanitaria in Inghilterra.

La gestione generale dell'assistenza sanitaria, introdotta per mezzo delle Raccomandazioni di Griffiths (1983), imponeva l'attuazione degli standard qualitativi e le procedure di revisione dei risultati operativi fra gli impegni di tutti i Direttori Generali, a livello sia regionale sia di distretto sia di unità operativa. Si riteneva che la valutazione e l'apprezzamento a livello individuale delle prestazioni assistenziali fosse il tramite per la successiva applicazione della *verifica di qualità* nei servizi, sia di emergenza sia di terapia elettiva. Un considerevole sforzo è stato prodotto in molti servizi dislocati in tutto il Paese per definire standard scritti dei livelli di assistenza e di servizio, allo scopo di fornire prestazioni ancora più aderenti alle esigenze della popolazione.

Con il beneficio delle valutazioni svolte a posteriori, due critiche, proposte con intento costruttivo, possono essere sviluppate rispetto ai lavori di analisi di qualità attuati negli anni '80:

1. Spesso la verifica di qualità è stata *delegata* dai direttori generali ai responsabili dello staff operativo, incaricati essi stessi della verifica di qualità. Questi soggetti, di alta competenza pratica, generalmente di formazione infermieristica, hanno però in molti casi seguito l'applicazione delle metodiche di verifica senza aver avuto un precedente specifico addestramento. Essi hanno dunque tentato di gestire l'attuazione dei processi di verifica di qualità *sulla fiducia dei* loro direttori. Per quanto queste procedure possano in molti casi essere state coronate da successo, esse devono invece restare sotto la *diretta responsabilità* dei direttori generali.
2. La gestione e la verifica di qualità non erano esplicitamente percepite come un processo che coinvolgeva anche aspetti *culturali*. Alcuni gruppi di lavoro erano in certa misura coinvolti nell'attuazione delle procedure di miglioramento qualitativo. Nel suo complesso però, il procedimento di controllo e verifica dell'assistenza e dei servizi, operato con regolare cadenza a vantaggio dei pazienti e degli operatori sanitari, non era percepito come una strategia globale dell'unità operativa. Non era cioè riconosciuto come un'*azione effettuabile* dai responsabili ma che doveva poi coinvolgere *tutti* gli operatori sanitari. In una sola parola, la gestione di qualità non era *totale*.

La legislazione del 1990 faciliterà lo sviluppo della contrattazione diretta fra le *unità che erogano i servizi* (appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale inglese o unità direttamente gestite). Tali unità dovranno soddisfare i livelli qualitativi stabiliti nei contratti con le *agenzie commissionarie dei*

servizi richiesti (Commissioning Agencies/DHA, FSHA). La capacità dei committenti di ottenere un reale corrispettivo in servizi rispetto alle somme stanziare, la possibilità dei fornitori d'opera di *guidare il mercato locale* prestando i migliori livelli qualitativi di assistenza e la generale capacità del pubblico di riconoscere e richiedere la più efficace ed organizzata assistenza sanitaria, diventeranno progressivamente l'aspetto fondamentale (insieme alla quantità dei servizi erogati e ai costi di gestione) dello sviluppo dell'NHS degli anni '90.

Nella maggior parte degli ospedali e dei servizi per comunità, i direttori riconoscono che il livello qualitativo delle prestazioni fornite è una questione *vitale*, ma che è difficile poterla gestire dal vertice. Questo fatto contrasta con i risultati favorevoli ottenuti nel campo dell'industria privata. In una recente indagine ODI, il 76% dei top manager dell'industria ha affermato di intervenire direttamente nei processi di miglioramento qualitativo delle organizzazioni dipendenti, mentre solo il 38% dei dirigenti dell'NHS contribuisce personalmente a queste procedure (Keyser, 1989). Attualmente, i manager dell'NHS sono ben consci della necessità di migliorare la qualità dei servizi, ma ammettono che il problema essenziale è quello di tradurre in pratica questo obiettivo, specialmente nell'attuale periodo di cambiamenti generali.

L'esperienza maturata nell'industria privata di tutto il mondo dimostra che in presenza di sforzi individuali per la verifica di qualità, di definizioni dei livelli qualitativi all'interno dei dipartimenti, e di corretta assistenza ai clienti si ottengono complessivamente risultati soddisfacenti e importanti miglioramenti. Le compagnie di maggior successo sono quelle in cui l'organizzazione, grande o piccola che sia, è principalmente rivolta a sviluppare la qualità totale.

LA QUALITÀ TOTALE DEL MANAGEMENT

Errori (qualunque ne sia la definizione), pratiche e servizi inadeguati, incoerenze ed inefficienze nelle prestazioni sono comunque costituenti di un'attività vivace e in crescita. Esse ne sono anche il flagello, in quanto sono in grado di creare e moltiplicare errori ed inefficienze in altre parti della struttura, con effetti a catena. Di conseguenza, molte persone sono impegnate a identificare tali errori, a correggerli o a *limitarne l'effetto*, magari fornendo le proprie scuse a singoli utenti. Per quanto queste attività siano lodevoli, quando l'errore si è già verificato, le attività di recupero lasciano

sostanzialmente invariato il livello qualitativo complessivo delle prestazioni.

Circa il 30-40% degli sforzi nelle attività commerciali nel Regno Unito è indirizzato, e verosimilmente in buona parte perso, nel riconoscimento degli errori e nella loro risoluzione. L'alternativa è costituita dall'assicurare che il lavoro sia eseguito correttamente sin dall'inizio e proceda adeguatamente: ciò fornisce vantaggi in ogni campo in termini di maggiore uniformità qualitativa del prodotto, maggiore efficienza e minori costi, migliore reputazione sul mercato e, infine, maggior motivazione e miglior morale della forza lavoro.

La Qualità Totale del Management (TQM) è un modo per gestire i processi che assicurano un'applicazione diffusa dei livelli qualitativi in ogni campo dell'organizzazione lavorativa per migliorarne l'efficacia e la competitività, nonché la capacità di adattarsi con flessibilità a nuove condizioni. In tutto il mondo la TQM è stata applicata sia alle industrie manifatturiere che a quelle dei servizi, mentre viene ora gradualmente introdotta anche nei maggiori servizi pubblici del Regno Unito. Essa coinvolge ogni aspetto della produzione, per riorganizzarla e renderla sensibile ai problemi della qualità. Questo deve avvenire in ogni dipartimento, in ogni attività, ad ogni livello, coinvolgendo ogni soggetto operativo. La gestione della qualità, come un buon avviso pubblicitario, deve raggiungere ogni componente dell'organizzazione!

In termini di affari, nelle varie epoche si sono verificate delle vere rivoluzioni: per esempio, la Rivoluzione Industriale (IX secolo) o quella dei computer (anni '70-'80). Noi siamo oggi al centro della Rivoluzione della Qualità, poiché in molti campi di affari vi è una rilevante tendenza ad identificare e migliorare gli aspetti qualitativi dei prodotti e servizi che vengono forniti. Il miglioramento continuo della qualità e il contenimento dei costi sono aspetti essenziali per il successo di ogni attività economica.

La qualità totale del management (TQM) stimola ogni organizzazione ad attuare procedimenti attivi di miglioramento, come indicato nella Tab. 1. Sia il settore privato sia quello pubblico devono affrontare sempre più attentamente le problematiche attinenti alla qualità, in relazione alla competizione ed alla conquista del mercato. Nel campo della sanità, la questione del passaggio dei pazienti fuori dalle aree di attività delle Unità, Distretti o Regioni dell'NHS è una delle più importanti per verificare gli aspetti qualitativi dei servizi offerti. Gli utenti ritengono di maggiore importanza la qualità dei servizi piuttosto che la fedeltà agli enti che forniscono presta-

zioni assistenziali su base locale. Prezzi delle prestazioni e accessibilità geografica sono rilevanti ma non sono i determinanti maggiori delle scelte degli utenti. Questi hanno oggidi più possibilità di scelta e maggiori aspettative. La TQM supporta metodologicamente le organizzazioni nell'affrontare le problematiche dei molteplici aspetti della qualità dei servizi offerti e aiuta a mantenere i contatti con gli utenti, a riconoscere le opinioni e le richieste per l'assistenza sanitaria nel Regno Unito.

Tabella 1 Processi di qualità totale del management.

- Incentrare l'attenzione sui fabbisogni e le attese del mercato e dei consumatori.
- Ottenere i livelli massimi di qualità in tutte le aree di attività (servizi alla produzione e procedimenti interni).
- Installare e gestire le procedure, siano esse semplici o complesse, necessarie per ottenere i massimi livelli qualitativi.
- Esaminare criticamente e con continuità i procedimenti, per ridurre o rimuovere le attività non produttive, le inefficienze e gli sprechi.
- Sviluppare e controllare le attività di misurazione delle prestazioni, definire gli standard operativi rispetto ai quali le prestazioni vengono commisurate e specificare i miglioramenti attesi.
- Predisporre e sviluppare un'effettiva strategia della comunicazione.
- Sviluppare una procedura di gruppo non gerarchica per affrontare i problemi, definendo le responsabilizzazioni per i cambiamenti operativi.
- Sviluppare procedure adeguate per la comunicazione diretta e la verifica retroattiva con lo staff operativo a ogni livello di attività.
- Verificare continuamente i procedimenti sopraindicati per implementare una cultura del miglioramento qualitativo continuo.

I concetti di TQM sono molto semplici e basati sul buon senso. Qualsiasi organizzazione produttiva necessita di applicare procedure per verificare la qualità del prodotto fornito e la sua richiesta da parte del mercato. Queste metodologie sono complementari e *dovrebbero* costituire un impegno senza compromessi per la qualità e il suo miglioramento continuo.

In una recente pubblicazione del Dipartimento del Commercio e dell'Industria (1989), John Oakland ha definito figurativamente la TQM.

Ciò assicura l'applicazione di un management impegnato nello sviluppo della qualità e di una cultura stessa della qualità; fornisce inoltre sistemi di qualità che hanno alle spalle tecniche di controllo e di miglioramento della qualità stessa. Infine, e ancor più significativamente, sfrutta le risorse del gruppo per impegnarlo nell'affrontare creativamente la soluzione di qualsiasi problema.

Questi aspetti sono spesso applicati separatamente e costituiscono nelle aziende il *suggerimento del mese*. Purtroppo, la vera TQM costituisce un approccio sistematico al lancio del miglioramento della qualità.

La TQM consente, o almeno dovrebbe consentire, a un ospedale, a un'unità operativa o a una fondazione di migliorare le proprie capacità di soddisfare le richieste dei pazienti, per mezzo di un'impostazione corretta del controllo, della revisione e del miglioramento della qualità dell'assistenza e del servizio offerto da *tutto* lo staff ad *ogni* livello.

Gli aspetti chiave di questo approccio sono:

1. L'impegno di tutti nel miglioramento della qualità.

Si tratta di sviluppare una cultura della ricerca continua del miglioramento e del ricambio sano e positivo.

Occorre introdurre una cultura della qualità diffusa a *tutta* l'impresa, in cui il motto *farlo bene, sin dalla prima volta* sia attuato spontaneamente.

2. La soddisfazione e anzi l'andar oltre alle richieste degli utenti.

Occorre riconoscere ciò che i pazienti/i clienti desiderano e incrementare la capacità dei servizi sanitari di soddisfare le loro richieste.

Occorre andare oltre nel soddisfare le richieste di disponibilità, distribuzione, affidabilità, manutenzione e nel migliorare il rapporto costo/beneficio.

3. Riconoscere le richieste del cliente interno.

Occorre soddisfare i fornitori ed i clienti interni.

Occorre identificare la catena interna della qualità e prevenire le *inter-ruzioni* di questa sequenza.

4. Mantenere la qualità del *servizio* e l'adesione al *progetto*.

Occorre stabilire, mantenere e rivalutare gli standard fondamentali di qualità di *tutti* i servizi.

Occorre verificare che gli standard siano chiari e misurabili.

Occorre assicurare l'adesione di ogni dipendente agli standard programmati e all'identificazione e alla correzione dei casi in cui ciò non è ottenuto.

Occorre verificare che le richieste dell'utente siano il fattore determinante nella definizione degli standard.

Occorre riconoscere quali sono i costi della mancata accettazione e adesione agli standard prestabiliti.

5. Assicurare il processo, attraverso il servizio prestato, delle funzioni di qualità.

Occorre incoraggiare il personale di ogni livello a identificare e migliorare la qualità.

Occorre promuovere, ai fini del miglioramento qualitativo, l'associazione fra i clienti e i fornitori, interni ed esterni.

Occorre incoraggiare il possesso del patrimonio di pianificazione, gestione e revisione degli standard e sistemi di qualità.

Infine, occorre incoraggiare la motivazione e il buon senso del personale per migliorare il servizio.

TQM nella sanità significa:

- Anteporre il paziente agli operatori sanitari.
- Essere pienamente coscienti delle necessità e delle attese dei pazienti.
- Soddisfare le richieste di ogni paziente sin dal primo incontro.
- Riconoscere i costi e i danni del servizio di cattiva qualità.
- Sostenere e incoraggiare ogni membro dello staff, in ogni ospedale.
- Incoraggiare la fedeltà del personale alla propria divisione e corsia, al proprio ospedale, unità, distretto o fondazione per l'assistenza.
- Incoraggiare l'entusiasmo, la conoscenza e l'approfondimento, l'abilità professionale del personale per sostenerlo nel fornire servizi assistenziali di qualità superiore, con miglior rapporto costo/beneficio.
- Incoraggiare la professionalità e la competenza in tutto il personale.

Questi aspetti possono essere combinati con il modello strategico complessivo (Fig. 2).

Talvolta si possono verificare equivoci e confusione in molti distretti dei servizi sanitari a proposito di comprensione, fedeltà ed integrazione delle seguenti principali iniziative:

1. Gestione generale
2. Pianificazione commerciale
3. Gestione delle risorse
4. Gestione della qualità totale

Pur correndo il rischio di essere ipersemplicatori, molti manager sia all'interno che all'esterno dei servizi ritengono che queste iniziative siano complementari se non addirittura coincidenti, in quanto sono tutte rappresentative di una *buona gestione*. Inevitabilmente, ciascuna di esse pone la propria enfasi e ha elementi caratterizzanti in termini di: (1) responsabilità personale; (2) ricerca di mercato e previsione finanziaria; (3) tecnologia

dell'informazione e coinvolgimento clinico; (4) rispondenza alle necessità dell'utente e relativa verifica.

Figura 1 Aspetti fondamentali della TQM nell'assistenza sanitaria.

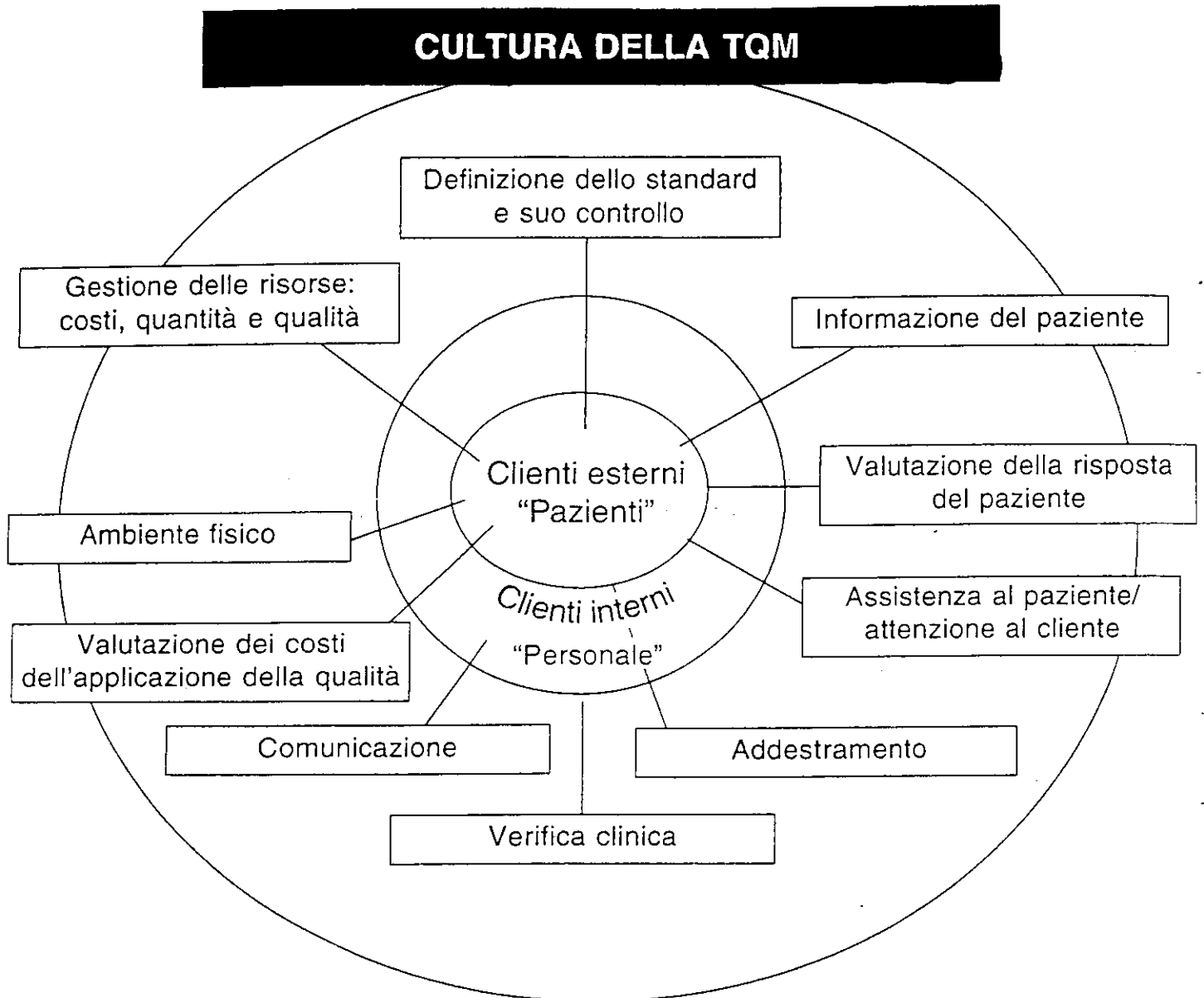
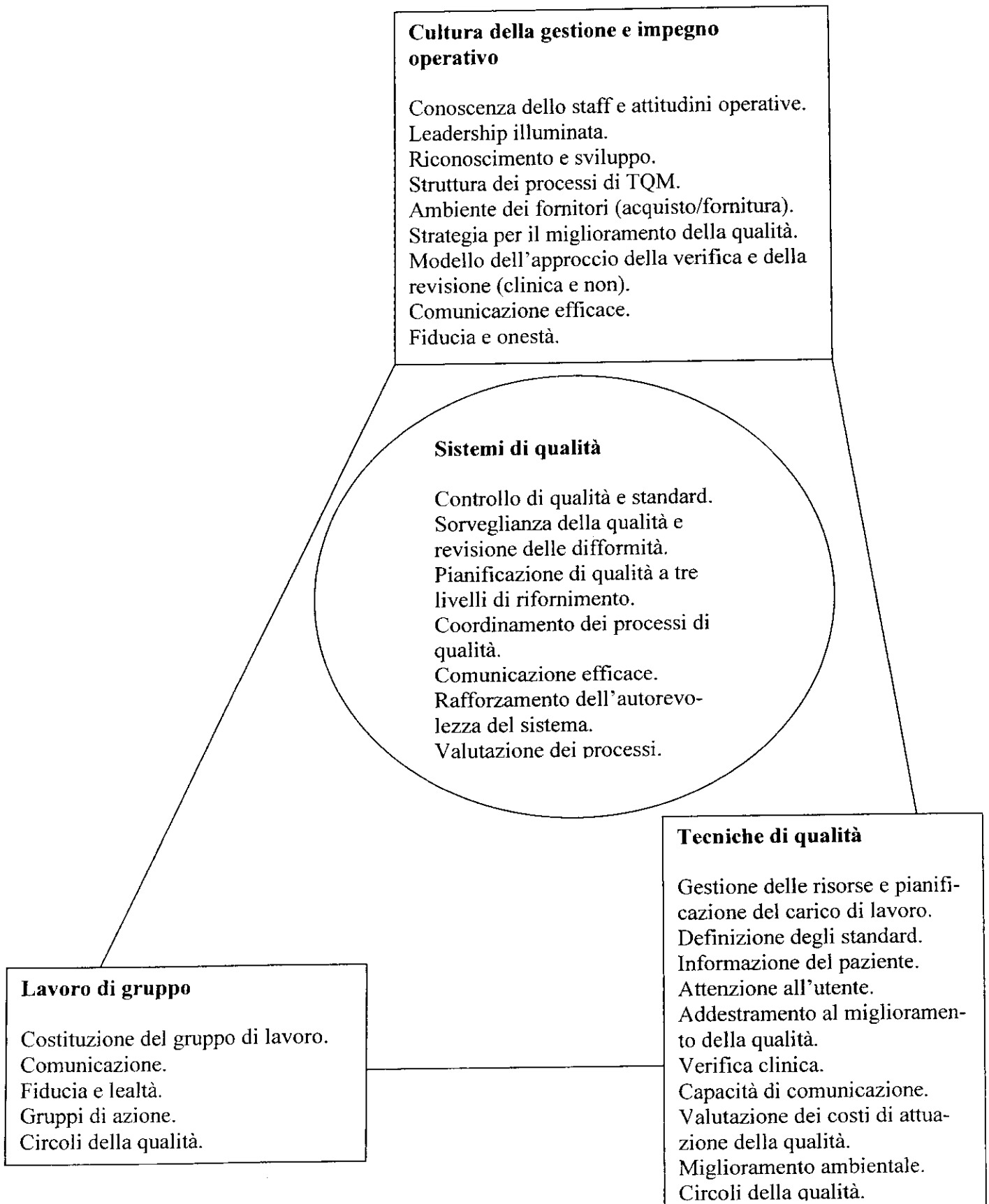


Figura 2 Modello della strategia della TQM.



Cionondimeno, tutte queste iniziative coinvolgono la proprietà nel fornire servizi di alta qualità, nei limiti di quanto sia attuabile relativamente alle risorse disponibili, al carico di lavoro e prodotto. L'assistenza sanitaria degli anni '90 deve meritare di essere oggetto di proposte di acquisto. Come è già stato descritto, la questione della qualità è di fondamentale importanza perché:

Il successo degli ospedali è facilitato se la qualità è realmente considerata con serietà.

Con l'aumentare delle possibilità di scelta degli acquirenti ed il loro maggior potere d'acquisto, i servizi ospedalieri e territoriali di alta qualità, gestiti senza dispersioni economiche, potranno attirare i maggiori flussi di pazienti, sviandoli dai servizi che offrono una minor qualità delle prestazioni. Nel futuro ormai prossimo, livelli diversi di qualità dell'assistenza potranno risolversi in differenti livelli di finanziamento delle strutture che erogano i servizi stessi e in diversi livelli di redditività del capitale investito.

Le aspettative di qualità degli utenti si stanno rafforzando.

Uno stimolo fondamentale al miglioramento qualitativo delle attività all'interno del Servizio Sanitario Nazionale è costituito dalla maggiore consapevolezza da parte del pubblico di quanto il livello dell'assistenza possa variare e quali ne siano le motivazioni. Il grado di accettabilità delle prestazioni sta ormai diventando un aspetto fondamentale. Il pubblico si attende che i servizi pagati con il proprio denaro siano ben identificabili, di buon gradimento e con livelli di standard crescenti.

Poiché si va sviluppando una concentrazione di interesse degli acquirenti verso i fornitori di prestazioni qualitativamente superiori, con una relazione sempre più stretta fra utenti e produttori, il processo di formazione dei contratti di prestazione dei servizi stimolerà sempre di più i fornitori stessi a riconoscere gli aspetti qualitativi e i costi, e a quantificare i miglioramenti intercorsi, per mantenere e accrescere le quote di *mercato* e pianificare gli incrementi dei servizi.

Vantaggi economici del fornire qualità.

Tutti i professionisti nel campo dell'assistenza sanitaria sono ben consci di quanto la cattiva qualità dei servizi negli ospedali e nella sanità di base possa essere economicamente svantaggiosa. *Mettere le cose al posto giusto* costa tempo, lavoro e impegno di risorse sia in termini di denaro che di redditività. Questi *costi* sono usualmente poco evidenti e

perciò dimenticati o ignorati. Saperli identificare, rivalutando il problema, può liberare e rendere utilizzabili nuove risorse per ulteriori investimenti.

La gestione della qualità nel campo della sanità non è una questione nuova! Sin dalla fondazione dell'NHS, forse anche da prima, le persone impegnate nell'assistenza ospedaliera e sul territorio agirono attivamente per fornire una buona assistenza e servizi qualificati. La TQM oggi assicura che questi sforzi siano ben indirizzati, coordinati e si possano applicare a *tutti* gli aspetti dei servizi offerti dall'assistenza sanitaria che compongono l'NHS. La *qualità* migliorerà ulteriormente se verrà *gestita e applicata in un'ottica complessiva*.

VERIFICA DI QUALITÀ E TQM. SVILUPPI NEGLI ANNI '80 E '90

Grazie all'impegno di molte organizzazioni in ogni parte del mondo, gli anni '80 hanno registrato una crescita senza precedenti dei livelli di attenzione riposta sugli aspetti della qualità e i relativi procedimenti di attuazione. Per molti utenti e fornitori di servizi, la *qualità* costituisce un aspetto di importanza non inferiore al costo. Questo cambiamento di tendenza ha rapidamente preso piede in ogni sorta di attività. L'aumento di vendite che negli anni '80 ottennero i costruttori automobilistici giapponesi, a seguito della loro aumentata attenzione ai dettagli e agli aspetti qualitativi della loro produzione, permise loro di ottenere un incremento delle quote di penetrazione nel mercato occidentale. Questo esempio costituisce la prova del successo di queste tendenze. Analoghi sviluppi si verificarono nel mondo dell'elettronica, delle telecomunicazioni, dell'industria chimica e dei servizi, inclusi gli hotel, le compagnie aeree, il mondo bancario; passi cauti in questa direzione si ebbero anche nel mondo della sanità, nei servizi sociali e nelle forze di polizia. Gran parte dell'iniziale stimolo al miglioramento della qualità venne dalle stesse forze di mercato e dallo stato di necessità. Questa situazione venne accentuata dalla comprensione di quanto i progressi qualitativi potessero essere fruttuosi in termini di minori costi e di più efficiente utilizzo delle risorse sia umane che materiali, come equipaggiamenti, terreni, costruzioni e rifornimenti. Lo sviluppo di nuove aree di mercato così come le tendenze dei costi, secondo quanto osservato da Feigenbaum (1989), condurranno nel pros-

simo decennio a un'attiva competizione in termini di qualità del prodotto in ogni campo dell'industria e dei servizi. Secondo i maggiori leader commerciali, vi è una grande variabilità nella predisposizione delle organizzazioni ad affrontare le prove costituite dal mercato e dalla crescita dei costi negli anni '90. La comprensione dell'aspetto qualitativo è importante e *relativamente* facile da acquisire. Viceversa, l'attuazione dei processi qualitativi con una cosciente e informata applicazione dei procedimenti migliorativi in ogni organizzazione è lenta e difficoltosa, e nella maggior parte dei casi è stata iniziata solo da poco tempo. Probabilmente i fornitori e gli utenti dell'assistenza sanitaria trarranno vantaggi dall'apprendere come i processi qualitativi sono stati introdotti nei campi extra-sanitari negli anni '80 e all'inizio degli anni '90.

STRUMENTI DI VERIFICA PER LA TQM

I strumento di verifica

L'esempio che segue costituisce il miglioramento di un'idea preliminare per la valutazione dei costi della qualità, mentre ogni ospedale o servizio territoriale sta attualmente sviluppando un servizio di qualità totale.

L'esempio è costituito da un colloquio strutturato che si indirizza a 8 principali aree di gestione dell'assistenza sanitaria:

1. Fornitura dei servizi
2. Sviluppo dei servizi
3. Controllo economico e della forza lavoro
4. Produzione delle entrate economiche, risorse da distribuire
5. Sviluppo organizzativo
6. Relazioni interne ed esterne
7. Gestione patrimoniale
8. Gestione delle risorse umane

La verifica non interessa solo lo stato contingente delle otto attività sopra riportate, ma anche il grado in cui i sistemi sono attivi nel **controllare** e **migliorare** la qualità di queste funzioni manageriali.

Ogni funzione è esaminata a turno. Si tratta di un'elencazione non esaustiva, ma che comprende tutti i campi coperti dal programma di TQM (Fig. 2) ed include tutte le principali aree strategiche della TQM: la gestione culturale, gli standard di qualità, le relazioni con la clientela, i rapporti interni al personale e l'addestramento per la qualità.

1. Indicatori di prestazione dei servizi

	Controlli (esempi)	Miglioramenti (esempi)
1. <i>Accessibilità</i>		
a. Tempi di attesa per cure ambulatoriali, secondo la specialità	n. di settimane	Riduzione a 10-13 settimane
b. Tempi di attesa per cure in regime di ricovero, secondo la specialità	n. di mesi	Riduzione a 12 mesi
c. Tempi di attesa dopo l'appuntamento nelle attività di clinica	n. di minuti	Riduzione a 30 minuti
d. Tempo trascorso con il Medico al primo appuntamento di visita	n. di minuti	Riduzione al tempo minimo Indispensabile
2. <i>Efficacia</i>		
a. Livelli standard per tutti i servizi	1. livelli standard definiti per iscritto e quantificabili 2. controllo con l'uso di dati numerici 3. controllo e revisione dei miglioramenti in luogo Costituzione di meeting	Inclusione di tutti i servizi Pianificazione dell'uso di un Data base
b. Presenza delle procedure di verifica clinica in tutte le specialità mediche, infermieristiche e nelle attività professionali correlate		Pianificazione della preparazione di relazioni per UMG, DMG, Comitati distrettuali di verifica medico-clinica
c. Tassi d'infezioni		
d. Frequenza d'insorgenza di piaghe da decubito		
3. <i>Accettabilità</i>		
a. Frequenza dei reclami		
b. Attenzione alle richieste dell'utente		
1. Emigrazione sanitaria (a livello distrettuale e regionale)		
4. <i>Efficienza</i>		
1. Durata della residenza		

Esempi di **indicatori** di altre aree gestionali dell'assistenza sanitaria:

2. *Sviluppo del servizio*

1. Strategia del servizio per
 - a. Le emergenze
 - b. I servizi con priorità

- c. I servizi territoriali
- 2. Possesso e comprensione della strategia
- 3. Livelli di coinvolgimento

3. *Controllo finanziario e della manodopera*

- 1. Chiarezza della struttura organizzativa gestionale
- 2. Livello d'informazione sui programmi finanziari e sulla manodopera: tipo, frequenza, destinazione
- 3. Livello di spesa
- 4. Grado di discrepanza fra reputazione e istituto
- 5. Tassi di stato di malattia e di assenteismo
- 6. Implicazioni economiche dell'utilizzo delle risorse e scarsa qualità
- 7. Decentramento dei servizi di ragioneria
- 8. Grado d'identificazione dei risparmi dovuti alla maggior efficienza

4. *Produzione di reddito e risorse da destinare*

- 1. Consapevolezza dei costi della qualità
 - a. Costi dei fallimenti interni
 - b. Costi dei fallimenti esterni
 - c. Costi della valutazione
 - d. Costi della prevenzione
- 2. Produzione corrente di reddito (annuale)
- 3. Risultati di miglioramento

5. *Sviluppo organizzativo*

- 1. Presenza di una chiara struttura manageriale
- 2. Scopi, valori e obiettivi a livello di:
 - a. Unità operativa
 - b. Ospedale
 - c. Dipartimento
- 3. Possesso ed impiego per i punti 2 a. b. e c.
- 4. Applicazione della revisione individuale delle prestazioni
- 5. Presenza e coesione dei gruppi di lavoro
- 6. Coinvolgimento dei clinici e dei direttori di corsia nella gestione delle risorse
- 7. Pianificazione dell'unità operativa per la TQM, la proprietà e le scadenze temporali
- 8. Delega delle responsabilità per la verifica di qualità e la TQM

9. Integrazione di funzioni diverse
10. Applicazione dei sistemi di TQM

6. *Relazioni interne ed esterne*

1. Comunicazioni con gli utenti esterni (pazienti)
 - a. Informazione al paziente
 - b. Sensibilità alle richieste del paziente
 - c. Reclami
 - d. Gruppi di utilizzatori
2. Comunicazioni con gli utenti interni (personale)
 - a. Tecniche di comunicazione (riunioni di gruppo, lettere interne, incontri aperti)
 - b. Sensibilità alle richieste del personale e analisi della comunicazione utente-fornitore dei servizi
3. Comunicazione con i responsabili amministrativi superiori e con le autorità
4. Comunicazioni con le agenzie esterne

7. *Gestione della proprietà*

1. Indicatori di conservazione dei livelli di qualità
2. Indicatori dei sistemi di gestione del lavoro
3. Utilizzazione degli spazi
4. Utilizzazione dei terreni

8. *Gestione delle risorse umane*

1. Chiara dichiarazione dello stato, dei valori e degli obiettivi
2. Appropriazione del punto 1 da parte dello staff
3. Relazioni industriali e procedure di Salute & Sicurezza
4. Procedure di assunzione trasparenti
5. Procedure IPR a livello di corsia
6. Tassi di rotazione del personale e tassi di assenteismo
7. Addestramento e aggiornamento
 - a. Generale
 - b. TQM
 - c. Assistenza all'utente
8. Politiche di assunzione e di mantenimento in servizio
9. Incentivi e remunerazioni allo staff
10. Conseguenze per il personale dei livelli qualitativi elevati o bassi

11. Agevolazioni per il personale

Il strumento di verifica

Un modello alternativo è il questionario contenente molte affermazioni relative agli aspetti del servizio e ai suoi valori ritenuti cruciali nello sviluppo della TQM.

Le aree interessate comprendono:

Aree	Dichiarazioni tipiche
1. Obiettivo e valori di base	a. io conosco ciò che l'unità sta cercando di fare b. io so che vi è un piano di lavoro dell'unità c. il valore di questa unità è il valore del suo staff
2. Soddisfazione le necessità della clientela	a. questa unità ha ben chiaro che cosa il paziente richiede dal personale b. il personale è coscio di ciò che i pazienti vogliono
3. Comunicazioni	a. l'informazione circola all'interno dell'unità rapidamente e accuratamente b. i responsabili richiedono regolarmente le mie opinioni
4. Gestione e organizzazione	a. i cambiamenti sono comunque ben pianificati e adeguatamente resi noti b. tutto il personale sa a chi far riferimento c. le mie capacità di addestramento vengono riconosciute e, se possibile, soddisfatte d. ho degli incontri di valutazione regolari e proficui con il mio superiore

A una frazione rappresentativa del personale, o addirittura a tutto lo staff, può essere richiesto di completare un questionario che approfondisce queste problematiche. Il questionario stesso può contenere una valutazione con punteggio, per esempio con 5 livelli, che vanno dall'*accordo totale* al *disaccordo totale*. Una semplice analisi delle risposte ottenute può illustrare la percentuale netta di risultati *positivi* o *negativi* secondo il personale, per illustrare un'opinione significativamente rappresentativa del gruppo che si orienta in una certa direzione o giudica una certa dichiarazione.

Ciò può essere osservato per:

- gruppi di affermazioni (es. gestione e organizzazione)
- gruppi di personale (es. infermieri)
- specifici ospedali o particolari specialità

III strumento di verifica

Un presupposto fondamentale per la riuscita della TQM è la preparazione di un efficiente gruppo gestionale. Mathew ha sviluppato a questo proposito un'efficace lista di controllo (1990) per verificare l'efficacia di un'équipe di gestione a ogni livello:

Lista di controllo ALPTEC dell'efficacia di un gruppo di gestione

		In quanto gruppo di gestione, noi eseguiamo queste attività:				
		Molto Bene ++	Bene +	In modo intermedio •	Non Bene -	Per niente bene --
Scopi	Avere una visione positiva e creatrice dell'organizzazione	....	....	....	....	....
	Essere chiari a proposito degli obiettivi del gruppo operativo	....	....	....	....	....
	Definire le priorità dell'organizzazione	....	....	....	....	....
Giuda e controlli						
	Coinvolgere nella stessa organizzazione allo stesso modo in cui si opera nell'équipe	....	....	....	....	....
	Aiutare tutta l'organizzazione a stare unita	....	....	....	....	....
	Dimostrare all'organizzazione che noi siamo un efficiente gruppo gestionale	....	....	....	....	....
Valutazione della gente						
	Ottenere l'impegno dal nostro staff	....	....	....	....	....
	Ascoltare a quale staff si riferiscono	....	....	....	....	....
	Comunicare con lo staff	....	....	....	....	....
	Ascoltare a quale gruppo si associano	....	....	....	....	....
	Aiutare il nostro staff a lavorare meglio	....	....	....	....	....
	Nel gruppo di gestione					
	Ascoltarsi reciprocamente con attenzione	....	....	....	....	....
	collaborare	....	....	....	....	....

		In quanto gruppo di gestione, noi eseguiamo queste attività:				
		Molto Bene	Bene	In modo intermedio	Non Bene	Per niente bene
		++	+	•	-	--
	Mostrare apprezzamento per il lavoro altrui	....	....	....	....	....
	Avere un rapporto di reciproca fiducia	....	....	....	....	....
	Gestire e non reprimere i conflitti all'interno del gruppo	....	....	....	....	....
	Riflettere su come il gruppo conduce il lavoro	....	....	....	....	....
	Affrontare bene questi problemi	....	....	....	....	....
	Aiutarsi reciprocamente	....	....	....	....	....
	Stimolare ognuno a dare il proprio contributo	....	....	....	....	....
	Festeggiare i successi	....	....	....	....	....
	Discutere e contrattare sui problemi	....	....	....	....	....
Obiettivi						
	Definire con chiarezza le responsabi- lità dei membri del gruppo	....	....	....	....	....
	Pianificare il lavoro del nostro gruppo	....	....	....	....	....
	Abbinare il carico di lavoro dell'or- ganizzazione alle sue risorse	....	....	....	....	....
	Rimediare alle insufficienze organiz- zative	....	....	....	....	....
	Gestire le attività di lavoro dell'orga- nizzazione	....	....	....	....	....
	Valutare le prestazioni dell'organiz- zazione	....	....	....	....	....
	Rivalutare le nostre prestazioni, in quanto gruppo	....	....	....	....	....
	Prendere le decisioni comunitaria- mente all'interno del gruppo	....	....	....	....	....
	Affrontare i problemi insieme, come gruppo	....	....	....	....	....
	Disporre delle esatte informazioni sulle prestazioni del gruppo	....	....	....	....	....
Ambiente						
	Valutare l'ambiente intorno al gruppo di lavoro	....	....	....	....	....
	Rendere il personale cosciente del- l'importanza delle opinioni degli utenti	....	....	....	....	....
	Riconoscere chi sono gli <i>utenti</i> del gruppo di gestione e ciò che desiderano	....	....	....	....	....

INDICATORI DI QUALITA' NELLA ASSISTENZA SANITARIA

La qualità dell'assistenza può essere considerata da quattro principali *punti di vista*:

- degli utenti e dei loro rappresentanti, che hanno particolare interesse alla soddisfazione, all'accessibilità, a evitare conseguenze negative dall'assistenza;
- degli amministratori delle risorse sanitarie, che sono particolarmente interessati al contenimento dei costi o addirittura alla remuneratività dell'erogazione delle prestazioni e a evitare espressioni di dissenso da parte degli utenti;
- degli operatori delle professioni sanitarie, che desiderano poter offrire la massima efficacia ai loro pazienti, limitare sanzioni per eventuali errori e ottenere soddisfazione professionale ed economica per l'attività svolta;
- non va dimenticato il quarto protagonista, costituito dai produttori di tecnologie sanitarie, quali le apparecchiature, i farmaci e numerosi altri prodotti sanitari di consumo.

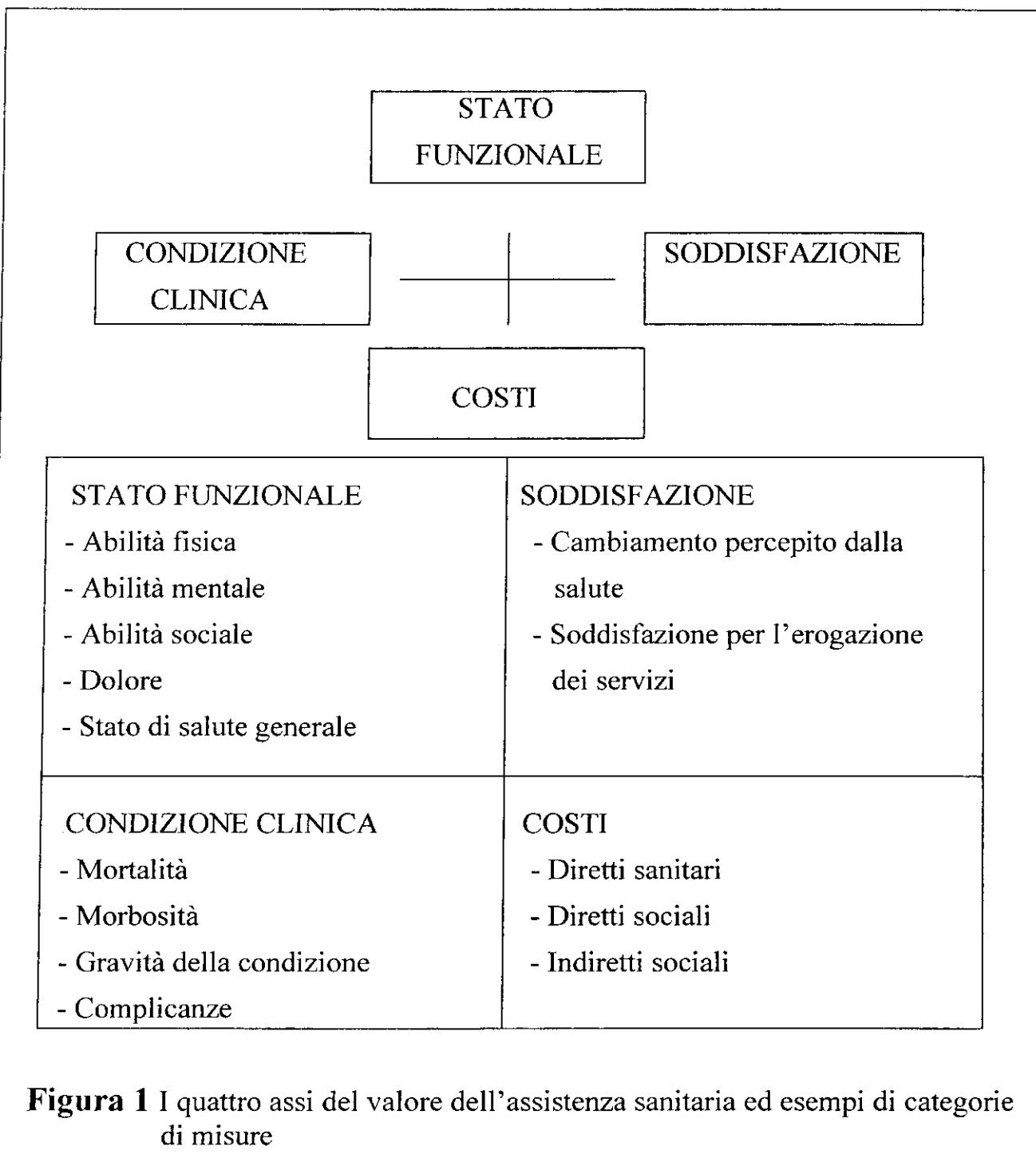
Tutte queste individualità, che evidentemente interagiscono tra di loro in vario modo, a diversi livelli e in contesti più vari usano indicatori più o meno validi e appropriati per svolgere il proprio ruolo. Negli ultimi anni si è sempre più sviluppato e condiviso il concetto che essendo il protagonista principale il paziente (o meglio il cittadino-utente) il suo punto di vista debba essere quello centrale e gli altri subordinati: questo approccio è sottolineato dalla recente normativa italiana sui Servizi pubblici in generale. Un'interessante applicazione di questo concetto è data dal modello, adot-

tato dalla JCACH, denominato la *bussola del valore*. Secondo tale modello, ciascun processo di assistenza ha un suo specifico valore per un soggetto o per un gruppo di soggetti e questo valore può essere rappresentato lungo quattro assi: la condizione clinica, lo stato funzionale, la soddisfazione e la spesa (Fig. 1).

Per ciascun processo assistenziale è possibile individuare specifiche misure del valore dei risultati sui quattro assi e da queste misure costruire poi gli indicatori utili per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria al termine del processo stesso.

Con questo approccio viene sottolineato che la nostra principale attenzione va posta nei risultati. Ciò non esclude in alcun modo, d'altra parte, che anche indicatori riferiti alle risorse e all'organizzazione (indicatori di struttura) e quelli relativi ai comportamenti degli operatori e delle strutture sanitarie (indicatori di processo) abbiano oggi un ruolo rilevante. I primi rimangono comunque uno strumento di garanzia dei cittadini-utenti sia per quanto riguarda gli aspetti della qualità minima dell'assistenza erogata sia per numerosi fattori associati alla soddisfazione. I secondi rappresentano uno strumento per valutare i cambiamenti di comportamento degli operatori sanitari e in particolare l'adesione a linee-guida per la buona pratica assistenziale e la loro applicazione.

Utilizzare gli indicatori associati al valore del risultato dell'assistenza ha importanti implicazioni. In primo luogo, privilegia il punto di vista del cittadino-utente e questo è un fatto eticamente ineccepibile, sia in un approccio che considera l'assistenza sanitaria come diritto da garantire a tutti i cittadini, sia nella logica dell'assistenza come bene di consumo. In secondo luogo, spinge a considerare le unità di un sistema sanitario come i nodi di una rete di funzioni che influenzano svariati risultati finali. Da tele visione consegue che i processi assistenziali, per essere migliorati, devono essere considerati nella loro globalità. Infine, si sottolinea la necessità della collaborazione tra gli operatori delle diverse unità e di diverse discipline, per garantire nell'insieme un buon risultato finale. Queste considerazioni hanno a loro volta un'influenza sul modo di usare gli indicatori.



MISURE DI RISULTATO E INDICATORI

Come abbiamo visto, per costruire un indicatore è necessario disporre di misure appropriate. In particolare, negli ultimi 15 anni si sono andate sviluppando e rendendo disponibili numerose misure di risultato in termini di salute (Tab. 1) che facilitano la costruzione di indicatori di esito. Esse fanno riferimento al modello per descrivere le conseguenze delle malattie

elaborato dall'OMS all'inizio degli Anni Ottanta, che le individua a tre livelli:

- organico (conseguenze cliniche);
- delle abilità fisiche, mentali e sociali (stato funzionale);
- dell'handicap (l'esperienza sociale delle conseguenze).

Al fine di rendere possibile la costruzione di indicatori per i processi assistenziali che ci interessano, questo modello può essere utile, nel caso in cui non fossero disponibili misure di handicap o di disabilità, per individuare misure delle conseguenze cliniche o anche relative alla diagnosi stessa, che siano fortemente associate alle conseguenze in termini di disabilità. Più in generale, quando non è possibile individuare una misura diretta del fenomeno che si vuole considerare, sulla base delle conoscenze cliniche ed epidemiologiche del fenomeno stesso, è possibile ricorrere a variabili che misurano in modo approssimato il fenomeno stesso (variabili proxy). In questo caso, è necessario conoscere le relazioni qualitative e quantitative della variabile scelta come misura con la variabile che si vorrebbe in effetti misurare.

Di notevole interesse, infine, i recenti studi sulle modalità di applicazione in Italia del questionario SF-36, per la misurazione complessiva dello stato di salute.

Tabella 1 Esempi di misure delle conseguenze delle patologie

Condizione clinica	Mortalità Segni Sintomi Indici clinici Indici di gravità
Stato funzionale	Scale di autonomia Scale delle funzioni cognitive Scale del dolore Scale di salute mentale Scale di disabilità associate a patologie specifiche Scale dello stato di salute generale

TIPI DI INDICATORE

Esistono due categorie principali di indicatori utilizzati per il monitoraggio della qualità: indicatori basati su dati aggregati ed eventi sentinella (Tab. 2). I primi misurano più eventi o fenomeni; i secondi individuano eventi (o comportamenti) che non dovrebbero aver luogo e che richiedono un intervento immediato. È evidente che, mentre il primo tipo è orientato al miglioramento continuo della qualità, il secondo è più finalizzato a correggere errori o conseguenze (gravi) una volta che si siano manifestate. Entrambi gli approcci offrono vantaggi e un sistema di indicatori dovrebbe considerarli ambedue in un'opportuna integrazione.

In genere, è a tutti familiare il modello generale di un indicatore basato sulla *media*:

$$\frac{\text{Somma dei valori di una variabile}}{\text{Numero di soggetti considerati}}$$

Tabella 2 Tipi di indicatori

A. Basati su dati aggregati

Indicatori ottenuti aggregando i dati di più eventi o procedure relativi a soggetti differenti. Possono essere costituiti da un'unica variabile (ad esempio, un conteggio oppure una media) o dal rapporto tra più variabili (ad esempio, una proporzione o una percentuale, un rapporto o un tasso). Il valore dell'indicatore viene confrontato con valori di riferimento per stabilire se si debba prendere in considerazione o meno una modificazione di elementi strutturali o di processo associati all'indicatore.

B. Eventi sentinella

Indicatori ottenuti individuando singoli eventi, potenzialmente evitabili. Una volta riscontrato un evento sentinella deve essere attivata un'indagine per individuare le cause dell'evento e devono essere attivate iniziative per modificare gli elementi strutturali o di processo associati all'evento sentinella.

così come quello basato sulla *proporzione*:

Somma dei soggetti con una determinata caratteristica o attributo

Numero di soggetti considerati

Moltiplicando la proporzione per 100 si ottiene, come è noto, una *percentuale*.

Se si modifica quest'ultimo indicatore nel modo seguente:

Somma dei soggetti che ottengono un trattamento o un risultato adeguato

Numero di soggetti considerati

si ottiene un modello generale di indicatore basato su dati aggregati che privilegia il punto di vista del singolo cittadino-utente, poiché include un criterio di qualità riferito a ciò che ottiene ciascun singolo soggetto.

Altri modelli generali di indicatore sono costituiti da *rapporti* nei quali vengono confrontati i valori di due misure diverse, ad esempio:

Costi dei trattamenti

Numero di soggetti considerati

che fornisce un'informazione sul costo per caso trattato (misura dell'efficienza organizzativa), oppure

Ore di apertura di un servizio territoriale

Numero di utenti potenziali

che fornisce un'informazione sull'accessibilità del servizio.

Entrambi questi indicatori possono essere trasformati in indicatori in cui si evidenzia in maggior misura ciò che si realizza per ciascun singolo soggetto, ad esempio nel primo caso:

Numero di soggetti con costo del trattamento superiore a

Numero di soggetti dimessi

e nel secondo:

Numero di soggetti che hanno aspettato più di 20 giorni per una visita specialistica

Numero di soggetti visitati

che fornisce un'informazione più diretta nella percentuale di soggetti che ha avuto difficoltà di accesso nel periodo considerato.

LE DIMENSIONI DELLA QUALITÀ

La qualità dell'assistenza è descrivibile secondo più dimensioni (Tab. 3) nell'ambito delle quali, a seconda della tipologia dell'assistenza, possono essere individuati fattori associati alla qualità dei risultati di specifici processi assistenziali.

Esistono diverse definizioni delle dimensioni elencate e quelle utilizzate nella Tabella 3 devono essere considerate solo come un riferimento nell'ambito di questo testo, benché si basino su riferimenti ampiamente condivisi. L'organizzazione del nostro concetto di qualità ci consente di definire misure della qualità, utili a loro volta in processi di miglioramento di dimensioni specifiche. Per poter utilizzare indicatori come strumento per valutare la qualità dell'assistenza è quindi innanzitutto indispensabile chiarire quali dimensioni intendiamo considerare. In genere, un indicatore è adatto per una dimensione dell'assistenza, ma non per altre, per le quali può essere tutt'al più una misura indiretta (proxy).

Tabella 3 Alcune importanti dimensioni della qualità dell'assistenza

Accessibilità	Capacità di assicurare le cure appropriate a coloro che ne hanno bisogno
Appropriatezza	Grado di utilità dell'assistenza rispetto al problema clinico e alle conoscenze
Competenza	Livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili
Continuità	Grado di integrazione nel tempo tra diversi operatori e strutture sanitarie che hanno cura dello stesso soggetto o di un gruppo di soggetti
Efficacia attesa	Capacità potenziale di un intervento di modificare in modo favorevole le condizioni di salute dei soggetti ai quali è rivolto, quando viene applicato nelle condizioni ottimali
Efficacia pratica	Risultati ottenuti dall'applicazione di routine dell'intervento
Efficienza	Capacità di raggiungere risultati in termini di salute con il minor impegno di risorse possibile
Sicurezza	Grado in cui l'assistenza erogata pone il paziente e gli operatori nel minor rischio
Tempestività	Grado in cui l'intervento più efficace è offerto al paziente nel momento in cui gli è di massima utilità
Umanizzazione	Livello di rispetto della cultura e dei bisogni individuali del paziente anche per ciò che riguarda l'informazione e la qualità del servizio

LA QUALITÀ DEL SERVIZIO E LA SODDISFAZIONE DEI CITTADINI-UTENTI

Negli ultimi anni si è rivolta sempre più attenzione agli aspetti della qualità percepita e del comfort dell'assistenza sanitaria. Nella normativa italiana la garanzia dei diritti di umanizzazione, personalizzazione, informazione e partecipazione in applicazione dell'art. 14 del D. L. vo 502/92 e successivi è promossa nell'ambito della Carta dei Servizi, che può essere considerato un insieme di elementi strutturali finalizzati alla tutela di questi diritti. La normativa della Carta dei Servizi prevede esplicitamente la rilevazione della soddisfazione tramite indagini periodiche con questionari e metodologie strutturate. Vengono chiaramente definite e separate la qualità medico-tecnica dell'assistenza, intesa come qualità degli elementi e dei risultati espressi in termini di salute, della qualità del servizio intesa come qualità degli elementi e dei risultati espressi in termini di tutela dei diritti e di soddisfazione.

INDICATORI E PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

Per costruire o usare indicatori nell'ambito di un progetto di miglioramento della qualità è necessario che sia definito il gruppo di progetto, con responsabilità sui risultati del progetto stesso di miglioramento, e che il gruppo abbia definito gli obiettivi specifici del progetto in accordo con la direzione dell'azienda sanitaria. Questi possono essere definiti con diverse modalità, a seconda del *punto di vista* considerato e dell'approccio scelto (Tab. 5). Nell'ambito di una visione di un sistema sanitario che pone al centro il cittadino-utente (o il cliente), è preferibile esprimere questi obiettivi utilizzando gli assi del valore del processo assistenziale (Fig. 1).

Tabella 4 Le fasi di un progetto di miglioramento della qualità

1. Scegliere l'**obiettivo**. Valutare i bisogni, i problemi le opportunità.
2. Trovare le **misure** del valore dei risultati. Costruire gli indicatori.
3. Descrivere il **processo** assistenziale.
4. Descrivere la **situazione** attuale. Valutare i risultati che si ottengono ora. Valutare il processo attuale di assistenza.
5. Individuare le **cause** di risultati insoddisfacenti.
6. Trovare **cambiamenti** che possono migliorare i risultati.
7. **Pianificare** il progetto pilota di miglioramento.
8. **Realizzare** il progetto pilota di miglioramento.
9. **Controllare** i risultati. Studiare ciò che si è appreso.
10. **Agire** di conseguenza. Diffondere e consolidare il miglioramento oppure ripetere la fase di analisi

Definiti gli obiettivi, si procede a scegliere le misure che consentiranno di costruire gli indicatori. Esse vengono definite a partire da una definizione concettuale della variabile identificata in cui si chiarisce che cosa si vuole misurare. Successivamente dovranno essere definite le modalità operative, cioè il metodo per classificare o misurare una variabile (vedi esempi nella Tab. 6). La definizione delle modalità operative deve consentire di rilevare una variabile con le risorse disponibili, da parte di operatori anche differenti e in tempi diversi in modo tale da ottenere per fenomeni uguali valori uguali. Anche se nel progetto vengono individuati specifici obiettivi

Tabella 5 Esempi di obiettivi specifici di progetti di miglioramento

<i>Obiettivo</i>	<i>Punto di vista</i>
Migliorare l'appropriatezza del trattamento del paziente con infarto	Unità Coronarica Cure Intensive
Migliorare la tempestività e l'appropriatezza del trattamento intraospedaliero del paziente con infarto del miocardio	Ospedale
Migliorare la tempestività e l'appropriatezza dell'assistenza al paziente con sospetto infarto	Sistema Sanitario
Migliorare i risultati (aumentandone il valore) dell'assistenza al paziente colpito da infarto in termini di esito clinico, stato funzionale, soddisfazione, spesa sanitaria e sociale	Paziente Operatori Sanitari Amministratori

in termini di risultato, è in genere opportuno utilizzare anche indicatori riferiti a elementi della struttura o del processo se questi sono oggetto del cambiamento che si vuole promuovere con il progetto di miglioramento. In tale logica gli indicatori sono uno strumento che permette di verificare se e in che misura i cambiamenti (della struttura, del processo) hanno prodotto miglioramenti.

Un indicatore di qualità dei processi è dato dalla seguente formula:

**Casi con interventi (diagnosi, prescrizioni, interventi chirurgici)
appropriati in base a criteri prestabiliti**

Casi per i quali i criteri sono applicabili

L'approccio ottimale è quello di derivare i criteri da linee-guida validate e condivise, secondo una metodologia ampiamente descritta in una recente pubblicazione alla Agency for Health Care Policy and Research e di particolare interesse per la costruzione di indicatori di qualità riferiti alle procedure cliniche.

Dopo aver definito le misure si può procedere alla costruzione degli indicatori secondo le tipologie elencate nella Tabella 7. Nel caso di eventi sentinella l'indicatore è costituito dalla misura (di eventi evitabili) che è

Tabella 6 Dagli esempi alle misure. Esempi

<i>Obiettivo</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Misura</i>
↓ Mortalità	Mortalità entro 30 giorni dal ricovero	Definizione operativa Decesso rilevato a. Dalla scheda di dimissione ospedaliera b. Dalla scheda di dimissione dell'ospedale dove il paziente sia stato trasferito c. Mediante follow-up telefonico a 30 giorni dal ricovero
↑ Abilità funzionale	Capacità di svolgere le azioni della vita	Scala ADL
↑ Soddisfazione	Apprezzamento complessivo per la qualità del servizio	Risposta positiva alla domanda: se dovesse essere ancora ricoverato, desidererebbe tornare in questo ospedale?
↓ Riduzione della spesa	Riduzione del costo globale per accertamenti diagnostici in regime ambulatoriale	a. Tariffe dei test diagnostici Procapite b. Dati della contabilità analitica

stata associata all'obiettivo, ad esempio: ricovero ripetuto entro 45 giorni dalla dimissione; morte per cause associate al parto. Nel caso di indicatori basati su dati aggregati è invece necessario definire numeratore e denominatore (Tab. 7).

Definiti gli indicatori dovrà essere descritto il processo assistenziale articolando una flowchart secondo lo schema generale presentato nella Figura 2 (o parti di esso). Gli indicatori scelti, di struttura, processo o esito andranno posizionati nella flowchart che descrive il processo assistenziale. Una volta effettuata la rilevazione dei valori, gli indicatori collocati nella posizione appropriata sulla flowchart consentono la descrizione e la valutazione della situazione di partenza rispetto agli obiettivi del progetto

(vedi esempio nella Figura 3). Questa rappresentazione è una mappa che facilita probabilmente una visione condivisa del processo e della situazione di partenza ed è ritenuta una tappa importante nei progetti di miglioramento della qualità anche se la sua utilità non va sovrastimata.

Tabella 7 Misure e tipi di indicatori

<i>Tipo di indicatore</i>	<i>Indicatore</i>	
	Numeratore	Denominatore
Evento sentinella	Misura del risultato negativo	-
Media	Somma delle misure dei risultati di ciascun soggetto	Numero dei soggetti
Proporzione	Conteggio dei soggetti con risultato positivo (negativo)	Numero dei soggetti
Rapporto	Somma delle misure A riferite a ciascun soggetto (o conteggio dei soggetti con un determinato attributo)	Somma delle misure B riferite a ciascun soggetto (o conteggio dei soggetti con un determinato attributo)
Tasso	Conteggio dei soggetti con un determinato risultato o attributo	Numero di soggetti x periodo temporale

Gli indicatori e le misure usate per costruirli hanno attributi e caratteristiche che consentono di valutarne la qualità. Indicatori di scarsa qualità influenzano negativamente i processi di miglioramento perché distorcendo le informazioni possono condurre a decisioni inappropriate da vari punti di vista.

Le principali dimensioni della qualità delle misure sono la validità, l'accuratezza e la precisione (Tab. 8), mentre le principali dimensioni della qualità degli indicatori (intesi come misura della qualità) sono la pertinenza, la credibilità, l'accuratezza, la capacità discriminante e il senso biologico (Tab. 9).

Per poter essere utilizzato, un indicatore deve inoltre essere costruibile (sulla base di dati già disponibili o comunque rilevabili) e il suo significato e il suo utilizzo devono essere il più possibile condivisi da un'ampia gamma di categorie di soggetti (operatori sanitari, cittadini-utenti, amministratori).

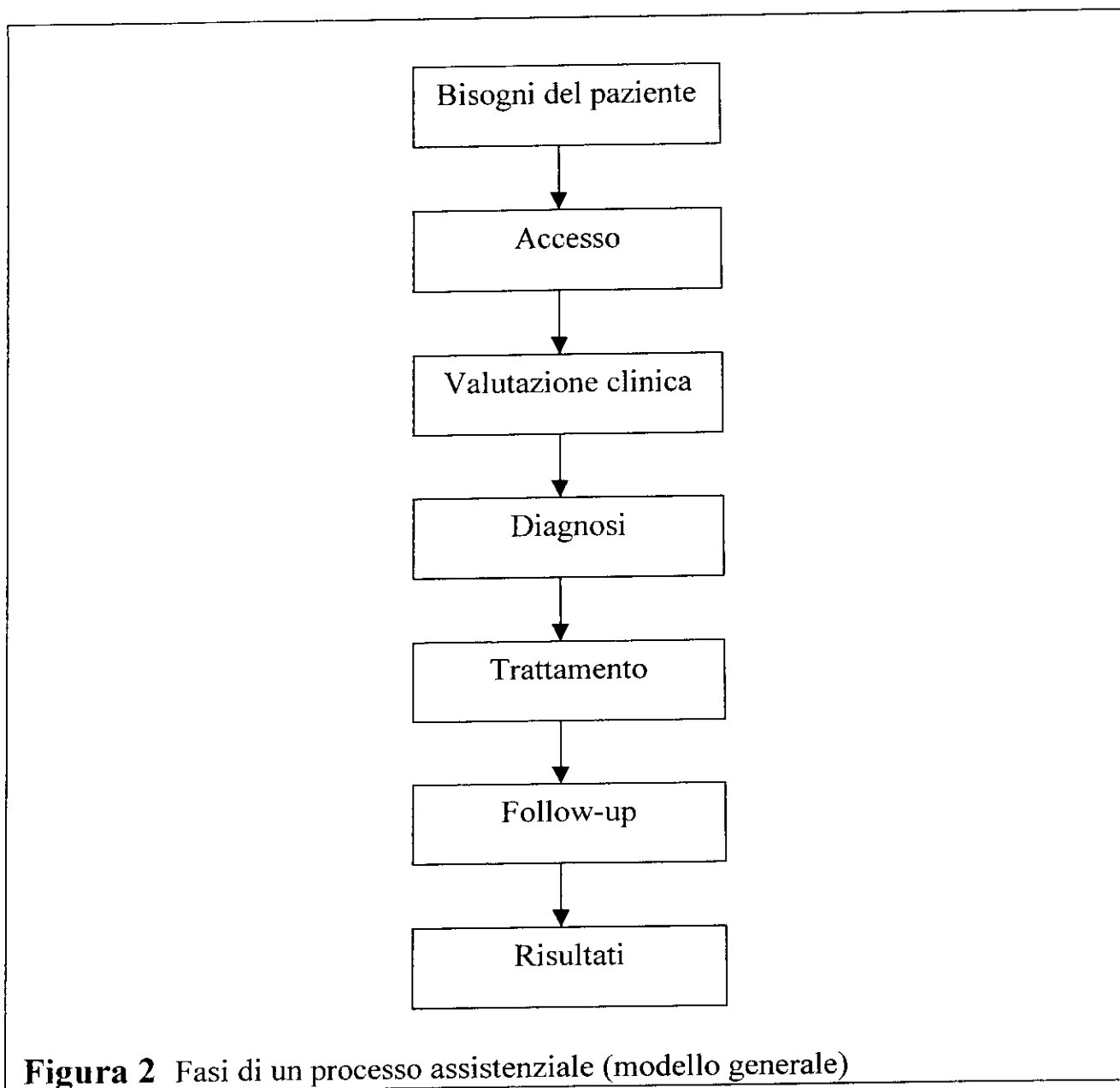


Tabella 8 principali attributi delle misure

VALIDITA'
Proprietà per cui la misura quantifica effettivamente il fenomeno che si vuole misurare.
ACCURATEZZA
Proprietà per cui la procedura di misura tende a fornire misure effettivamente coincidenti con la qualità (il fenomeno) effettivamente misurata.
PRECISIONE
Proprietà per cui la procedura di misura di uno stesso fenomeno tende a dare (nel tempo, nello spazio) misure tra loro molto prossime. Questa definizione include il concetto di riproducibilità.

Tabella 9 Criteri di validità di una misura

Pertinenza

Capacità di riferirsi effettivamente al fenomeno che si vuole prendere in considerazione.

Credibilità (face validity)

Rilevanza e senso logico per gli utilizzatori (operatori, cittadini utenti, amministratori); conformità con l'approccio di altri operatori.

Accuratezza (criterion validity)

Capacità di misurare in modo veritiero ciò che si intende misurare; correlazione con altre misure.

Capacità discriminante (discriminant validity)

Capacità di differenziare condizioni che è importante considerare come differenti.

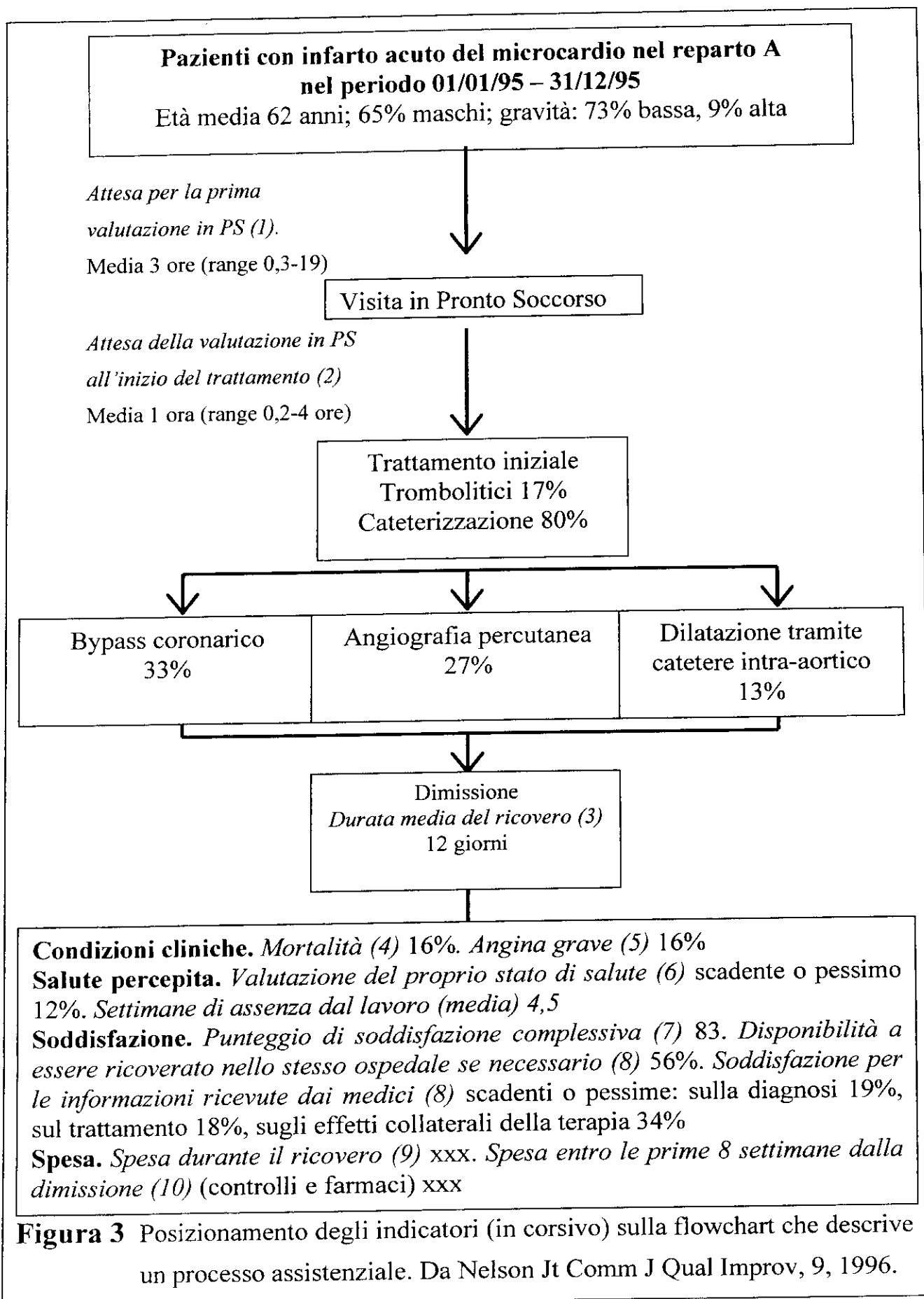
Senso biologico (construct validity)

Capacità di misurare i fenomeni così come ce li attendiamo in base alle nostre conoscenze.

La costruibilità (o misurabilità) di un indicatore, quindi, dipende dalla disponibilità di dati completi, attendibili, tempestivamente e a basso costo ed è un criterio di qualità di un indicatore. I dati necessari alla costruzione di un indicatore dovranno essere organizzati in un archivio specifico degli indicatori. Al fine di avere prontamente a disposizione le informazioni sul significato dell'indicatore, la sua descrizione, le modalità di costruzione e di aggiornarlo periodicamente, è consigliabile predisporre un registro che contenga tutte le informazioni relative alle caratteristiche di ciascun indicatore. L'archivio, invece, conterrà tutti i valori degli indicatori e delle variabili necessarie per la standardizzazione. La scelta delle modalità di gestione e di acquisizione dei dati necessari per la costruzione degli indicatori, dipende dalle fonti disponibili, dalle risorse e dalle caratteristiche degli indicatori. Per garantire la completezza, la validità e la precisione dei valori degli indicatori è consigliabile prevedere opportuni controlli, sia nella fase della raccolta dei dati che poi verranno utilizzati sia su dati già archiviati. In pratica ogni indicatore può essere costruito in base ad una logica di selezione e assegnazione di casi e di informazioni a essi relative; una volta definita ed esplicitata, tale logica può quindi essere trasferita a un programma automatizzato.

Aspetti statistici

E' necessario distinguere le circostanze in cui si utilizzano gli indicatori per descrivere la qualità dell'assistenza sanitaria in un dato contesto (struttura, operatori) ed in un dato periodo dalle circostanze nelle quali gli



indicatori vengono usati per stimare la qualità dell'assistenza di una data struttura o di un insieme degli operatori. Nel primo caso con gli indicatori intendiamo descrivere la qualità dell'assistenza come effettivamente è o è stata: la performance di una unità organizzativa di una struttura o di un operatore. Nel secondo caso intendiamo valutare il potenziale di realizzazione di una struttura e dobbiamo prendere in considerazione le varie fonti di variabilità del fenomeno: la variabilità dovuta alle fluttuazioni casuali, la variabilità dovuta a cause speciali e la variabilità dovuta al variare delle caratteristiche del sistema. Le tecniche statistiche aiutano a tenere sotto controllo, per quanto possibile, la variabilità dovuta al caso per evitare di interpretare erroneamente valori imputabili a fluttuazioni casuali. Nella maggior parte dei casi la valutazione della qualità si basa sul confronto del valore di indicatori con valori di riferimento detti standard oppure con valori della stessa unità di osservazione in momenti diversi o di altre unità di osservazione.

Esistono diversi tipi di standard:

- *Di partenza.* Valore dell'indicatore all'inizio del periodo considerato.
- *Di accreditamento.* Valore che deve essere rispettato per ottenere un accreditamento di tipo autorizzativo.
- *Di qualità.* Valore atteso per un indicatore, secondo criteri di qualità.
- *Di miglioramento.* Obiettivo da raggiungere in un intervallo temporale definito per avvicinarsi il più possibile allo standard di qualità.
- *Limiti (standard) di riferimento superiore e inferiore.* Valori, calcolati sulla base dei valori osservati in tempi diversi per la stessa unità di osservazione o nello stesso periodo per unità di osservazione differenti, che delimitano un ambito di variazione accettabile dell'indicatore.

Sia il confronto del valore di un indicatore con uno standard sia il confronto tra i valori di unità di osservazione differenti richiedono, ai fini della stima della qualità o di decisioni rispetto ad iniziative per il cambiamento od il mantenimento delle caratteristiche organizzative, il calcolo di intervalli di confidenza per stimare la distanza da uno standard. Per confrontare correttamente più valori di un indicatore è in genere necessario utilizzare tecniche appropriate di aggiustamento in base alle informazioni ed alle risorse disponibili: aggiustamento diretto (basato sul ricalcolo del valore dell'indicatore sulla base di risultati ottenuti nei sottogruppi applicati ad una popolazione di riferimento) o indiretto (basato sul calcolo del valore atteso dell'indicatore ottenuto applicando i risultati dei sottogruppi di una popolazione di riferimento ai sottogruppi di soggetti

dell'unità di osservazione per la quale si vuole calcolare l'indicatore). Qualora non siano già facilmente disponibili i dati relativi a tutti i soggetti per i quali vogliamo valutare la qualità, può essere conveniente ricorrere a procedure di campionamento che consentono di ottenere stime affidabili con un numero limitato di osservazioni. Criteri logici o approcci statistici aiutano ad individuare se vi sono cause speciali di variabilità, se cioè un processo è sotto controllo o meno.

Indicatori e decisioni

Lo scopo della misurazione della qualità è fornire informazioni per orientare decisioni a loro volta finalizzate a migliorare o mantenere la qualità dell'assistenza sanitaria. Gli indicatori, in quanto misura della qualità, rendono più semplice definire i criteri che guideranno le decisioni. Un processo decisionale è un processo nel quale un operatore o un gruppo di operatori si assume la responsabilità di una decisione, la quale viene presa facendo il miglior uso possibile delle informazioni disponibili e raggiungendo il miglior consenso possibile sulla decisione stessa.

Nel decidere basandosi sui valori degli indicatori, bisogna valutare se una determinata posizione rispetto a uno o più valori di riferimento sia stata raggiunta per effetto di un cambiamento oppure si è mantenuta senza cambiare rispetto ad una posizione preesistente. Nell'ambito della qualità e delle caratteristiche dell'assistenza sanitaria vi possono essere cinque principali fonti di variabilità (Tab.10, 11), che possono generare differenti tipi di variabilità (Esempio 1). La tecnica del benchmarking è costituita dalla ricerca continua di ciò che funziona meglio e di come trasferirlo nella propria organizzazione. Presupposto per il benchmarking è la possibilità di confrontare risultati, processi e strutture tra organizzazioni diverse. Un elemento di forza del benchmarking è dato dal fatto che il risultato migliore è un risultato effettivamente ottenuto, a differenza dello standard di qualità che in genere viene definito sulla base di possibilità teoriche.

Sviluppare nuovi indicatori e sistemi di indicatori locali

Lo sviluppo di nuovi indicatori o l'adattamento di indicatori già esistenti alle proprie esigenze è una componente di progetti più ampi nell'ambito delle iniziative di miglioramento della qualità. Per condurre questa attività fino al raggiungimento del risultato desiderato bisognerà individuare non un solo indicatore, ma un insieme organizzato di essi: un sistema di indicatori. La costruzione di un sistema di indicatori si articola in diverse

fasi (Figura 4). Queste fasi si articolano in un processo iterativo che vede condurre ad una definizione sempre migliore degli elementi che caratterizzano l'indicatore ed il suo utilizzo.

Gli elementi di contesto sono gli elementi in base ai quali vengono definiti gli obiettivi generali e le risorse messe a disposizione per l'attività di sviluppo degli indicatori. Per definire gli elementi di contesto, bisogna rispondere ad alcune domande:

- Chi è il committente (il principale utilizzatore delle informazioni che si otterranno) del sistema di indicatori?
- Quali sono gli obiettivi generali dell'iniziativa di miglioramento?
- Quali sono i processi decisionali che si intende basare sulle informazioni che si otterranno dal sistema di indicatori?
- Qual è il tipo di iniziativa di miglioramento per la quale sono necessari indicatori?

Tabella 10 Fonti di variabilità dell'assistenza sanitaria

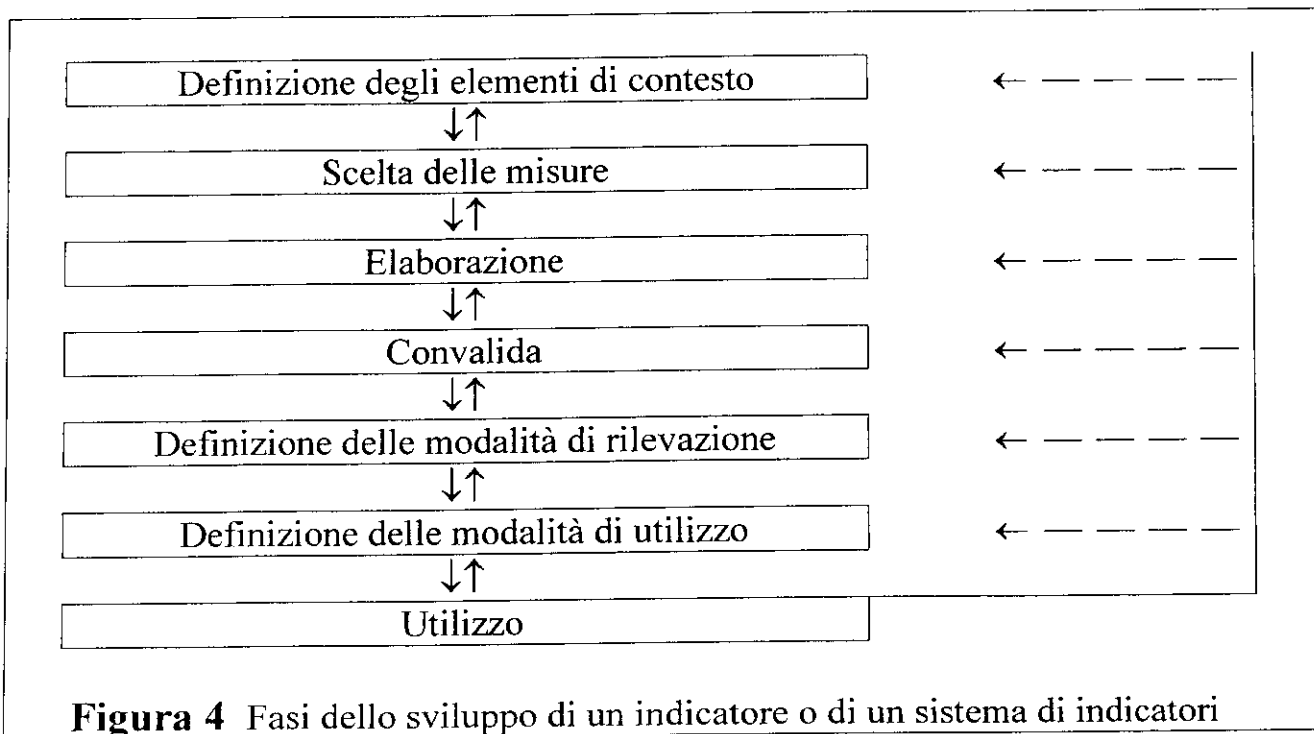
I pazienti	Numerose caratteristiche dei pazienti possono determinare variazioni delle caratteristiche dell'assistenza sanitaria. Ad esempio: gravità della patologia; comorbidità (altre patologie non facenti parte della patologia principale possono influenzarne la gestione o gli esiti); fattori extra sanitari (età, sesso disponibilità economica, cultura)
Gli operatori sanitari	Influenzano la valutazione e il trattamento
L'organizzazione	Il modo in cui un'azienda sanitaria, una struttura, un singolo medico si organizzano influenza le procedure e i risultati
I fattori ambientali	La disponibilità di strutture sanitarie e non sanitarie che possono influenzare le scelte degli operatori e dei pazienti
Il caso	Come qualsiasi fenomeno anche i processi e i risultati dell'assistenza sanitaria sono soggetti a fluttuazioni casuali

Tabella 11 Tipi di variabilità, metodi per il controllo

Tipi di variabilità	Metodi per il controllo
Variabilità dovuta a errori di misura	Controllo delle fonti di errore Controllo di qualità dei dati
Variabilità dovuta al caso	Controllo degli intervalli di confidenza
Variabilità estrinseca all'organizzazione sanitaria	Aggiustamento
Variabilità dovuta a cause speciali	Diagrammi di controllo
Variabilità dovuta a caratteristiche del sistema	Criteri di causalità

Esempio 1 Fattori che possono determinare la variabilità dei risultati di un processo assistenziale: la mortalità ospedaliera dei pazienti con infarto

I pazienti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravità dell'infarto (es. sede, entità) 2. Comorbidità (es. diabete) 3. Fattori di rischio cardiovascolare (es. ipertensione) 4. Altre caratteristiche del paziente (es. distanza dall'ospedale)
Gli operatori sanitari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formazione 2. Esperienza 3. Disponibilità ad applicare linee-guida 4. Comunicazione con altri operatori sanitari all'interno e all'esterno dell'ospedale (es. medici di medicina generale, specialisti) 5. Motivazione, impegno professionale 6. Stato di salute
L'organizzazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adeguatezza delle linee guida 2. Tipologia, quantità e motivazione del personale 3. Disponibilità di tecnologie sanitarie e materiali 4. Manutenzione delle apparecchiature 5. Adeguatezza dei servizi di supporto



Una volta definiti gli elementi di contesto in via preliminare il committente procede a:

- Nominare il responsabile del processo di sviluppo.
- Assegnare formalmente l'incarico e costituire un gruppo di lavoro per lo sviluppo degli indicatori.
- Definizione degli obiettivi specifici.
- Definizione del piano di lavoro.
- Individuazione degli aspetti da valutare.
- Esame della letteratura.
- Scelta preliminare degli indicatori.
- Definizione delle caratteristiche degli indicatori (da inserire nel registro degli indicatori).
- Ampliamento del gruppo di lavoro da coinvolgere nella fase di convalida.

Tabella 12 Esempio di sistema di indicatori per la valutazione della qualità dell'assistenza ai pazienti ricoverati per polmonite di comunità (codice DRG 89)

Indicatori per la valutazione dell'adesione alle linee-guida (esempi)

- Emocoltura al ricovero
- Coltura dell'escreto al ricovero
- Antibiotici entro 4 ore

Indicatori per la valutazione dei risultati

- Mortalità intraospedaliera
- Durata della degenza
- Costo medio per paziente

La convalida è finalizzata a valutare la validità, la rilevanza e l'accettabilità dell'indicatore. E' consigliabile ripetere la raccolta dei dati sullo stesso campione di osservazioni, individuare e quantificare i motivi e le cause di eventuali errori e verificare la correggibilità degli errori di rilevazione dei dati necessari per costruire gli indicatori.

Al termine dell'attività di sviluppo e verifica degli indicatori, il gruppo incaricato concluderà il proprio lavoro esplicitando gli elementi relativi alle modalità di rilevazione degli indicatori ed in particolare:

- Fonti dei dati.
- Modalità di gestione dei flussi informativi.
- Controlli.
- Costruzione degli indicatori.

Utilizzare gli indicatori

Gli strumenti e le tecniche per utilizzare gli indicatori ai fini del controllo, della valutazione e del miglioramento della qualità sono tuttora in evoluzione. Essi nascono dall'applicazione di tecniche sviluppate in campo statistico ed epidemiologico e da tecniche sviluppate nell'ambito del controllo di qualità inizialmente integrate con i concetti della qualità totale. L'uso degli indicatori può essere finalizzato a tre funzioni principali: descrizione della qualità, controllo della variabilità, confronto dei risultati. Per ciascuna di queste funzioni esistono strumenti specifici. Strumenti pratici per la descrizione sono le distribuzioni di frequenza e il calcolo delle misure di posizione e di variabilità. Tale calcolo può essere effettuato con l'ausilio di fogli elettronici e di altri strumenti informatici, ma non è di particolare complessità. Lo strumento per il controllo della variabilità, in particolare dovuta a cause speciali, è costituito dai diagrammi (carte) di controllo. In essi il valore degli indicatori viene rappresentato graficamente e confrontato con linee di riferimento che consentono di valutare se vi è variabilità non giustificabile con il caso o con fattori intrinseci ai processi di assistenza. Il confronto tra i risultati, i processi e le caratteristiche strutturali di unità di osservazione diverse è di particolare utilità perché aggiunge informazioni oltre a quelle ottenibili nell'ambito di una sola unità. Gli strumenti sono costituiti da diagrammi di confronto e report in cui i valori di ciascuna struttura sono posti a confronto con valori di riferimento centrale, superiore ed inferiore.

Elementi di economia sanitaria per la costruzione di indicatori di qualità dell'assistenza

La valutazione del valore economico dei processi assistenziali è importante, sia perché le risorse economiche individuali e della società sono limitate, sia perché il costo costituisce uno degli elementi di valutazione dal punto di vista dell'utente. La costruzione di indicatori economici per valutare la qualità dell'assistenza segue lo stesso schema usato per la costruzione di indicatori clinici. In essa il passaggio cruciale è la individuazione di misure appropriate. E' importante conoscere il significato dei termini principali utilizzati per definire le misure del valore economico dei servizi e delle prestazioni. A queste misure si devono applicare gli stessi criteri di qualità che si applicano alle misure cliniche. La disponibilità di dati sul valore economico dipende dallo sviluppo e dal tipo dei sistemi contabili. I dati relativi al costo individuale devono essere

aggregati per costruire indicatori del valore economico dei processi assistenziali. Spesso può essere più conveniente utilizzare dati forniti da archivi amministrativi, riferiti a particolari categorie di pazienti.

Esempio 2 Costruzione di alcuni indicatori economici per i pazienti con traumi alla caviglia	
Costi a carico dei pazienti	Costi a carico de servizio sanitario nazionale
<i>Per i pazienti con diagnosi ICD-IX = 837</i> <i>Spese sanitarie dirette</i> Somma del <i>valore dei ticket per visita specialistica, per radiografie, per farmaci analgesici</i> Costo medio di una visita specialistica privata x percentuale di pazienti che si rivolge ad uno specialista privato	<i>Per i pazienti con diagnosi icd-ix = 837</i> <i>Costi diretti, variabili</i> Farmaci Pellicola per lastre <i>Costi diretti, fissi</i> Somma delle visite del medico di medicina generale e dello specialista convenzionato x tariffa oraria stimata o contrattuale % sull'affitto locali strutture specialistiche e sull'ammortamento apparecchio radiografico in funzione del numero di prestazioni
<i>Costi sociali diretti</i> Numero di ore per fruire della assistenza sanitaria	
<i>Costi sociali indiretti</i> -	<i>Costi indiretti</i> -

La qualità dei servizi sanitari: gli indicatori dal punto di vista degli utenti

Gli indicatori di qualità dei servizi sanitari dal punto di vista degli utenti sono oggi di particolare importanza per diversi motivi:

- Il parere degli utenti è l'unico strumento per misurare direttamente il valore della soddisfazione per l'assistenza sanitaria.
- Le scelte degli utenti possono influenzare l'attività ed il finanziamento delle aziende sanitarie.
- I principi che ispirano le iniziative di miglioramento della qualità promosse dalla Carta dei Servizi sanitari coincidono con quelli del miglioramento continuo.
- La valutazione dei risultati dei cambiamenti volti a migliorare la qualità del servizio deve basarsi su metodi validi ed affidabili.

Le misure per la costruzione degli indicatori sono riferite alla soddisfazione, alla insoddisfazione (reclami), alla qualità percepita, a

caratteristiche strutturali e di processo rilevate anche con la partecipazione degli utenti. Con il Decreto del Ministero della Sanità del 15/10/96 sono stati individuati 79 (Tab. 13) indicatori di qualità sei servizi e delle prestazioni in base a quanto previsto dall'art. 14 del D.Lgs 502/92: questo insieme di indicatori viene adottato dal Servizio sanitario nazionale per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere e alle attività di prevenzione delle malattie (Tab. 14). Le regioni utilizzano tale sistema di indicatori per la verifica dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale e per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie.

I dati sulla qualità del servizio possono essere rilevati con diverse metodiche, sia coinvolgendo direttamente gli utenti (autosomministrazione di questionari, indagini, focus groups) ed eventualmente gli operatori, sia sulla base di dati oggettivi.

Tabella 13 categorie degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie (n=79) previsti dal Decreto del Ministero della Sanità del 15/10/96 (numero in parentesi)

Personalizzazione/umanizzazione (17)

- Facilità di prenotazione e adempimenti amministrativi (9)
- Continuità dell'assistenza (3)
- Umanizzazione delle prestazioni e tutela dei diritti (4)

Diritto all'informazione (8)

- Informazione sui servizi offerti ed indagini di soddisfazione (4)
- Informazione sanitaria (4)

Prestazioni alberghiere (19)

- Servizi igienici (3)
- Comfort delle stanze (9)
- Vitto (4)
- Servizi commerciali (3)

Aspetti della prevenzione (9)

Tabella 14 Esempi di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni previsti dal Decreto del Ministero della Sanità del 15/10/96

Personalizzazione/umanizzazione

- Facilità di prenotazione e adempimenti amministrativi (9)
Cod. PU02. Possibilità di prenotare le visite specialistiche per telefono
- Continuità dell'assistenza (3)
Cod. PU12. Numero dimissioni accompagnate da relazione sanitaria per il medico di medicina generale/Totale dimissioni
- Umanizzazione delle prestazioni e tutela dei diritti (4)
Cod. PU13. Esistenza di zone del presidio predisposte per il rispetto della privacy in occasione dei decessi

Diritto all'informazione (8)

- Informazione sui servizi offerti e indagini di soddisfazione (4)
Cod. DI03. Distribuzione all'atto del ricovero di un opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente
- Informazione sanitaria (4)
Cod. DI06. Esistenza di procedure scritte relative al consenso informato del paziente

Prestazioni alberghiere (19)

- Servizi igienici (3)
Cod. PA02. Numero di servizi igienici per i degenti/Numero posti letto
- Comfort delle stanze (9)
Cod. PA07. Numero di camere con più di 4 posti letto/Numero di posti letto
- Vitto (4)
Cod. PA13. Fornitura sistematica ai degenti di accessori completi per la consumazione dei pasti (posate, bicchieri, tovagliolo)
- Servizi commerciali (3)
Cod. PA17. Presenza di un punto vendita, all'interno del presidio [ospedaliero], accessibile ai degenti e ai familiari per gli accessori essenziali alla cura della persona

Tabella 15 dimensioni della qualità del servizio secondo il Decreto PCM 19/05/95 sulla Carta dei Servizi sanitari

Tempestività, puntualità, regolarità

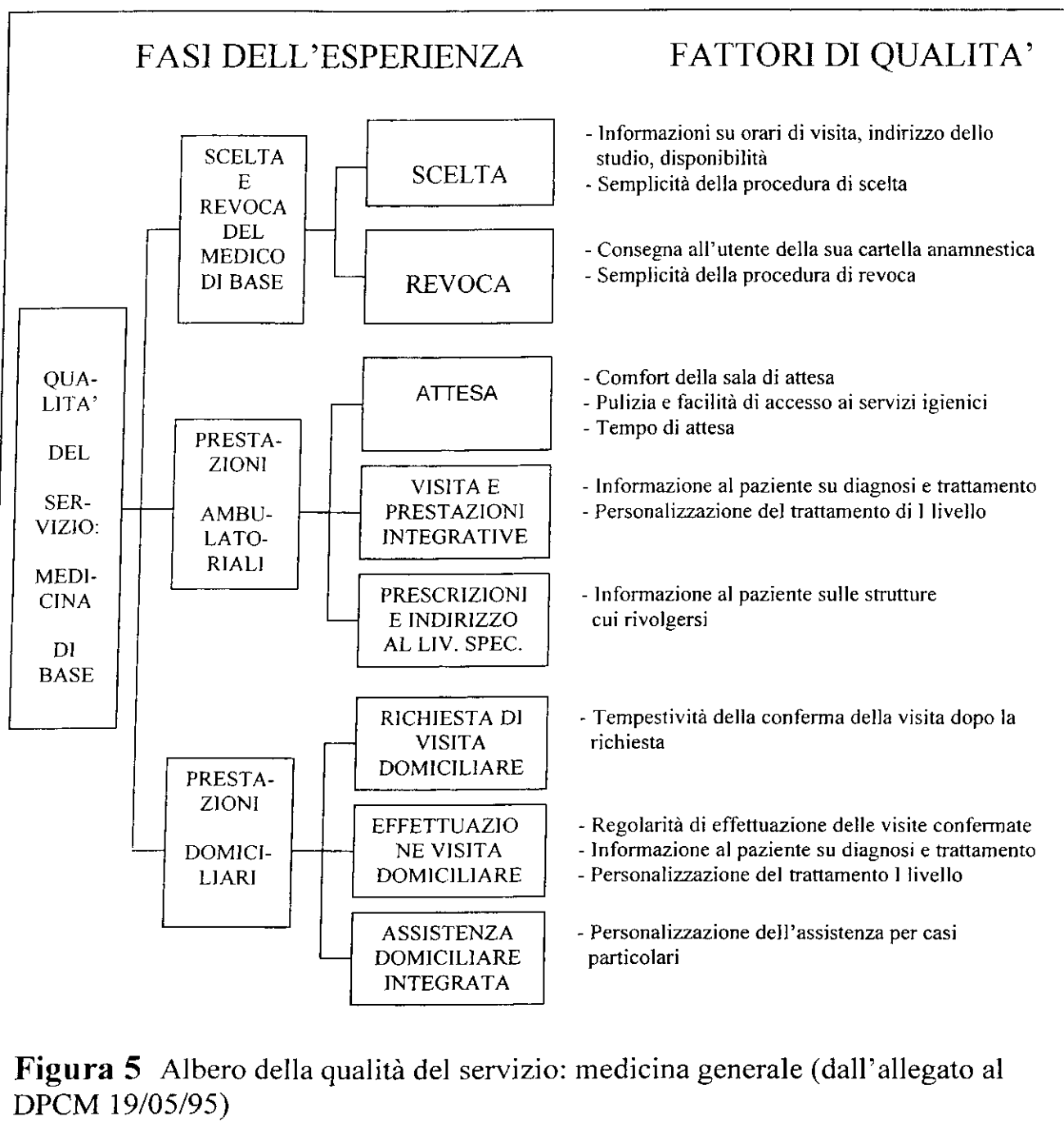
Semplicità delle procedure

Orientamento, accoglienza e informazione sui servizi

Completezza e chiarezza dell'informazione sanitaria

Comfort, pulizia e condizioni di attesa

Personalizzazione e umanizzazione



Il sistema di indicatori model standards 2000

Questo sistema di indicatori è stato sviluppato dall'American Public Health Association per promuovere l'applicazione del progetto dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) *Salute per tutti nell'anno 2000*. L'obiettivo di questo sistema è stimolare le comunità locali alla definizione e al raggiungimento di obiettivi realistici nell'ambito delle aree individuate dall'OMS. E' un sistema interessante, sia per l'eshaustività, sia per l'enunciazione di un modello di programma nel quale vengono definiti tutti gli elementi necessari per un progetto di

miglioramento dell'assistenza a livello di un intero territorio. I principi a cui esso fa riferimento sono:

- Enfasi sui risultati in termini di salute.
- Flessibilità alle esigenze e alle priorità locali.
- Focus sull'intera comunità.
- Coinvolgimento e corresponsabilizzazione delle Amministrazioni locali.
- Negoziazione.
- Enfasi sui programmi vs obiettivi definiti.

Tabella 16 Esempi di fattori, criteri, misure ed indicatori di qualità del servizio

<i>Fattore</i>	<i>Criterio</i>	<i>Misura</i>	<i>Indicatore</i>
Comfort dello spogliatoio e dell'ambulatorio	Deve essere garantita una privacy adeguata Deve esserci un appendiabiti nello spogliatoio	Assenza di porte a vetri Presenza di un appendiabiti	Numero di ambulatori senza porte a vetri Numero di ambulatori con appendiabiti / Totale ambulatori
Informazione al paziente su diagnosi e trattamenti	I pazienti devono ricevere informazioni sulla diagnosi complete e comprensibili	Il paziente ricorda la diagnosi che il medico gli ha comunicato e cioè risponde sì alla domanda: <i>Il medico le ha detto qual è la malattia che le ha causato il disturbo per cui si è fatta visitare?</i>	Numero di pazienti che dichiara di ricordare la diagnosi/numero di pazienti visitati
Tempestività di ritiro dei referti	Tutti gli utenti devono ottenere il referto di accertamenti diagnostici di routine entro 4 giorni	Data di consegna del referto-data di effettuazione dell'accertamento	Numero di utenti che riceve il referto entro 4 giorni / numero di utenti che effettua accertamenti nel periodo considerato

Tabella 17 Aree considerate dal sistema Model Standards 2000

A. Promozione della salute

Attività fisica

Nutrizione

Tabacco

Alcool e droghe

Pianificazione familiare

Salute mentale e malattie mentali

Comportamenti violenti e abuso

Programmi educativi della comunità

B. Protezione

Incidenti

Salute nei luoghi di lavoro

Salute ambientale

Sicurezza dei cibi e dei farmaci

Salute orale

C. Servizi di prevenzione

Salute materna e infantile

Cardiopatie ischemiche e ictus

Tumori

Diabete e altre malattie croniche

Infezioni HIV

Malattie a trasmissione sessuale

Immunizzazione e malattie infettive

Servizi di prevenzione clinica

Sistemi di sorveglianza e di informazione

Bambini

Adolescenti e giovani adulti

Adulti

Anziani

ANALISI DELLE METODOLOGIE CERTIFICAZIONE UNI EN ISO 9000

I modi di fare qualità si sono radicalmente modificati nel corso di questo secolo, ma un “controllo di qualità” è sempre esistito.

Potremmo dire che già nella Genesi, con la frase “...e Dio vide che ciò era buono...” (Gn 1,4), veniva verificata la conformità del creato al progetto, ed anche che quanto prodotto era buono e che le sue caratteristiche potevano essere “viste”.

Sin dall'antichità il “sistema della qualità” è stato legato al livello di potere più elevato. All'epoca dei faraoni esistevano già delle figure che potevano essere paragonate ai primi ispettori per la “qualità professionale”. Questi dovevano verificare la qualità dei blocchi di pietra inviati dalle cave, che dovevano rispondere a determinate caratteristiche, quali specifiche misure o particolari requisiti. I blocchi maggiori recavano solitamente i cosiddetti “marchi di cava” e venivano riportati il nome della piramide e del sovrano titolare, la data del distacco e dello sgrossamento del blocco, la cava di provenienza e la destinazione del blocco, il nome della squadra addetta al trasporto, le misure e a volte il peso del blocco, l'assise alla quale il blocco era destinato o l'indicazione della sua collocazione. Gli Egiziani hanno anticipato in questo modo molte delle prescrizioni delle norme della ISO 9000. E' interessante notare che gli Aztechi procedevano allo stesso modo.

Nel Medio Evo assistiamo alla comparsa delle corporazioni, che hanno saputo sviluppare bene il concetto della padronanza della qualità. Esse definivano, infatti, le regole, i sistemi di formazione e controllo che garantivano la conformità del prodotto. Questo sistema ha dato un grande impulso alla economia, ma ha determinato anche un freno al progresso. Le regole delle corporazioni (autocentrate ed *autoreferenziate*) vietavano ogni miglioramento e anche i “capolavori” dovevano rispettare le “regole”.

Nel 1664, in un rapporto a Luigi XIV, Colbert, che stava ristrutturando gli aspetti finanziari del regno, scriveva: “*se le nostre fabbriche, attraverso un lavoro accurato, garantiscono la qualità dei nostri prodotti, sarà nell’interesse degli stranieri approvvigionarsi da noi ed il denaro affluirà nel regno*”.

IL CONTROLLO DELLA QUALITA’

Con la rivoluzione industriale e fino agli anni Trenta il concetto predominante era quello del controllo sistematico del prodotto che usciva dalle fabbriche. L’obiettivo era separare il materiale non conforme da quello conforme e controllare e mettere a punto il processo produttivo per mezzo dell’esame degli errori ripetitivi e della ricerca della cause. Nel 1920, nel dipartimento qualità della Western Electric, grazie ad Edwards, la funzione qualità diventa indipendente dalla produzione e risponde direttamente alla management. Il controllo sistematico di tutti i prodotti, tipico del taylorismo, dell’organizzazione scientifica del lavoro e della catena di montaggio verrà migliorato con l’introduzione di controlli randomizzati della qualità dei prodotti. Le tecniche statistiche, teorizzate ed applicate sempre alla Western Electric da Shewart, rappresentano il primo esempio di questo sistema.

Nel secondo dopoguerra Edwards introduce la nozione dell’assicurazione della qualità, che diventa strumento di competitività e soprattutto implica il coinvolgimento di tutte le funzioni aziendali.

La qualità si estende quindi dalla produzione alla progettazione e viene teorizzata la necessità di coordinamento tra le differenti funzioni aziendali come momento fondamentale per il conseguimento della qualità. Negli anni Cinquanta prende corpo il concetto di “affidabilità”, ovvero la persistenza nel tempo delle prestazioni del prodotto. E’ in questi anni che entrano nella scena i nomi che segneranno in maniera indelebile lo sviluppo delle tematiche della qualità. Feigenbaum pubblica nel 1945 *Quality as a management* in cui descrive le esperienze sulla qualità alla General Electric, ovvero la prima applicazione del Total Quality Control (TQC). Accanto a lui, nella elaborazione del TQC, hanno un posto di rilievo Deming e Juran. Entrambi sono allievi di Shewart, ma il loro insegnamento non trova terreno fertile negli Stati Uniti d’America. Il

motivo è probabilmente da ricercare nel fatto che proponevano un cambiamento ad un mondo industriale che era all'apice del successo e che era pertanto restio a modificare i propri schemi di funzionamento. A metà degli anni Cinquanta Deming prima e Juran poi vengono invitati a tenere una serie di incontri con i dirigenti giapponesi. Da questi incontri scaturirà l'approccio giapponese alla Qualità.

Negli anni Sessanta Crosby, noto per lo slogan "zero difetti", in realtà lancia dalla Martin Marietta un messaggio più complesso, secondo il quale "quality is free", con l'obiettivo di eliminare l'equazione "qualità uguale costi". Attraverso la qualità bisogna "fare bene le cose fin dall'inizio ed ogni volta": questo porta all'abbattimento dei *costi della NON qualità* e pertanto la "qualità" non costerebbe nulla.

LA GARANZIA DELLA QUALITÀ

Negli anni Settanta, si radica la metodologia della "garanzia della qualità", basata sui requisiti dell'organizzazione per la qualità. Il principale contributo allo sviluppo della garanzia della qualità è stato dato dal regolamento federale degli Stati Uniti d'America con i 18 punti dell'appendix B, applicato dapprima in campo nucleare civile e poi anche in altri campi tecnologici. I principi ispiratori della garanzia della qualità erano:

- a) La direzione identifica gli obiettivi di qualità e definisce la politica della qualità;
- b) La direzione definisce la struttura organizzativa e la funzione qualità che predispone, verifica e adegua il piano qualità;
- c) La direzione fissa i criteri di formazione del personale;
- d) Le attività importanti per la qualità vengono definite e regolamentate attraverso procedure;
- e) Viene data garanzia che quanto descritto viene poi applicato.

Le novità erano:

- a) La qualità come responsabilità di tutti (della direzione in primo luogo) e come prodotto di sistema;
- b) L'applicabilità dei servizi;

- c) L'accento posto sulla progettazione, pianificazione, verifica, documentazione del sistema;
- d) L'estensione della "qualità" ai fornitori;
- e) Le qualità del "prodotto" e la persistenza nel tempo della qualità possono essere garantite solo se esiste un sistema diffuso in tutta l'organizzazione.

Questo approccio assolutamente innovativo presentava però, visto a posteriori, un "difetto" di fondo, vale a dire *l'imposizione per legge* e di conseguenza tre rischi:

- a) La proliferazione di documenti ed interventi, anche non necessari, ed il pericolo di rallentamenti ed intralci per interpretazioni eccessivamente fiscali e burocratiche delle norme;
- b) La trasformazione dell'obiettivo primario da raggiungere (garanzia e sicurezza della qualità) nella esclusiva necessità di dimostrare a tutti i costi che la qualità richiesta è stata ottenuta;
- c) La riduzione della garanzia della qualità a patrimonio esclusivo dei responsabili della funzione qualità.

LA QUALITÀ TOTALE

Nel secondo dopoguerra le metodologie e le tecniche della qualità teorizzata da Deming e Juran trovano attenti ascoltatori e fedeli interpreti nel Giappone distrutto dagli eventi bellici. I risultati sono drammaticamente evidenti confrontando i prodotti giapponesi degli anni Cinquanta con quelli attuali. L'approccio giapponese, stimolato da Juran, è basato sul miglioramento continuo, sul superamento, grazie allo sforzo di tutti, degli standard prefissati. La cultura orientale aveva un indubbio vantaggio su quella occidentale: "La cultura occidentale è una cultura del dono. La cultura confuciana (Giappone, Corea, Cina, Taiwan, Vietnam) è una cultura del perfezionamento, volontà del lavoro paziente e perseveranza".

Solamente con gli anni Ottanta, sull'esempio del Giappone e del suo successo, si è diffuso in Europa e negli Stati Uniti il concetto della qualità come fattore di competizione basato sul coinvolgimento dell'intera azienda, e quindi come agente di cambiamento organizzativo.

L'impostazione giapponese, che, come abbiamo detto, risale agli anni Cinquanta grazie all'opera di Feigenbaum, Deming, Juran, è *un approccio sistemico e sistematico alla qualità, non legato ad imposizioni di legge*, e diviene un modo di gestire globalmente la qualità per assicurare la piena soddisfazione del cliente (e della direzione). Esso può essere spiegato con le parole di Feigenbaum: *“Il Total Quality Control è un sistema efficace per integrare gli sforzi di sviluppo, mantenimento e miglioramento della qualità dei vari gruppi di un'organizzazione affinché marketing, ingegneria, produzione e assistenza si svolgano ai massimi livelli di economia, compatibilmente con la soddisfazione del cliente”*.

Questo approccio globale comporta la messa in opera di un **Sistema Qualità Totale (TQS)** definito come la struttura organizzativa, riconosciuta e documentata in un sistema integrato, efficace e conforme a procedure gestionali e tecniche, predisposta per guidare e coordinare persone, macchine ed informazioni nel modo migliore e più pratico, ai fini dell'ottenimento della soddisfazione del cliente al minor costo possibile per l'azienda. Questo approccio è tornato in USA ed in Europa assieme al successo dei prodotti giapponesi come **Qualità Totale** e la sua gestione è nota come **Total Quality Management**.

Le novità della Qualità Totale possono essere così schematizzate:

1. Il cliente e la sua soddisfazione sono condizioni essenziali per la sopravvivenza dell'azienda.
2. Il miglioramento continuo di prodotti e servizi, ossia la riduzione dei livelli cronici di difettosità, è l'unica strada per la soddisfazione del cliente.
3. La cooperazione di tutti gli uomini all'interno dell'azienda, a partire dal top management, è assolutamente necessaria.
4. La direzione deve assumere in prima persona la conduzione del miglioramento, stabilendo politiche, obiettivi, metodi organizzativi e di controllo.
5. L'addestramento e la formazione delle discipline della qualità devono interessare tutto il personale.
6. La vecchia equazione qualità = costi viene disconosciuta.

L'ottenimento della qualità intesa come idoneità all'uso e conformità alle specifiche richiede che tutte le componenti interne ed esterne (fornitori)

che partecipano alla realizzazione del prodotto o servizio abbiano un orientamento attivo alla qualità.

La successione delle attività attraverso le quali si realizza la idoneità all'uso è rappresentata nella spirale della qualità di Juran (Fig. 1).

La chiave del successo passa attraverso l'integrazione della "garanzia della qualità" e della "qualità totale", facendo della garanzia della qualità la base per il funzionamento delle strutture. Ma per evitare l'inerzia, la burocratizzazione e la forza dell'abitudine, essa deve essere sostenuta e continuamente stimolata dalla "qualità totale" intesa come miglioramento continuo per la soddisfazione del cliente (Tab. 1).

La qualità ha innanzi tutto alcuni obiettivi:

- *La soddisfazione del cliente;*
- *La soddisfazione dell'operatore;*
- *La soddisfazione dell'azienda (il successo porta alla diminuzione dei costi).*

Le tecniche per la qualità non sono obiettivi, ma mezzi per raggiungere gli obiettivi descritti. Il successo della qualità (totale, assicurazione, gestione, verifica, revisione) si misura sul metro della soddisfazione del cliente, sulla riduzione dei costi e sulla soddisfazione dell'operatore. Da un lato abbiamo quindi la qualità dei prodotti e servizi erogati, intesa come aderenza alle specifiche, ma anche come regolarità delle prestazioni. Per garantire la regolarità, è necessario rendere affidabili tutti gli anelli della catena di attività che garantiscono il prodotto e/o servizio finale, nella certezza che il mancato funzionamento di uno solo degli anelli della catena comprometterà il risultato finale rendendo vani tutti gli sforzi degli altri settori. L'assicurazione della qualità ha quindi come suo mandato non tanto e non solo quello di correggere gli errori, ma di cercare di prevenire in maniera metodica e sistematica le fonti della "non qualità". Questa visione sistemica della qualità trova una sola guida nelle norme UNI EN ISO 9000.

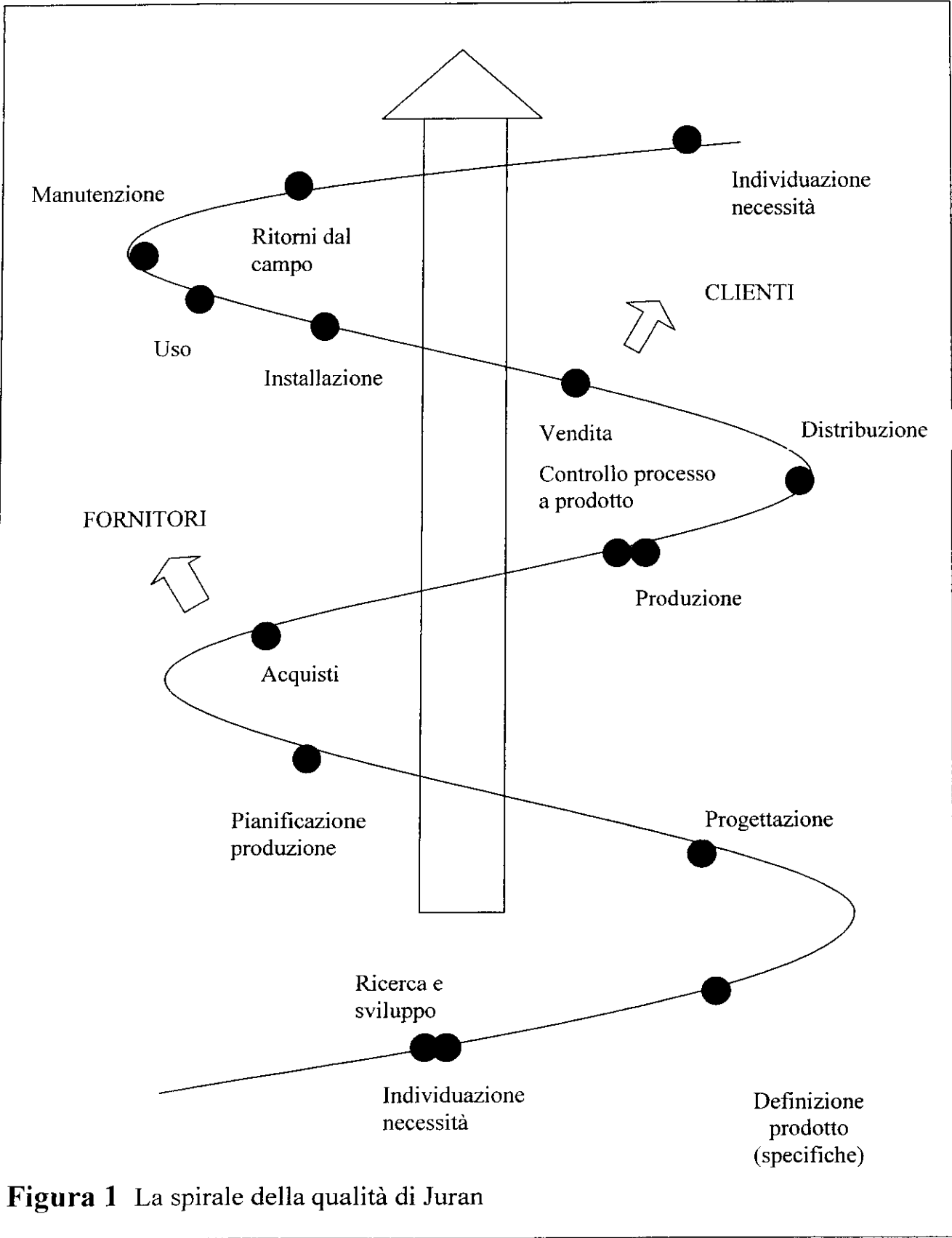
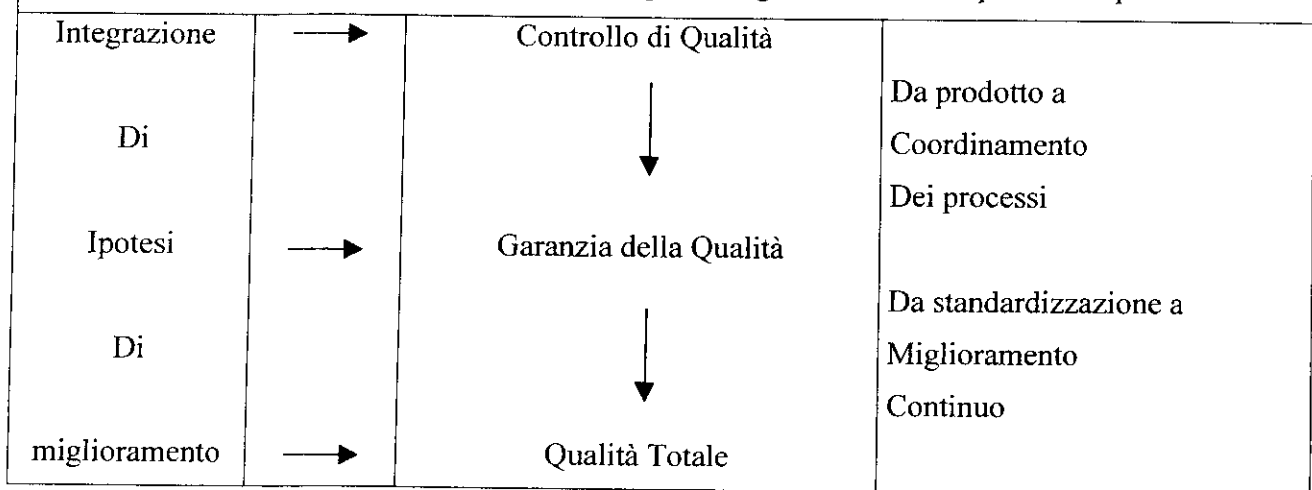


Figura 1 La spirale della qualità di Juran

Tabella 1 Integrazione di controllo di qualità, garanzia della qualità e qualità totale



LA CERTIFICAZIONE ISO 9000

I precursori delle norme ISO 9000 sono stati gli standard militari, denominati "MILQ 9858 program RQT's", norme di qualità che sono state emanate nel 1963.

Nel 1975 nasce l'ISO, Organizzazione Internazionale di Standardizzazione, con la creazione di un comitato tecnico che si occupa dell'assicurazione della qualità. Questo comitato aveva il mandato di rendere univoche le varie normative nazionali o le normative nei singoli settori (aeronautico, spaziale, nucleare, ecc.). Ad esempio, in Gran Bretagna le regole di assicurazione qualità erano state applicate per la creazione di un sistema nazionale per la assicurazione della qualità denominato UKBS 5750.

Un altro evento importante è stato poi lo sviluppo delle tecnologie nucleari, che richiedevano degli elevati livelli di qualità, intesa soprattutto come sicurezza e affidabilità, cosicché nel 1983 sono state emanate le norme che disciplinavano questo settore, denominate norme UNI 8450 nucleari.

Nel 1987 fu emanata la prima edizione delle norme ISO 9000, revisionate nel 1994.

A livello internazionale la emissione di norme spetta all'ISO. Queste norme vengono recepite a livello europeo dal Comitato Europeo di Normizzazione o Normazione (CEN), che emette le norme con la sigla EN (EuroNorme). In Italia la traduzione delle norme spetta all'Ente Nazionale Italiano di Unificazione (UNI), che emette norme con la sigla UNI.

Pertanto le norme siglate UNI EN ISO 9000 stanno ad indicare la validità a livello italiano (UNI), europeo (EN) e mondiale (ISO).

La famiglia ISO 9000 può essere utilizzata da una azienda come guida nella gestione per la qualità in due modi, che si possono denominare rispettivamente “stimolato dalla direzione”, se non vincolato ad alcuna richiesta contrattuale (e quindi volontario o per libera scelta dal management), oppure “stimolato dalle parti interessate” come risposta a richieste dirette da parte dei clienti o di altre parti interessate (e quindi obbligatorio). **Il sistema qualità messo in atto con l’approccio “volontario” sarà solitamente più esteso e fruttuoso di quello “obbligatorio”.**

Queste procedure, oltre che un impegno lavorativo per la ristrutturazione dell’organizzazione, richiedono anche un impegno economico per la necessità di assumere dei consulenti e un onere economico diretto che viene richiesto dagli enti di certificazione a titolo di rimborso spese. Quali sono quindi i motivi che hanno spinto le aziende ad assumersi l’onere della certificazione? Per le industrie queste motivazioni sono principalmente correlate alla possibilità di migliorare l’efficienza del sistema di qualità aziendale. Implementando infatti, un sistema in grado di controllare con continuità i prodotti, si rendono necessari meno rifacimenti e ciò si traduce in un risparmio economico. La certificazione dei fornitori può consentire, inoltre, all’industria di risparmiare sui controlli dei prodotti forniti ai propri clienti. La certificazione ha poi un impatto favorevole sull’immagine aziendale e quindi sulla gestione del marchio e sulla pubblicità dell’azienda, che può comunicare ai propri clienti di essere riuscita ad ottenere la certificazione.

La certificazione intesa come stato dell’arte può, infine, dare garanzie che potrebbero esonerare l’industria da responsabilità legali da prodotto, come riportato nel DPR n. 224. L’industria certificata può dimostrare ad un giudice di aver messo in atto una serie di controlli trasparenti, verificabili e verificati da enti terzi sui propri prodotti, e quindi in caso di contenzioso questo sicuramente può giocare a favore dell’industria.

La certificazione consente di recuperare in grossa parte il *costo della non qualità*, che da indagini effettuate è risultato abbastanza elevato. In sintesi, con l’applicazione delle norme ISO 9000 per l’impostazione del “Sistema Qualità” si hanno benefici interni ed esterni.

I **benefici interni** si possono riassumere in :

1. Revisione della organizzazione;
2. Coinvolgimento di tutti gli operatori;
3. Formazione e sviluppo professionale degli operatori;
4. Definizione della responsabilità;
5. Definizione delle procedure.

I **benefici esterni** si possono riassumere in:

1. “leggibilità” dell’organizzazione dall’esterno;
2. conservazione o acquisizione di quote di mercato;
3. miglioramento dell’immagine aziendale;
4. riduzione dei costi derivanti dalla identificazione della “non qualità”.

In una indagine eseguita dall’ISO nel gennaio-febbraio 1995 si è visto che in Europa, in campo industriale, 55.400 industrie di 35 Paesi avevano a quella data ottenuto la certificazione. La maggior parte di queste (36.823) erano industrie del Regno Unito, poiché in questo Paese prima degli altri la normazione aveva trovato un ampio spazio e le verifiche ispettive “di parte seconda” erano state, ad opera di Margareth Thatcher, trasformate in certificazione “di parte terza”. Vedremo poi le differenze tra certificazione di parte seconda e di parte terza. In particolare in Italia 2008 industrie si erano certificate al giugno del 1994. Nella classifica europea, escluso il Regno Unito, l’Italia è al 4° posto, dopo la Germania con 3470 industrie, la Francia con 3359 industrie, l’Olanda con 2718 industrie. In USA e Canada erano state certificate alla stessa data 4830 industrie e in Australia e Nuova Zelanda 4628 industrie.

LA FOLOSOFIA GENERALE

La normazione è definita dall’ISO come “l’attività che trova soluzioni ottimali a problemi che si ripetono nel campo della scienza, della tecnica e dell’economia: essa tende ad ottenere il grado ottimale di ordine, in un dato contesto. Si esplica generalmente attraverso l’elaborazione, la pubblicazione e la messa in atto di norme”.

La certificazione secondo le norme ISO della serie 9000 viene definita nella guida delle norme ed in particolare nelle EN 45020: *“la certificazione è l’atto mediante il quale un ente terzo indipendente dichiara che, con ragionevole attendibilità, un determinato prodotto, processo o servizio è conforme a una specifica norma”*. Nella certificazione si fa quindi riferimento ad una serie di norme, che con sono altro che accordi contenenti specifiche tecniche o altri criteri destinati a essere utilizzati sistematicamente come regole, linee direttive o definizioni di caratteristiche, per assicurare che materiali, prodotti, processi e servizi siano adatti al loro impiego. La certificazione ed il “valore” di un certificato dipendono dalla capacità dell’azienda e dall’emittitore del certificato di lavorare in modo corretto, dalla capacità di dimostrarlo (Sistema Qualità) e di ottenere la fiducia del cliente (Garanzia della Qualità).

La certificazione viene effettuata da organismi indipendenti, denominati “organismi di certificazione”. Affinché la certificazione abbia validità ampiamente riconosciuta occorre che l’organismo di certificazione abbia la dovuta competenza e indipendenza di giudizio, derivante dall’essere “accreditato”, a sua volta, secondo le norme UNI CEI ISO 45000 e UNI CEI 70000, presso l’ente riconosciuto a livello nazionale. La certificazione qui descritta secondo le norme ISO è la certificazione di “parte terza”. Esiste infatti la possibilità (non più riconosciuta a livello internazionale come significativa), che il produttore autocertifichi il suo prodotto (parte prima), o che il cliente direttamente svolga l’azione di certificazione del proprio fornitore (parte seconda).

A livello mondiale gli enti sono stati divisi in due gruppi: gli enti che si occupano della normazione del settore elettrico ed elettrotecnico denominati IEC (Comitato Elettrotecnico Internazionale) e gli enti che si interessano della normazione di tutti gli altri settori racchiusi nella sigla ISO.

In Italia troviamo il CEI (Comitato Elettrotecnico Italiano) per il settore elettrico e l’UNI (ente nazionale italiano di UNICertificazione) per tutti gli altri settori. L’UNI recepisce e traduce in italiano le normative mondiali ed europee; pertanto le norme ISO 9000, ovvero EN 29000, in Italia sono recepite e tradotte nella serie UNI EN ISO 29000, ovvero UNI EN ISO 9000 (Tab. 2).

Le norme ISO sono costituite da una serie di capitoli ognuno dei quali si occupa di aspetti particolari del problema della valutazione e certificazione dei sistemi di qualità. Ognuno di questi capitoli è contrassegnato da una sigla. Queste norme sono emanate a livello internazionale dall'ISO e vengono poi tradotte in italiano dall'UNI. L'ISO provvede a revisionare le norme ogni cinque anni.

Tabella 2 Gli enti di normazione e le relative norme

International Organization for Standardization (ISO)	Comitato Europeo per la Normazione (CEN)	ENTE Nazionale Italiano di Unificazione (UNI)
ISO 9000	EN 29000	UNI EN 29000 (UNI EN ISO 9000)

Il primo capitolo viene denominato UNI EN 28402 e si occupa della terminologia della qualità. Esso è una sorta di glossario per la definizione e la corretta interpretazione dei termini che vengono utilizzati nelle norme (Tab. 3).

Le norme si dividono in norme fondamentali e norme di supporto: le norme fondamentali sono le ISO 9001, 9002, 9003, 9004/1, le norme di supporto sono tutte le altre. Le verifiche ispettive sono disciplinate dai capitoli denominati ISO 10011/1/2/3 (UNI EN 30011/1/2/3). I capitoli successivi sono costituiti da una serie di guide, che danno informazioni per l'applicazione delle norme fondamentali. I criteri di scelta e di utilizzazione delle norme sono contenuti nelle UNI EN ISO 9000/1. La guida che si occupa dell'applicazione delle ISO 9001, 9002 e 9003 viene denominata ISO 9000/2 (UNI 10188), quella per la realizzazione del manuale della qualità è denominata ISO/DIS 10013 (in pubblicazione). Le UNI EN 29000/3 sono una guida per l'applicazione delle ISO 9001 allo sviluppo, alla fornitura e alla manutenzione del software. Le ISO 9000/4

sono una guida per la gestione del programma della fidatezza. Le ISO 9004 sono suddivise in varie parti, ciascuna delle quali sviluppa una guida per uno specifico argomento o settore (Tab. 4).

Tabella 3 La normativa per la qualità pubblicata dall'UNI

Capitoli	Contenuto
UNI EN 28402	Qualità. Terminologia
UNI EN ISO 9000 / 1	Norme di gestione per la qualità e di assicurazione della qualità. Guida per la scelta e l'utilizzazione
UNI EN ISO 9001	Sistemi qualità. Modello per l'assicurazione della qualità nella progettazione, sviluppo, fabbricazione, installazione ed assistenza
UNI EN ISO 9002	Sistemi qualità. Modello per l'assicurazione della qualità nella fabbricazione, installazione ed assistenza
UNI EN ISO 9003	Sistemi qualità. Modello per l'assicurazione della qualità nelle prove, controlli e collaudi finali
UNI EN ISO 9004 / 1	Gestione per la qualità ed elementi del sistema qualità.
UNI EN 29004 / 2	Guida generale
UNI 10188 (sperimentale)	Elementi di gestione per la qualità e del sistema qualità.
	Guida per i servizi
	Guida generale per l'applicazione delle UNI EN ISO 9001, 9002, 9003

Tabella 4 Architettura della normativa per la qualità

Norme di supporto	
UNI EN 28402	Qualità - Terminologia
Norme fondamentali	
UNI EN ISO 9001	Scopo contrattuale – garanzia per il cliente
UNI EN ISO 9002	Scopo contrattuale – garanzia per il cliente
UNI EN ISO 9003	Scopo contrattuale – garanzia per il cliente
UNI EN ISO 9004/1	Scopo non contrattuale
Guide	
UNI EN 29004 parte 2°	Guida per i servizi
UNI EN 9004 parte 3°	Guida per i materiali da processo continuo
ISO 9004 parte 4°	Guida per il miglioramento della qualità
ISO 9004 parte 5°	Guida per i piani della qualità
ISO 9004 parte 6°	Guida per l'assicurazione della qualità
ISO 9004 parte 7°	Guida per la gestione della configurazione
ISO 9004 parte 8°	Guida sui principi della qualità e loro applicazione alle pratiche di gestione
UNI EN ISO 9000/1	Guida per la scelta e l'utilizzazione delle norme di gestione per la qualità e di assicurazione della qualità
ISO 9000/2 (UNI 10188)	Guida per l'applicazione delle ISO 9001, 9002, 9003
UNI EN 29000/3	Guida per l'applicazione della ISO 9001 allo sviluppo, alla fornitura e alla manutenzione del software
ISO 9000/4	Guida per la gestione del programma della fidatezza
ISO DIS 10013 (in pubblicazione)	Guida per lo sviluppo di un manuale della qualità

V.R.Q. – M.C.Q.: LA TEORIA DELLA QUALITY ASSURANCE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha raccomandato recentemente di:

- introdurre il Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) nelle politiche sanitarie;
- promuovere sia a livello nazionale che locale l'MCQ;
- mettere a disposizione risorse finanziarie per l'MCQ;
- predisporre sistemi integrati di controllo della qualità di gestione;
- incoraggiare le associazioni professionali ed i dirigenti generali dei servizi sanitari a sostenere i programmi di formazione in MCQ;
- attivare sistemi di incentivi e di feed back che facilitino l'MCQ.

Il riordino del 1992 del SSN fa esplicito riferimento alla Verifica e Revisione della Qualità ai fini dell'accreditamento delle istituzioni sanitarie. Per capire le motivazioni e analizzare i caratteri di questa metodologia, occorre risalire all'inizio del dibattito sulla qualità dell'assistenza sanitaria, agli inizi degli anni '80, che è stato caratterizzato da una visione della qualità riferita esclusivamente alla "qualità tecnico-scientifica o professionale". L'approccio legato allo sviluppo della ricerca scientifica, della tecnologia, della competenza degli operatori sanitari veniva inteso come la capacità dei professionisti sanitari di scegliere e praticare gli interventi corrispondenti allo stato di avanzamento delle conoscenze tecnico-scientifiche. Veniva fatta propria, quindi, la definizione di qualità nei servizi sanitari formulata da Donabedian: "Rapporto tra i miglioramenti ottenuti nelle condizioni di salute e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base dello stato attuale delle

conoscenze, delle tecnologie disponibili e delle circostanze dei pazienti". Nasceva, quindi, **la metodologia della Quality Assurance** o Verifica e Revisione della Qualità dell'Assistenza Sanitaria (VRQ) - **promossa in Italia dalla Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (VRQ), fondata nel 1984** - che sta a significare "garanzia di qualità", e indica la preoccupazione degli operatori sanitari di fornire prestazioni garantite dal punto di vista delle metodiche professionali. Questa focalizzazione non intende, però, discriminare gli aspetti della qualità legati al management, alla gestione o alla soddisfazione dei cittadini-utenti. Ciò è stato dimostrato, come diremo meglio in seguito, dal successivo sviluppo della VRQ, influenzato dai principi del Total Quality (TQ), che ha fatto sì che fosse inserita nella qualità professionale anche la capacità di interagire con il paziente in modo da favorire il raggiungimento dell'esito enfatizzato dalla TQ, **ossia la soddisfazione del cliente**. La qualità percepita, pertanto, è un elemento della qualità anche per la VRQ, ma non il principale. Il punto centrale resta sempre la **qualità professionale** che, secondo questa metodologia, resta il principale elemento per erogare prestazioni appropriate, efficaci ed efficienti. Le motivazioni a sostegno della centralità del **professionista sanitario** sono tre:

- esiste una scarsa o poco corretta informazione sanitaria del cittadino;
- il mercato sanitario, per la sua peculiarità, non può assimilarsi a quello industriale;
- la sanità è un settore a forte caratterizzazione tecnico-professionale, con una tradizionale autonomia del professionista.

In particolare, considerando le responsabilità che hanno soprattutto i medici sulle decisioni finali, che riguardano gli interventi diagnostici e terapeutici, e sull'utilizzo delle risorse, - secondo i promotori della VRQ - è evidente che essi devono essere coinvolti nella gestione della sanità e nel definire le politiche e le strategie rivolte a garantire ai pazienti un'assistenza sanitaria della migliore qualità possibile, puntando su scelte prioritarie e sull'appropriatezza degli interventi.

IPOTESI DI UNA GRIGLIA DI PROGETTAZIONE DI UN PROGRAMMA VRQ_MCQ

A nostro avviso il sistema qualità deve essere predisposto e mantenuto in modo che dia la garanzia di un prodotto conforme alle specifiche; **deve essere garantita** la documentazione del sistema attraverso la stesura del **Manuale della qualità** che deve descrivere per ogni punto della norma le politiche, le procedure e le responsabilità, delineando la struttura stessa della documentazione del sistema; **devono essere descritte** le procedure gestionali del sistema (ad esempio quelle riguardanti l'igiene e la sicurezza o la gestione dei reclami) e quelle operative (ad esempio come si effettua un determinato esame di laboratorio), con un grado di dettaglio che è funzione della complessità del lavoro, dei metodi usati, del tipo di addestramento ricevuto dal personale; **la documentazione** deve essere completata con la cosiddetta pianificazione della qualità, che contiene informazioni generalmente non incluse nel manuale e nelle procedure perché curata direttamente da funzioni specifiche della struttura; possono rientrare in questo tipo di documentazione i piani di controllo, le specifiche di servizio, i materiali e le attrezzature acquistati, i sistemi di controllo e di taratura delle strumentazioni, ecc.

Le fasi della VRQ

1. **Identificazione del problema:** determina la probabile esistenza di problemi nella cura del paziente.
2. **Selezione delle priorità:** determina l'ordine nel quale i problemi identificati saranno affrontati.

3. **Metodologia:** seleziona un metodo appropriato per determinare le dimensioni di ogni problema.
4. **Criteri e standard:** vengono individuate e scritte specifiche norme riguardanti aspetti misurabili delle cure. Queste sono chiamate "criteri" e possono essere riferite alle strutture (organizzazioni, ambiente fisico, ecc.), ai risultati (morbilità, risposta al trattamento, mortalità, ecc.), o al procedimento (diagnostico, laboratoristico o terapeutico da perseguire o da evitare). Per ogni criterio viene specificato un livello di evenienza accettabile e questo è chiamato "standard".
5. **Individuazione delle carenze:** viene misurato il risultato attuale e quindi confrontato con ogni criterio o standard. Ogni risultato che si ponga a livelli inferiori agli standard prestabiliti costituisce una "carenza".
6. **Azioni per risolvere le carenze:** viene pianificato un programma per risolvere ogni carenza identificata, che si basi sulle probabili cause.
7. **Rivalutazione delle cure:** dopo un adeguato intervallo di tempo dall'inizio delle misure correttive, è necessaria una rivalutazione per verificare che le carenze siano state realmente corrette. Se ciò non è avvenuto, le fasi 6 e 7 devono essere ripetute.

In questo programma ci sono diversi aspetti di carattere fondamentale che vanno analizzati:

- l'enfasi posta sulla valutazione degli esiti di salute;
- il problema della misurazione della qualità;
- la diversa concezione dell'"errore in medicina", quando questo costituisce la carenza individuata.

Per quanto riguarda il primo aspetto, l'enfasi posta sulla valutazione degli esiti di salute rappresenta la caratterizzazione della VRQ rispetto al TQM o alla certificazione ISO, dove l'accento viene posto sul ruolo chiave del processo. Cruciale, poi, è la misurazione della qualità, e quindi la definizione delle specifiche individuate nella fase 4. Le specifiche, nel caso della sanità, sono i criteri, gli standard, gli indicatori, in pratica quelle

variabili misurabili che permettono di verificare se c'è o non c'è conformità ai criteri individuati, rispetto ai quali occorre impegnarsi. Per quanto riguarda il terzo aspetto, la convinzione di fondo in questo processo è che la limitatezza della scienza medica deve portare ad una rivalutazione etica e organizzativa dell'“errore in medicina”. Si ritiene, in altre parole, che l'errore debba essere considerato in senso positivo, come il punto di partenza perché sia corretto e non ripetuto. Pertanto le attività di valutazione e miglioramento non sono fiscali e punitive, ma educative e finalizzate al miglioramento continuo delle prestazioni. Merito della VRQ, inoltre, è quello di avere stimolato l'esigenza di un dibattito sull'appropriatezza degli interventi, sia professionali che organizzativi. La VRQ ha posto in rilievo questo aspetto non solo per quanto riguarda il corretto decorso terapeutico, ma anche in relazione al problema costi-benefici, suscitato dalla limitatezza delle risorse economiche e dalla crescita dei bisogni sanitari (per l'aumento dell'età media della popolazione e per un livello più elevato di benessere sociale e di attese dei cittadini). Ne consegue che l'esigenza del corretto utilizzo delle risorse e dell'appropriatezza degli interventi sono, nella VRQ, aspetti fondamentali per garantire la buona qualità dell'assistenza. Qualità significa, pertanto, anche l'appropriatezza degli interventi e, quindi, riduzione dei costi della non qualità: “La correlazione tra qualità e contenimento dei costi è reale: il costo della non qualità è il costo che deriva dal fare le cose male. Si tratta allora di evitare gli sprechi, gli scarti, la ripetitività delle procedure, l'incongruità delle richieste, ecc. Bisogna pensare fin dall'inizio alla qualità attraverso la prevenzione dei problemi tenendo presente che è sempre più economico fare le cose bene fin dall'inizio” Possiamo quindi dire che per la VRQ occorre:

- contrastare la tendenza al consumismo sanitario e agli sprechi per inappropriate prescrizioni diagnostico-terapeutiche che assorbono inutilmente e dannosamente risorse altrimenti utilizzabili;
- favorire l'appropriatezza degli interventi preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi, possibili in termini costi-benefici, e la diffusione rapida delle innovazioni che si sono dimostrate realmente valide.

Il modello VRQ giunge pertanto alla convinzione che la qualità ottimale è quella che rappresenta il massimo di beneficio ottenibile utilizzando al meglio le risorse disponibili. Questo significa, in termini di spesa, che i

benefici ottenibili hanno una correlazione precisa con i costi economici, per cui quando la qualità aumenta viene raggiunto un livello oltre il quale l'ulteriore incremento delle risorse non produce che vantaggi marginali. Lo sviluppo della VRQ è stato successivamente caratterizzato dall'influenza dei modelli dinamici di Total Quality. Questa evoluzione ha portato alla convinzione che occorre puntare non solo sulla correzione delle carenze (VRQ), ma al Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), intervenendo anche quando essa sia elevata. Il necessario coinvolgimento del personale, con questo nuovo sviluppo, non riguarda solo quello sanitario, ma deve essere globale e continuo. Con questo nuovo sviluppo l'attenzione, quindi, va rivolta alla "prevenzione" dei problemi, ai "processi" che coinvolgono l'intera struttura, considerando sia gli aspetti "clinici" che quelli "gestionali-organizzativi", e ai risultati.

Possiamo così delineare il processo evolutivo:

Confronto tra le caratteristiche principali della VRQ e dell'MCQ

correzione dei problemi	prevenzione dei problemi
attenzione agli esiti	attenzione ai processi e agli esiti
enfasi sugli aspetti clinici	enfasi sugli aspetti clinici e non clinici
responsabilità di poche persone	responsabilità di tutti
non produce cambiamento generalizzato	è orientato alla diffusione di una cultura della qualità
approccio statico	miglioramento continuo

La strategia VRQ-MCQ, come si è detto, richiede il coinvolgimento di tutti gli operatori, avviando un'attività di sensibilizzazione, formazione ed addestramento del personale alle metodologie di VRQ-MCQ, e prevede un miglioramento lento, ma graduale, che può essere organizzato in modo sistematico sia con attività individuali sia di gruppo. A questo scopo sono previsti diversi gruppi di lavoro per il miglioramento:

- **Comitati clinici:** gruppi permanenti di esperti consulenti della direzione su un tema specifico.

- **Circoli di qualità:** gruppi permanenti di lavoratori appartenenti tutti alla stessa area di lavoro e/o alla stessa categoria professionale, che scelgono i problemi su cui lavorare.
- **Comitati di progetto:** gruppi temporanei multiprofessionali e multicentrici convocati per risolvere un problema specifico.
- **Gruppi di Kaizen:** gruppi temporanei appartenenti allo stesso servizio che si riuniscono per affrontare un problema specifico.

Per coinvolgere in gruppi gli operatori è necessario che ci siano dei progetti correlati ai problemi da risolvere. Anche nei programmi di VRQ-MCQ si parte, dunque, dall'identificazione dei problemi e dalla scelta delle priorità. Una delle convinzioni dei promotori della metodologia VRQ-MCQ, ad ogni modo, è quella di partire da micro progetti, "piccoli passi", escludendo l'opportunità di avviare un programma su un sistema di macro processi, come può essere un'intera struttura sanitaria. Create le basi per questa innovazione culturale, si interviene sui singoli processi agendo per gradi e utilizzando la già citata "Ruota di Deming":

P = PLAN, pianificare a fondo prima di agire;

D = DO, mettere in atto le azioni studiate;

C = CHECK, verificare l'esito delle azioni;

A = ACT, standardizzare e ripetere il processo se l'esito non è stato positivo.

Il metodo della ruota di Deming va integrato con i principali strumenti statistici conosciuti in ambito aziendale:

- il foglio raccolta dati;
- l'istogramma;
- il diagramma causa-effetto;
- il diagramma di Pareto;
- l'analisi per stratificazione;
- l'analisi di correlazione;
- la carta di controllo.

In concreto, per la realizzazione di un programma VRQ-MCQ, si potrebbe fare riferimento ad una griglia di progettazione di questo tipo:

Griglia di progettazione di un programma VRQ - MCQ

Analisi della situazione

Problema

- qual è il problema da affrontare (sanitario, organizzativo, formativo, ecc.)?
- il problema è ben enunciato?
- E' rilevante? Per chi?
- In base a quali criteri è stato scelto il problema?
- Chi ha effettuato questa scelta?

Soggetti

- Quali sono i soggetti da coinvolgere?
- Con quali ruoli?

Definizione degli obiettivi generali

- Quali sono a grandi linee gli obiettivi da raggiungere?
- Con quali criteri sono stati scelti?
- Da chi?
- Sono stati enunciati chiaramente?
- Sono realistici?
- Sono pertinenti?

Avvio della progettazione

Ricognizione delle risorse e dei vincoli

- Classi di risorse e vincoli: istituzionali, normativi, tecnico-scientifici, strutturali, finanziari, contestuali, socio-politici.

- Quali e dove reperire le risorse disponibili? Come mobilitarle?
- Quali sono le resistenze e i vincoli da superare?
- Qual è la potenza delle diverse risorse e vincoli?

Messa a punto delle strategie

- Come superare vincoli e resistenze?
- Come reperire le risorse necessarie?

Messa a punto di standard

- Esistono standard di riferimento?
- Sono accettabili?
- Come stabilire nuovi standard?

Definizione degli obiettivi intermedi e specifici

- Sono enunciati chiaramente?
- Come sono stati scelti?
- Sono pertinenti al problema e realistici?
- Sono misurabili?

Definizione del programma operativo

Pianificazione del protocollo operativo

- Flow Chart delle attività.
- Chi? Cosa? Come? Quando? In quanto tempo?

Pianificazione della strutturazione

- Chi, come quando governa, regola, valuta ciascuna fase del processo?

Pianificazione del piano di valutazione di processo e di risultato

- Individuazione dei punti critici.
- Identificazione di criteri, indicatori, standard.
- Predisposizione delle fonti informative e del sistema di elaborazione ed analisi dei dati.
- Definizione dei tempi di valutazione.

Effettuazione dello studio pilota

- Le risorse predisposte sono adeguate?
- I tempi previsti sono rispettati?
- Le fasi operative sono congrue?

Attuazione dell'intervento

Implementazione della valutazione di processo

Valutazione del risultato

Implementazione della valutazione di risultato

Diffusione delle informazioni

Al termine di questa disamina non certo esaustiva dei principali elementi che caratterizzano il sistema ISO, illustriamo brevemente l'iter della certificazione che, come è stato già puntualizzato, costituisce un passaggio eventuale e volontario di formalizzazione di quanto già

realizzato per il miglioramento della propria organizzazione. Dopo l'invio della domanda ad un ente di certificazione scelto tra quelli accreditati dal già citato Sincert, occorre far pervenire al team di valutazione dell'ente stesso **il manuale della qualità** messo a punto in azienda. All'esame della documentazione segue un visita ispettiva, durante la quale si compila sotto forma di domande una lista di riscontro allo scopo di verificare se quanto descritto nel manuale corrisponde alla realtà. I dati raccolti nella lista permettono la stesura di un rapporto discusso nell'ambito dell'organismo di certificazione che a questo punto è in grado di deliberare in senso positivo o invitare l'azienda ad eliminare le non conformità. Il rilascio della certificazione non conclude l'iter poiché con cadenza generalmente annuale vengono effettuate visite di sorveglianza. Per concludere si può affermare che, al di là dell'opportunità di pervenire o meno al conseguimento della certificazione, definita anche "qualità formalizzata", le norme ISO costituiscono un sistema in grado di rinnovare profondamente l'organizzazione aziendale, una prima fondamentale tappa per giungere alla gestione strategica della qualità.

L'ACCREDITAMENTO NEI SERVIZI SANITARI

Le diverse forme assunte dai modelli di accreditamento nei vari Paesi del mondo industrializzato costituiscono un interessante metro di paragone tra i differenti modi di concepire l'erogazione e il controllo sull'assistenza sanitaria agli utenti nell'ambito dei diversi sistemi sanitari.

A questo proposito è interessante evidenziare come, sebbene l'embrione di accreditamento originario (comune a tutti i sistemi di accreditamento) scaturisca essenzialmente dall'impegno assunto all'inizio del secolo dall'American College of Surgeon a "standardizzare la struttura ed il modo di lavorare degli ospedali, per far sì che le istruzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale e che le istruzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del loro lavoro. In tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore e la gente avrà qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che s'ispirano ai più alti ideali della medicina" (Terzo Congresso dei Chirurghi del Nord America, 1912), tale programma si sia sviluppato, in tempi e modi anche molto differenti, in quasi tutti i Paesi occidentali.

I motivi di questa espansione dei modelli di accreditamento con le relative diversità sono molteplici, sicuramente il ruolo principale è stato e continua ad essere la ricerca di un sistema di controllo-regolazione ottimale che tenga conto delle sempre crescenti esigenze di qualità dell'assistenza erogata e, contemporaneamente, della necessità di controllarne la progressiva crescita, elementi comuni e caratterizzanti l'attuale sviluppo dei diversi sistemi sanitari occidentali.

La conoscenza delle modalità di sviluppo dei sistemi di accreditamento nei diversi Paesi, nonché delle procedure pratiche di accreditamento, possono rappresentare un utile strumento di lavoro per le regioni italiane che in questo momento sono chiamate a sviluppare autonomamente le procedure di accreditamento delle proprie strutture.

STATI UNITI

Costituisce sicuramente uno spunto di riflessione la dichiarazione, sopra riportata, dell'American College of Surgeon in cui il miglioramento continuo della qualità e la centralità del cittadino/utente sono evidenziati con forza come elementi cardine per il buon funzionamento e per il miglioramento del sistema sanitario, riflessione che diventa ammirazione se paragonata con la recente realtà italiana e contestualizzata all'inizio del secolo.

Tuttavia è altresì doveroso ricordare come la necessità per il sistema sanitario statunitense di dotarsi così precocemente di un sistema di verifica formale della corrispondenza delle strutture sanitarie a criteri qualitativi e organizzativi prefissati scaturisca essenzialmente dall'ampia diffusione in quel Paese di strutture sanitarie di tipo privato, sia a scopo di lucro sia di beneficenza, che in un regime di assoluto liberismo necessitavano di controlli sempre più rescati.

E' in questo senso che nel 1919, mediante l'Hospital Standardization Program, sono individuati, sempre dall'American College of Surgeon, i cinque criteri di accreditamento (minimum standard) delle strutture sanitarie:

1. I medici ed i chirurghi, autorizzati a praticare la professione nell'ospedale, devono costituire un corpo organizzato;
2. L'appartenenza al personale medico è limitata a professionisti provvisti di diploma di laurea in medicina, competenti nel loro campo e rispettosi delle regole deontologiche;
3. Il personale medico adotta, in accordo con il corpo dirigente, le regole di funzionamento dell'ospedale ed in particolare: una riunione mensile del personale medico; l'analisi regolare delle loro esperienze cliniche nei differenti servizi a partire dai dati delle cartelle cliniche;
4. Tutti i pazienti devono beneficiare di una cartella clinica precisa, accessibile e completa (storia personale e della malattia, esami, consulenze, diagnosi, ecc.);
5. L'ospedale deve disporre di attrezzature terapeutiche e diagnostiche sotto la responsabilità di personale competente, fra cui almeno un laboratorio e un servizio di radiologia.

Nel corso degli anni aderiscono a questa iniziativa diverse altre associazioni mediche tra cui l'American Medical Association, l'American

Hospital Association, l'American College of Physicians, la Canadian Medical Association (fino al 1958) e l'American Dental Association.

E' in questo contesto che nasce nel 1951 la Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH) che nel giro di due anni (1953) pubblica i suoi primi *Standards for Hospital Accreditation*, riguardanti requisiti minimi di strutture e competenze degli enti erogatori di servizi sanitari.

Tuttavia bisogna attendere il 1965 quando, attraverso il Medicare Act (e con il successivo programma Medicaid), lo Stato federale riconosce la validità all'accREDITAMENTO rilasciato dalla JCAH (attualmente 42 Stati riconoscono l'accREDITAMENTO da parte della JCAHO).

E' proprio in conseguenza dell'attivazione dei programmi Medicare e Medicaid (che finanziano a livello federale l'assistenza ospedaliera per anziani ed indigenti) che la politica di accREDITAMENTO si evolve passando dalla logica dei requisiti minimi a quella degli standard mirati a "promuovere e mantenere una grande qualità delle cure, attraverso l'analisi, il controllo e la valutazione delle pratiche cliniche esistenti". La concretizzazione di questa politica avviene nel 1970, con la pubblicazione del primo *Accreditation Manual of Hospitals*.

Il 1975 sancisce l'estensione degli standard a tutte le strutture sanitarie (ambulatori, case di riposo, ecc.) ed una migliore definizione di standard relativi all'uso degli antibiotici e dei farmaci, alla sicurezza, alla sorveglianza e al controllo delle infezioni ospedaliere, agli studi di appropriatezza d'uso delle tecnologie ospedaliere (utilization review), infine sono introdotti standard relativi alle attività di Quality Assurance svolte all'interno delle strutture.

Un altro momento chiave nel programma di accREDITAMENTO statunitense è sancito nel manuale del 1985 in cui sono presentate "le dieci tappe verso la qualità" alla base della metodologia della Quality Assurance, che comincia ad essere applicata negli ospedali e che diventerà uno degli elementi fondamentali per l'accREDITAMENTO delle strutture.

Nel 1988, con l'estensione delle attività di accREDITAMENTO alle strutture extra-ospedaliere, la Joint Commission assume l'attuale denominazione di Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO).

Nel 1986, sulla scorta delle esperienze realizzate in ambiti differenti da quello sanitario, soprattutto nel settore industriale, la JCAHO avvia un profondo ripensamento dell'intera filosofia di accREDITAMENTO, attraverso l'Agenda for Change, che si realizzerà compiutamente solo nel *Manuale di accREDITAMENTO* del 1995 (Scheda 1). Nel dettaglio, l'Agenda for Change:

- Pone enfasi sulla performance organizzativa mediante l'identificazione dei processi più rilevanti per gli esiti dell'assistenza;
- Introduce la valutazione di esito sanitario attraverso lo sviluppo di un opportuno sistema di indicatori;
- Ridefinisce il processo di accreditamento che è fatto precedere da un lungo iter di autovalutazione (e di supporto allo stesso).

SCHEDA 1

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATION COMPREHENSIVE ACCREDITATION MANUAL FOR HOSPITALS, 1995

La struttura del manuale

Il manuale è disegnato sulla logica delle macrofunzioni e dei processi organizzativi.

Sono innanzi tutto individuate 3 macrofunzioni:

- 1. Funzioni orientate al paziente**
- 2. Funzioni organizzative**
- 3. Funzioni di strutture di particolare rilevanza**
- 4.**

All'interno delle singole funzioni sono individuati i principali processi/attività che sostanziano:

- 1. Funzioni orientate al paziente:** *diritti del paziente; valutazione del paziente; assistenza al paziente; educazione; continuità alle cure.*
- 2. Funzioni organizzative:** *miglioramento della performance organizzativa; leadership; gestione dell'ambiente d'assistenza; gestione delle risorse umane; gestione delle informazioni; sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni.*
- 3. Funzioni di strutture di particolare rilevanza:** *governo; gestione; staff medico; nursing.*

Cioascuno dei processi individuati è scomposto – e descritto attraverso una flow chart – nei suoi elementi costitutivi (ad es. gli elementi costitutivi del processo di Leadership sono individuati in: pianificazione; direzione; coordinamento; valutazione e miglioramento). Di tale processo viene anche fornito il suo significato, il razionale e le relazioni con le altre

funzioni. Descrive anche l'obiettivo e lo scopo della funzione e i processi coinvolti nel raggiungimento dell'obiettivo.

Per ciascuno degli elementi che compongono il processo sono individuati i criteri specifici di valutazione. Viene così formata una griglia di valutazione (costituita da 580 criteri) che è applicata (in toto o in parte) a tutti i servizi/unità operative ospedaliere ed extraospedaliere. Inoltre gli stessi criteri vengono utilizzati per l'accreditamento dei dirigenti delle stesse strutture.

1. Funzioni orientate al paziente

Diritti del paziente: diritti del paziente; etica

Valutazione del paziente: valutazione iniziale; servizi di laboratorio; rivalutazione; decisione assistenziale; strutture di supporto per la valutazione del paziente; requisiti addizionali per pazienti.

Assistenza al paziente: pianificazione e attuazione assistenza; assistenza anestesiologicala; uso dei farmaci; assistenza nutrizionale; interventi chirurgici ed invasivi; assistenza riabilitativa; trattamenti speciali.

Educazione

Continuità delle cure

2. Funzioni organizzative

Miglioramento della performance organizzativa: pianificazione; strutturazione; sistema di misura; valutazione; miglioramento

Leadership: pianificazione; direzione; integrazione; miglioramento

Gestione dell'ambiente d'assistenza: strutturazione; attivazione; sistema di misura; ambiente sociale

Gestione delle risorse umane: pianificazione; training ed educazione; valutazione; etica

Gestione delle informazioni: pianificazione; dati ed informazioni specifiche del paziente; aggregazione dati; conoscenze; dati ed informazioni comparativi

Sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni

3. Funzioni di strutture di particolare rilevanza: governo; gestione; staff medico: organizzazione; credenzialità; nursing

Esplicitazione – lettura criteri

Il programma d'accreditamento preparato dalla JCAHO si differenzia dai modelli precedentemente esaminati per la maggiore complessità della valutazione dell'adesione dei criteri. In primo luogo i criteri sono

classificati, in base alla loro importanza, in A, B, C (dove A rappresenta i criteri fondamentali), inoltre per ciascun criterio è rappresentato il rationale della scelta del criterio stesso e le sue finalità, la modalità di rilevazione e il punteggio da attribuire. I risultati ottenuti dai supervisori (differenziati su una scala a cinque livelli da adesione sostanziale, significativa, parziale, minima a non adesione) sono analizzati da team specializzati nella valutazione dell'adesione dei criteri agli standard e i singoli punteggi derivati da tale processo sono aggregati in una griglia decisionale che è poi analizzata con complessi algoritmi decisionali che permettono di calcolare il punteggio finale dell'accreditamento. Diverse sono le tipologie di accreditamento rilasciate: non accreditamento; accreditamento condizionato; accreditamento provvisorio; accreditamento con raccomandazioni; accreditamento senza raccomandazioni; accreditamento d'eccellenza.

L'intenzione è di passare da una politica di accreditamento fondata sulla domanda: "l'ospedale ha la capacità di produrre assistenza di qualità?", alla cruciale: "l'ospedale produce assistenza di qualità?". In questo modo la JCAHO abbraccia, di fatto, la filosofia del Total Quality (assoluta e continua conformità alle aspettative del cliente esterno e interno) e del Total Quality Management (focalizzato sulle aspettative del cliente ma orientato a creare costanza di propositi verso il miglioramento continuo dei prodotti e servizi per far sì che ciascun membro dell'organizzazione si adoperi per compiere le trasformazioni necessarie a compiere questo processo).

CANADA

La storia dell'accreditamento in Canada comincia nel 1958 per iniziativa delle associazioni mediche e dell'Hospital's Association con l'istituzione del Canadian Council on Accreditation of Hospital (attualmente unica agenzia di accreditamento riconosciuta dal Segretario di Stato canadese e denominata Canadian Council of Health Services Accreditation o CCHSA) che si configura come entità autonoma separandosi dalla "cugina" JCAHO.

Dal 1980 ad oggi il Council ha accreditato più di 1300 strutture sanitarie i cui nomi sono resi pubblici ogni anno, mentre le strutture non accreditate non sono menzionate.

Pur derivando dal modello statunitense, esistono tuttavia, nel programma di accreditamento canadese, alcune differenze di tipo strutturale e funzionale riassumibili in:

- Minore rappresentanza della componente medica e maggiore rappresentanza di quella infermieristica nel comitato direttivo;
- Minore burocratizzazione e complessità della documentazione necessaria per l'accREDITAMENTO;
- Minore enfasi nel cercare di ridurre la discrezionalità degli ispettori/valutatori (surveyors);
- Particolare attenzione a non professionalizzare il processo ispettivo: i surveyors (un medico, un infermiere e un amministrativo) sono professionisti "senior" in servizio, addestrati ad hoc.

Nella Scheda 2 sono riportate le caratteristiche della procedura di accreditamento e dei criteri di accreditamento.

SCHEDA 2

CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION STANDARDS FOR ACUTE CARE ORGANIZATION, A CLIENT CENTRED APPROACH, 1995

Obiettivi del CCHSA sono promuovere il miglioramento della sanità e un efficiente uso delle risorse, focalizzando l'attenzione sul **cliente** e sui **processi** organizzativi e operativi. I valori su cui si fonda l'organizzazione promotrice dell'accREDITAMENTO sono: il rispetto per il cliente, l'onestà e l'integrità dei professionisti della salute, lo sviluppo dell'autovalutazione, il lavoro d'équipe ed interdisciplinare, la sensibilità del cliente, il miglioramento della qualità, l'enfaticizzazione dei risultati. Il programma di accREDITAMENTO è volontario, indipendente dalle agenzie governative ed è organizzato e amministrato da professionisti della sanità sotto il patrocinio del CCHSA. Il programma di accREDITAMENTO prevede che l'organizzazione della sanità possa assestare i propri livelli di prestazione su standard nazionali.

Il processo di accREDITAMENTO

Entrando nel dettaglio del processo di accREDITAMENTO del CCHSA, con particolare riguardo a quello delle strutture per acuti, è possibile schematizzarne brevemente i punti fondamentali della procedura:

1. Corresponsione ai criteri di eleggibilità per l'accREDITAMENTO: per accedere alla richiesta di accREDITAMENTO la struttura deve: essere

autorizzata (possedere la "license"), deve essere operativa da almeno 12 mesi e possedere un consiglio di amministrazione e un ordinamento formale dei servizi medici e infermieristici:

2. Accettazione della visita, con l'accettazione dei costi dell'accREDITamento (una quota annuale e una quota specifica per la visita);
3. Pianificazione della visita che è preparata inviando all'organizzazione da accreditare il manuale di accREDITamento, un questionario sul profilo dell'organizzazione (organizzazione, strutture e attività) da inviare ai supervisori almeno sei settimane prima della visita, una guida per pianificare la visita di accREDITamento (poiché la visita di accREDITamento prevede numerosi incontri con gruppi di operatori, l'organizzazione deve pianificare le modalità di tali incontri per garantire la disponibilità di tali operatori e non interrompere attività assistenziali fondamentali); parimenti è individuata la documentazione comprendente tutti i documenti che l'organizzazione deve inviare, almeno due settimane prima della visita, ai supervisori, in aggiunta sono elencati tutti i documenti che devono essere disponibili al momento della visita di accREDITamento;
4. Autovalutazione, che rappresenta il cardine della filosofia dell'accREDITamento canadese: gruppi di lavoro interni all'organizzazione (ciascuno formato da 10-15 membri) effettuano l'autovalutazione sulla base dei criteri presenti nel manuale di accREDITamento. Sono individuate tre tipologie di gruppi di lavoro: gruppi di assistenza al cliente/paziente (constano di nove aree assistenziali: ambulatoriale, oncologica, geriatrica, di emergenza e traumatologica, materno-infantile, medica, chirurgica, della salute mentale e delle terapie intensive e specialistiche); gruppi di supporto all'assistenza del cliente/paziente (sono divisi in tre aree fondamentali: gestione del sistema informativo, gestione e sviluppo delle risorse umane e gestione ambientale); gruppi dirigenziali/leadership. Per ciascuna area individuata viene formato un apposito team di autovalutazione, che è composto da rappresentanti di tutti gli operatori che operano in quella particolare area: i team così formati procedono quindi all'autovalutazione, ciascuno per i propri ambiti (mediante anche il coinvolgimento di altri membri dell'organizzazione); i risultati della procedura di autovalutazione sono inviati ai supervisori;
5. Visita di accREDITamento: ne sono stabiliti tempi e modalità sulla base dei documenti prodotti al punto precedente; la visita viene effettuata

mediante interviste dei gruppi di autovalutazione, revisione di documentazione, sopralluoghi nei dipartimenti e servizi da supervisionare (nelle strutture di grandi dimensioni può essere necessario campionare le aree e, quindi, i gruppi di lavoro). Durante la visita vengono, inoltre, intervistati campioni di clienti/pazienti delle diverse strutture;

6. Rilascio dell'accREDITAMENTO che viene effettuato dal Consiglio sulla base del rapporto finale dei supervisori che identifica per ciascuna area i problemi evidenziati e le raccomandazioni specifiche per il suo miglioramento.

Una procedura di accREDITAMENTO analoga, seppure in forma esemplificata, viene seguita per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie per pazienti cronici.

La struttura del manuale

Il manuale, dopo una introduzione, descrive: a) le regole amministrative della procedura di accREDITAMENTO; b) le modalità di preparazione della visita di accREDITAMENTO; c) la descrizione delle modalità di lettura/interpretazione dei criteri; d) le caratteristiche del rapporto della visita di accREDITAMENTO e la valutazione; e) un glossario dei termini usati.

Vengono quindi presentati gli standard che sono suddivisi in cinque sezioni: 1. Cura e trattamento del paziente; 2. Gestione dell'informazione; 3. Sviluppo e gestione delle risorse umane; 4. Gestione ambiente; 5. Direzione.

Il capitolo relativo alla cura e trattamento del paziente è suddiviso in 10 sottocapitoli, riferiti alle principali specialità: assistenza ambulatoriale; assistenza ai pazienti oncologici; assistenza continua e specialistica geriatrica; assistenza traumatologica ed emergenza; assistenza materno-infantile; assistenza medica; assistenza salute mentale; assistenza ad altri pazienti; assistenza specialistica ed intensiva; assistenza chirurgica.

I criteri presenti in ciascuno di questi sottocapitoli sono raggruppati all'interno della seguente tipologia di processi: a) preparazione dell'assistenza e del trattamento; b) pianificazione della valutazione; c) assistenza e trattamento; d) implementazione e valutazione dell'assistenza e trattamento; e) dimissione e follow-up.

Il sistema d'accREDITAMENTO prevede l'adozione di un set d'**indicatori di esito clinico**. In Australia, così come negli Usa, l'adozione di tale sistema ha richiesto diversi anni sia nella fase di individuazione degli indicatori di esito più idonei ed alla validazione degli stessi da parte dei professionisti,

sia nella fase di sperimentazione sul campo per valutarne validità, raccogliibilità, ecc. e per definirne gli standard di accettabilità.

Esplicitazione – lettura criteri

L'adesione ai criteri è graduata secondo una scala di quattro livelli da una non adesione ad una adesione minima, parziale e sostanziale; viene, inoltre, previsto dal manuale uno spazio in cui segnalare l'impossibilità di applicazione del criterio. Analizzando nel dettaglio i quattro livelli di adesione (identificati da quattro lettere maiuscole) agli standard:

- N: criterio non applicabile o non adesione, è usato quando uno standard non è applicato o quando il livello previsto dallo standard non è raggiunto;
- M: minima adesione, è usato quando solo alcune delle condizioni, con i relativi criteri, previste dallo standard sono effettivamente raggiunte;
- P: parziale adesione, è usato nel caso in cui sono soddisfatte la maggior parte delle condizioni previste dallo standard con i relativi criteri;
- S: sostanziale adesione, è utilizzato quando tutte le condizioni dello standard con i relativi criteri sono completamente raggiunte.

Infine per assegnare il livello di adesione il visitatore deve riferirsi ai seguenti criteri generali che valgono per tutti i criteri presentati nel manuale:

1. Presenza e completezza del processo analizzato, anche sulla base delle indicazioni che sono fornite in calce ad ogni criterio;
2. Coordinamento e comunicazione all'interno del processo;
3. Focalizzazione sul cliente, intesa come grado di partecipazione dell'utente al funzionamento del processo stesso.

AUSTRALIA

Il sistema di accreditamento australiano è su base volontaria ed è gestito dall'Australian Council on Healthcare Standard (ACHS), organismo fondato nel 1974 dall'Australian Medical Association e dall'Australian Hospital Association.

La visita di accreditamento dà luogo ad un rapporto riservato che viene inviato alla dirigenza dell'Ospedale e il suo contenuto non è utilizzato per applicare sanzioni o incentivi da parte degli organi dirigenti. Rispetto ai modelli nordamericani, i principali vantaggi per una struttura accreditata sono, pertanto, prettamente di immagine e solo di riflesso, soprattutto per la ospedalità privata, di tipo economico.

Tra gli elementi caratterizzanti il sistema australiano vanno ricordati:

- L'intensa attività di formazione (specialmente in management ospedaliero e nell'organizzazione delle attività di Quality Assurance);
- La snellezza dei requisiti di accreditamento e loro generalizzabilità a servizi di diversa natura;
- Lo sviluppo di un sistema di indicatori "clinici".

Nella Scheda 3 vengono riportate le caratteristiche della procedura di accreditamento e dei criteri di accreditamento.

SCHEDA 3

**THE AUSTRALIAN COUNCIL ON HEALTHCARE
STANDARD ACCREDITATION GUIDE.
STANDARD FOR AUSTRALIAN HEALTH CARE FACILITIES, XIII ED.**

Questo manuale fornisce un set esaustivo di standard professionali che coprono tutti gli aspetti relativi alle attività che vengono normalmente svolte in una struttura sanitaria con particolare riferimento ad ospedali per pazienti acuti. Il processo di sviluppo e revisione degli standard hanno coinvolto gli operatori sanitari e le loro associazioni di categoria. Una prima bozza del manuale viene stesa ad opera dello "Standard Committee" ed inviata a più di 400 tra individui ed associazioni per un commento. Tutte le variazioni suggerite vengono prese in considerazione e applicate laddove necessario. La bozza ultima del manuale viene poi presentata all'Australian Council on Healthcare Standards per l'approvazione finale. Gli elementi chiave di cui si tiene conto per lo sviluppo degli standard sono quelli relativi alla qualità dell'assistenza e dell'ambiente in cui la cura viene fornita, all'uso efficiente delle risorse disponibili, al consenso sulle pratiche professionali, all'orientamento alle attese del paziente.

Il processo di accreditamento

Il processo di accreditamento da parte dell'ACHS si articola nei passaggi della seguente procedura:

1. Preparazione alla visita che va pianificata 12-18 mesi prima dell'effettuazione della stessa;
2. Richiesta della visita che deve essere mandata 18 mesi prima della stessa e confermata nei 6 mesi precedenti la visita;
3. Compilazione del questionario pre-visita che va completato nei 4 mesi precedenti la visita e fornisce informazioni relativi ai servizi e agli

indicatori clinici (i risulti devono essere consegnati ai supervisori almeno 1 mese prima della visita per la parte relativa ai servizi o al momento della visita per la parte degli indicatori clinici);

4. Effettuazione della visita di accreditamento che dura da un minimo di 1-2 giorni ad un massimo di 5 giorni e viene condotta da un medico, da un infermiere e da un dirigente amministrativo (nel caso di grandi ospedali il team viene rinforzato con un secondo medico) scelti tra 270 operatori ancora in servizio, appositamente formati dall'ACHS. Tutte le strutture vengono visitate singolarmente e, all'atto della visita, ogni struttura mette a disposizione un suo rappresentante;
5. Stesura del rapporto che viene redatto dai visitatori sulla base delle osservazioni raccolte durante la visita; tale rapporto contiene anche le raccomandazioni per il miglioramento delle situazioni individuate come critiche che verranno restituite, insieme con l'esito della visita, agli enti accreditandi. Il rapporto viene, infine, inviato al Consiglio dell'ACHS;
6. Espressione del giudizio che viene formulato, sulla base del rapporto ricevuto, da ciascuno dei 26 membri del consiglio che esprime un "voto" sulle strutture visitate: in caso di forti discrepanze tra i giudizi espressi, i report vengono inviati ad altri soggetti esterni al Consiglio per un'ulteriore esame; in caso di disaccordo con le valutazioni dell'ACHS le istituzioni possono appellarsi contro tale giudizio;
7. Rilascio dell'accreditamento che è valido per 3 anni nel caso in cui la struttura accreditanda presenti una sostanziale adesione ai criteri; se non sussista una piena adesione può essere rilasciato comunque un accreditamento di 1 anno però, in questo caso, un "Focus Survey" effettua un'ulteriore visita di 1 o 2 giorni, con almeno due supervisori, nelle aree necessarie di miglioramento e fornisce le raccomandazioni specifiche al caso. Dopo un anno viene effettuata una seconda visita che se ha esito positivo permette il rilascio di un accreditamento di 3 anni. Dal 1989 è stato introdotto un accreditamento di 5 anni per le istituzioni che hanno ottenuto, negli ultimi nove anni, tre consecutivi accreditamenti di tre anni e sono eleggibili per un ulteriore accreditamento di tre anni.

La struttura del manuale

Il manuale, dopo un'introduzione sull'iter di costruzione dello stesso, presenta le modalità del processo di accreditamento. Il manuale prosegue con una serie di indicazioni dirette a guidare il personale a comprendere e implementare gli standard proposti.

Vengono quindi presentati i criteri suddivisi in 33 capitoli, ognuno di essi relativo ad un particolare servizio dell'organizzazione: servizi d'urgenza ed emergenza; gestione delle risorse professionali; servizi di anestesia; servizi biomedici; unità/dipartimenti clinici; servizi di salute comunitaria; day hospital; dipartimento; dietetica e nutrizione, servizio mensa; servizi ingegneristici; servizi ambientali; strutture di assistenza estensiva (es.: nursing home, ospizi, istituti di riabilitazione); governo e gestione; controllo infezioni; servizi di laboratorio; biblioteca e servizi informativi; servizi materno-infantili e neonatali; cartelle cliniche; servizio cartelle cliniche; servizi medici; medicina nucleare; servizi infermieristici; blocco operatorio; farmacia; servizi psichiatrici; servizio psicologico; verifica e revisione qualità; servizio radiologia e diagnostica per immagini; servizi riabilitazione; sicurezza; servizi di lavoro sociale; assistenza specialistica; servizio sterilizzazione; servizi chirurgici.

Per la maggior parte delle sezioni i criteri sono raggruppati in sei macro aree: 1. *Organizzazione e amministrazione direzione e staff*; 2. *Politiche e procedure*; 3. *Gestione e sviluppo del personale*; 4. *Strutture e apparecchiature*; 5. *Valutazione di qualità* (quest'area rimanda ai criteri previsti nell'apposito capitolo del manuale).

Laddove non viene effettuata questa suddivisione i servizi fanno riferimento ad un apposito capitolo in cui i criteri aggregati nelle 6 aree suddette valgono per tutti i servizi.

Per alcune sezioni cliniche viene aggiunta un'ulteriore area di aggregazione dei criteri, l'area dell'*assistenza medica*.

Per la sezione delle **cure estensive**, i criteri vengono raggruppati all'interno di sottosezioni che rappresentano in servizi che devono essere erogati ai pazienti residenti (*N.d.R. i servizi sono quelli presenti nella lista precedente, con l'esclusione dei servizi per acuti*).

Esplicitazione – lettura criteri

Il sistema australiano usa un sistema a punteggio simile al precedente per valutare l'adesione ai criteri; anche in questo manuale la lista dei criteri di ciascuna sezione e sottosezione viene fatta precedere da uno o più standard generali (macro-obiettivi) che rappresentano lo scopo complessivo da raggiungere.

Per ciascuno standard vengono presentati una serie di criteri e, dove necessario, sono presenti alcune note esplicative per interpretare i criteri stessi che non sono, peraltro, differenziati in termini di peso. Il giudizio di adesione agli standard ricalca in parte quello canadese con:

- SC: adesione sostanziale, questo giudizio non denota necessariamente un'adesione totale al punto che, in alcuni casi, il supervisore deve obbligatoriamente segnalare dove la non adesione influisce negativamente sulla struttura esaminata;
- PC: adesione parziale, significa che un notevole numero dei criteri, a giudizio del supervisore, non raggiunge lo standard fissato;
- NC: non adesione, è usato quando la struttura non raggiunge i livelli previsti dagli standard;
- NA: non applicabile.

GRAN BRETAGNA

La situazione del programma di accreditamento in Gran Bretagna attraversa tuttora una fase di continua evoluzione. Infatti, se da una parte è entrato in vigore un sistema di autorizzazione all'esercizio e di ispezione sulle strutture private e sulle nursing home, governato dalle autorità sanitarie ancor prima dell'istituzione del National Health System e nel 1969 è stato creato l'Hospital Advisory Service, servizio ispettivo per le strutture di lunga degenza (che, peraltro, non ha mai sviluppato standard di qualità espliciti), dall'altra coesistono diverse esperienze che applicano metodologie di accreditamento anche molto differenti tra loro.

In questo senso il King Edward's Hospital Fund di Londra, associazione privata senza scopo di lucro, ha sviluppato un sistema di accreditamento sul modello australiano e canadese (Scheda 4), le Società scientifiche dei servizi di laboratorio hanno approntato un sistema di accreditamento (Clinical Pathology Accreditation) sviluppato attraverso una propria agenzia indipendente e, infine, alcuni ospedali si sono autoaccreditati utilizzando i British Standard BS-5750, precursori delle ISO 9000.

In aggiunta, per quanto concerne la presenza di requisiti minimi per ottenere la licenza di apertura di una struttura sanitaria, esistono nel Regno Unito alcune linee-guida emesse dalla National Association of Health Authorities.

SCHEDA 4

THE KING'S FUND ORGANIZATION AUDIT (U.K.) HOSPITAL ACCREDITATION PROGRAMME, ORGANIZATIONAL STANDARDS AND CRITERIA

La compilazione del programma di accreditamento da parte degli Autori del KFOA ha lo scopo di migliorare l'organizzazione e la funzionalità finale dei servizi attraverso la messa a punto ed il monitoraggio degli standard di lavoro. Gli standard offerti, per poter essere proposti, sono soggetti ad un continuo aggiornamento, infatti essi non sono intesi dal KFOA come statici e definitivi in quanto devono riflettere il cambiamento delle situazioni, delle circostanze e dei bisogni. I criteri proposti in questo programma sono stati studiati e sviluppati tenendo presenti le caratteristiche di misurabilità, adattabilità, accettabilità, flessibilità, archiviazione e applicabilità a livello nazionale.

La struttura del manuale

Il manuale è strutturato in 7 capitoli principali: 1. Diritti del paziente e bisogni speciali; 2. Direzione generale; 3. Standard comuni ("core" standard) per i servizi non clinici; 4. Criteri specifici per servizi non clinici; 5. Standard comuni ("core" standard) per servizi clinici; 6. Criteri specifici per servizi clinici; 7. Documentazione clinica.

I primi due capitoli, che si riferiscono agli aspetti generali dell'organizzazione, sono suddivisi nelle seguenti sottosezioni:

- 1. Diritti del paziente e bisogni speciali** (diritti dei pazienti; bisogni speciali dei pazienti, es.: assistenza ai pazienti terminali; assistenza religiosa; assistenza ai bambini ed adolescenti; pazienti stranieri; ecc.).
- 2. Direzione generale** (missione e obiettivi; servizi a contratto; strutturazione gerarchica; comunicazione; gestione risorse umane; gestione risorse finanziarie; servizi informativi; politiche e procedure; gestione di strutture e attrezzature; gestione del rischio; gestione della salute e della sicurezza; sicurezza antincendio; gestione dei rifiuti; salute dei lavoratori; miglioramento della qualità).

Il 3° capitolo presenta gli standard che sono comuni a tutti i servizi non-clinici (nel 5° sono riferiti a quelli clinici). Tali standard sono raggruppati in 6 sezioni:

- 3. Standard comuni ("core standard) per i servizi non clinici** (scopi ed obiettivi; gestione e staff; sviluppo e formazione permanente del personale; politiche e procedure; servizi ed apparecchiature; valutazione

della qualità).

Nel 4° capitolo sono presentati i criteri specifici riferiti ai seguenti servizi non-clinici:

- 4. Criteri specifici per servizi non clinici** (servizio ristorazione; servizio patrimoniale; servizio documentazione clinica; servizio pulizia; servizio lavanderia; servizio biblioteca; servizio portineria; servizio sicurezza; servizio sterilizzazione; servizi telecomunicazione).

Il 5° capitolo presenta gli standard comuni per i servizi clinici. Alle sezioni riportate nel capitolo 3 viene aggiunta una sezione riguardante standard comuni a tutti i servizi per assistenza ai pazienti.

Nel 6° capitolo vengono presentati i criteri specifici riferiti ai seguenti servizi clinici:

- 6. Criteri specifici per servizi clinici** (emergenza; day hospital; diagnostica per immagini; dietologia; lavoro sociale; fisica medica e bioingegneria; medicine; ostetricia; neonatologia; terapia occupazionale; blocco operatorio; ortottica; ambulatori; patologia; farmacia; fisioterapia; radioterapia; cure speciali; logopedia).

L'ultimo capitolo riporta gli standard sulla qualità dei contenuti della documentazione clinica e della gestione della stessa.

Esplicitazione – lettura criteri

Il programma di accreditamento del King's Fund prevede che la lista dei criteri di ciascuna sezione e sottosezione venga fatta precedere da uno standard che rappresenta lo scopo complessivo da perseguire (ad esempio l'organizzazione può avere elaborato una serie di obiettivi che servono per pianificare, implementare e valutare i servizi offerti alla popolazione locale).

A questo punto la lista dei criteri viene presentata e, dove necessario, integrata con note e consigli (scritte con stile "corsivo") per aiutare il personale ad interpretare i criteri stessi, agire da "linee guida" per facilitare l'adesione ai criteri proposti e fornire una prima indicazione sulle aree che i supervisori valuteranno nel corso della visita di accreditamento.

I criteri verranno, poi, valutati seguendo un approccio "pesato" che porterà alla definizione di tre principali tipologie di criteri:

- 1. Criteri di pratica essenziale:** sono quei criteri che se non soddisfatti potrebbero compromettere la sicurezza di pazienti e personale dell'organizzazione (con il rischio di sanzioni legali, amministrative e professionali per i pazienti e/o per lo staff e/o per i visitatori stessi) o i diritti dei pazienti (potrebbero essere, in questo senso, assimilati ai

criteri minimi "autorizzativi");

2. Criteri di buona pratica: sono i criteri che dovrebbero essere corrisposti in tutti i servizi degli ospedali britannici;
3. Criteri di pratica desiderabile: sono i criteri di "eccellenza" che qualificano la pratica clinica migliore.

La valutazione dei vari criteri viene, infine, effettuata secondo una scala dicotomica (Sì-No) anche se, in ogni caso, è previsto nel manuale uno spazio per eventuali commenti del supervisore.

In conseguenza del quadro esposto, malgrado queste numerose e variegata esperienze di accreditamento, ad oggi l'unico programma riconosciuto in Gran Bretagna è l'Hospital Accreditation Programme (HAP) del CASPE, peraltro, diretto solo agli ospedali di piccole dimensioni e di comunità, lanciato nel 1990 per fornire un supporto ai nuovi ospedali di comunità sorti nel Sud-Ovest del Paese (Scheda 5).

I risultati della prima visita di accreditamento, tra quelle condotte a cavallo del periodo 1990-1993, dimostrano un evidente aumento (dal 25% al 60%) della quota di ospedali che hanno ricevuto un accreditamento di due anni dopo la prima visita: tale risultato è in larga parte spiegato dalla maggiore conoscenza, acquisita nel triennio in esame, delle organizzazioni ospedaliere del programma di accreditamento (in generale, durante i primi tre anni di sperimentazione del programma, il 69% degli ospedali visitati fu accreditato).

Il programma portò nel periodo seguente (anni 1994-1995) alla visita di 26 organizzazioni ospedaliere (di cui 11 erano prime visite). I risultati delle visite premiarono il 23% degli ospedali con un accreditamento di tre anni (introdotto per coloro che erano già precedentemente stati accreditati), il 62% con due anni e il 15% con un anno. L'aumento del numero di prime visite a partire dal 1993 riflette il fatto che, in quell'anno, il programma divenne disponibile a livello nazionale.

Alla fine del 1994 il programma venne implementato sulla base delle esperienze condotte e venne offerto anche agli ospedali di dimensioni maggiori (dotati di più di 150 letti) introducendo un numero maggiore di visitatori.

La conseguenza più rilevante dell'allargamento del programma fu un aumento dei costi, che si tradusse in un aumento del prezzo dell'accREDITAMENTO che portò per ogni organizzazione ad una spesa di circa 10.000.000 di Lire.

SCHEDA 5

CASPE (U.K.)

HOSPITAL ACCREDITATION PROGRAMME. STANDARD FOR THE ACCREDITATION OF COMMUNITY HOSPITAL

Il processo di accreditamento

Tale processo di accreditamento si esemplifica nella seguente procedura:

1. Preparazione e richiesta della visita (da organizzare nei sei mesi prima della stessa): in questa fase l'ente accreditando può richiedere una visita preliminare (della durata di mezza giornata da effettuarsi nei 2 mesi antecedenti la visita vera e propria) da parte dei supervisor;
2. Autovalutazione: viene effettuata mediante compilazione delle parti del manuale di accreditamento riservato all'organizzazione da accreditare (tale elaborato va inviato ai supervisor 3 settimane prima della visita);
3. Visita: viene effettuata da tre supervisor (un dirigente clinico, un medico di base e un "supervisore" che abbia già lavorato in strutture simili) e si esaurisce, generalmente, nell'arco di una giornata;
4. Accredimento: viene rilasciato dal Board del CASPE congiuntamente alle prescrizioni e alle raccomandazioni utili al miglioramento, tuttavia il Board può riservarsi di effettuare un'ulteriore visita sulle aree apparse particolarmente critiche alla prima visita. Il rilascio dell'accrimento può essere concesso per una durata da uno a tre anni (per le strutture già accreditate per due anni in due visite consecutive ed eleggibili per un ulteriore accreditamento di 2 anni).

La struttura del manuale

Il manuale, dopo la presentazione del processo di accreditamento, presenta 7 distinte sezioni, con relative sottosezioni, di aggregazione dei criteri di accreditamento:

1. *Profilo dell'ospedale*
2. *Gestione e amministrazione* (ordinamento generale; salute e sicurezza; gestione della qualità; servizi per i pazienti)
3. *Servizi professionali clinici* (servizi medici; servizi infermieristici; farmacia; servizi di terapia clinica; fisioterapia; terapia occupazionale; logoterapia; servizio dietetico; chiropodia; psicologia clinica)
4. *Specialità cliniche* (traumatismi; rianimazione; anestesia; chirurgia; maternità; medicina generale; assistenza anziani e anziani con problemi di salute mentale; cure palliative e assistenza ai malati terminali)
5. *Servizi di supporto* (radiologia; laboratorio; servizi religiosi; gestione

dell'assistenza; servizi di volontariato)

6. *Servizi informativi* (documentazione clinica; biblioteca; promozione della salute)

7. *Servizi alberghieri e di supporto* (sterilizzazione; mensa; pulizia; servizio patrimonio; lavanderia; servizi mortuari)

All'interno della maggior parte delle sezioni e sottosezioni i criteri sono ulteriormente aggregati secondo il seguente ordinamento: 1. Politiche e procedure; 2. Gestione del servizio; 3. Servizi e attrezzature; 4. Sviluppo ed educazione del personale; 5. Valutazione della qualità.

Esplicitazione – lettura criteri

Il secondo programma d'accreditamento britannico è quello adottato dalla CASPE nel quale è presentato uno standard generale di riferimento per ciascuna sezione e sottosezione (in molti casi esiste uno standard anche per ciascuno dei singoli raggruppamenti di criteri).

La modalità di valutazione dei singoli criteri (presentati subito dopo gli standard) è dicotomica (Sì-No) per tutte le parti del manuale che devono essere autocompilate da parte del personale dell'organizzazione (in questa parte sono permesse note di commento e di chiarimento sulle autovalutazioni espresse).

In conformità a queste valutazioni e di quanto reperito durante la visita d'accreditamento i supervisor compilano, in una seconda fase, apposite griglie di sintesi d'insiemi di più criteri, graduando il giudizio sui seguenti livelli di adesione:

- Livello 1: non accreditabile in quanto non sono raggiunti i requisiti minimi fissati dalla legge;
- Livello 2: adesione parziale del criterio in quanto sono raggiunti i requisiti di legge ma non sono pienamente corrisposti quelli di sicurezza;
- Livello 3: la struttura in corso di accreditamento soddisfa sia i requisiti di legge sia quelli di sicurezza;
- Livello 4: la struttura corrisponde alla maggior parte degli standard proposti oltre a soddisfare i requisiti di legge e di sicurezza;
- Livello 5: la struttura corrisponde ed eccede gli standard proposti in molte aree.

Durante i due anni seguenti (1995 e 1996) il CASPE pubblicò una seconda edizione rivista degli standard di accreditamento tenendo in maggior considerazione le opinioni delle associazioni professionali e dei fruitori del

programma: ne scaturì un prodotto applicabile sia alle organizzazioni del Servizio Sanitario Nazionale sia a quelle indipendenti. Inoltre tutte le sezioni del manuale furono aggiornate e ne fu aumentata la compliance con gli standard della normativa internazionale (ISO-9002).

Durante gli ultimi due anni sono state svolte 34 visite (delle quali 14 prime visite), 6 ospedali sono stati accreditati per un anno, 14 per due anni e 1 per tre anni.

I progetti futuri del CASPE riguardano l'accreditamento di strutture non ospedaliere, quali i servizi di comunità, i medici di medicina generale e di servizi di salute mentale.

OLANDA

La valutazione della qualità dell'assistenza erogata in campo sanitario è stata un elemento cardine del sistema sanitario olandese fino dai primi anni Ottanta. In questo senso molte associazioni, tra cui strutture ospedaliere, compagnie assicurative, associazioni di pazienti, si sono confrontate a più riprese con l'obiettivo di assicurare il futuro della qualità delle cure e dell'assistenza.

Ad esempio, le associazioni di "assistenza infermieristica a domicilio" hanno introdotto un sistema di valutazione della qualità che si può definire "interno" (essendo basato su una serie di criteri di base identificati sulle esigenze ed attese del paziente), nel quale la corrispondenza della pratica ai criteri identificati viene regolarmente verificata attraverso visite ispettive che innescano un sistema di sanzioni nel caso in cui i risultati non siano considerati soddisfacenti.

In questo ambito si colloca l'esperienza del Dutch Residential Care for Elderly Federation, organizzazione leader in Olanda per l'assistenza agli anziani, che ha sviluppato un sistema ispettivo per monitorare la qualità delle prestazioni erogate nelle residenze e stima la compliance dell'assistenza fornita con alcuni standard precedentemente identificati: nel caso la visita dia esito positivo, la residenza esaminata viene accreditata e iscritta nel Public Residential Care Quality Register.

Sulla falsariga della Gran Bretagna, anche in Olanda si sono moltiplicati nel corso degli anni numerosi programmi di accreditamento, sviluppati in maniera indipendente da varie associazioni.

A questo proposito è opportuno ricordare come in Olanda, fino al 1996, la qualità delle strutture sanitarie è stata regolata da un sistema operante

attraverso la Health Insurance Fund Act (ZFW) e l'Exceptional Expenses Act (AWBZ) che basava l'attuazione di provvedimenti anche estremamente severi (come la chiusura della struttura valutata) sul confronto con standard di qualità spesso confusi e palesemente difficili da raggiungere, peraltro applicati esclusivamente alle strutture riconosciute dal Governo, escludendo quindi le organizzazioni private di assistenza e cura domiciliare malgrado la loro impressionante crescita numerica nel corso dell'ultimo decennio.

Nel 1996 è stato realizzato dal Governo olandese il "Care Institutions Quality Act", che fornisce i requisiti minimi per l'accreditamento delle strutture sanitarie e si applica a tutte le istituzioni che operano nel settore sanitario, includendo gli ospedali, le cure domiciliari, le istituzioni per disabili fisici e psichici, i centri di riabilitazione, gli ambulatori, i servizi per le tossicodipendenze ed altri sia di tipo pubblico che privato.

Il "Care Institutions Quality Act" si basa su quattro capisaldi:

1. *Cura responsabile*: ogni istituzione deve fornire al paziente una cura responsabile che soddisfi i criteri di efficacia, efficienza e orientamento al paziente e di coordinamento tra i diversi fornitori dell'assistenza. La scelta di una definizione così ampia è stata giustificata dall'eterogeneità dell'assistenza erogata dalle strutture da accreditare, permettendo alle stesse di definire autonomamente la propria definizione di cura responsabile;
2. *Politiche orientate alla qualità*: partendo dall'assunto che sia possibile fornire una cura responsabile unicamente in una buona organizzazione, il secondo punto nodale è che l'intera organizzazione orienti la propria pianificazione strategica alla qualità incoraggiando la comunicazione tra il management e lo staff e tra i differenti dipartimenti all'interno della struttura, attribuendo in modo chiaro le responsabilità nell'organizzazione e potenziando la risorsa personale il cui requisito fondamentale è identificato nella capacità di prendere decisioni efficaci al miglioramento della qualità dell'organizzazione;
3. *Sistema qualità*: l'organizzazione deve costruire un sistema qualità basandolo su standard specifici (comprendenti le richieste del cliente) che l'organizzazione stessa pensa di dover raggiungere; affinché tale sistema possa definirsi completo, deve comprendere un regolare programma di valutazione (che può anche essere un'autovalutazione, anche se la legge suggerisce una certificazione da agenzie indipendenti)

per individuare la compliance agli standard fissati e, di volta in volta, modificare la propria politica sulla base di queste informazioni;

4. *Report annuale*: in ultimo, la legge richiede la produzione di un resoconto annuale sulla qualità delle cure erogate in cui vanno specificati obiettivi, standard e relativi risultati raggiunti dall'organizzazione, con particolare attenzione al coinvolgimento dei pazienti, alla frequenza e alla modalità in cui la qualità viene valutata all'interno dell'organizzazione e in cui sono gestite le lamentele di clienti. Ogni report va inviato all'Health Care Inspectorate, all'associazione locale dei consumatori e al Ministero della Sanità entro il 1° giugno di ogni anno.

L'Health Care Inspectorate monitora la rispondenza delle varie organizzazioni a quanto previsto dalla legge, ma dal momento che, con la nuova legislazione, il fornire cure di qualità è responsabilità primaria di ogni organizzazione, l'obiettivo primario dell'ispettorato si limita a verificare come ogni organizzazione salvaguarda, gestisce e migliora la propria qualità.

Tuttavia questa forma di "self-evaluation", possibile per ogni organizzazione, non esime il governo dall'assumersi comunque la responsabilità delle cure fornite nel Paese. Il Ministero della Sanità ha, infatti, il potere di fornire istruzioni a quelle organizzazioni che non abbiano raggiunto standard adeguati, specificando il tempo limite entro il quale l'organizzazione dovrà adeguarsi. L'ispettorato può anche ordinare ad una organizzazione di prendere determinate decisioni e misure per la qualità, pena sanzioni amministrative o, in caso limite, la chiusura della struttura.

In aggiunta all'azione di promozione e di regolamentazione dell'accreditamento, il governo olandese negli ultimi anni si è fatto promotore di cambiamenti legislativi che rafforzassero la posizione del consumatore nel settore della sanità stabilendo standard per la qualità della cura. Va in questa direzione il Medical Treatment Contracts Act, approvato nell'aprile del 1995, che definisce i diritti e i doveri del paziente (ad esempio, il diritto all'informazione circa i trattamenti e le cure, le eventuali conseguenze e la possibilità di trattamenti alternativi, il consenso informato del paziente, l'accesso alla cartella clinica, la riservatezza dei colloqui tra medico e paziente, ecc.).

Un'altra legge approvata con l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure è il Client's Right of Complaining dell'agosto del 1995, in forza della quale i fornitori di cure vengono obbligati a sviluppare un sistema di

reclamo accessibile a tutti i clienti che viene visto come un'opportunità per le organizzazioni per il miglioramento dei propri servizi. Tale elemento viene ripreso dal Care Institutions Quality Act che prevede la registrazione degli eventuali reclami all'interno del report annuale.

Il ruolo centrale del cliente in sanità viene rafforzato dalla legislazione seguente (1° giugno 1996) che sancisce l'obbligo delle organizzazioni sanitarie a nominare un'assemblea dei pazienti che vigili su aspetti estremamente innovativi, quali il budgeting e la stesura delle politiche per la qualità dell'organizzazione.

BELGIO

In Belgio è stato varato un programma di accreditamento governativo dipendente dal Ministero della Sanità e dell'Ambiente, relativo a strutture ospedaliere e non (compresi servizi di primo livello e di base, residenze per malati cronici ed anziani, ambulatori, ecc.) di tipo pubblico, in regime di convenzione e private, che è necessario per accedere ai finanziamenti statali.

Altre iniziative di accreditamento sono condotte da associazioni di operatori sanitari parastatali e sono, essenzialmente, attività di accreditamento di eccellenza che perseguono il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate.

Esiste, infine, una legislazione che fissa i requisiti minimi in diversi ambiti (strutture, presenza di tecnologie aggiornate, formazione, specializzazione e competenza del personale) necessari per ottenere l'autorizzazione ad erogare prestazioni da parte delle organizzazioni sanitarie.

FRANCIA

Il sistema ospedaliero francese è stato ristrutturato a più riprese nell'ultimo decennio senza, peraltro, subire radicali cambiamenti. Una nuova riforma è stata prevista da una ordinanza pubblicata nella primavera del 1996 ed ha introdotto la realizzazione obbligatoria, entro il 2002, di procedure di accreditamento per tutti gli ospedali pubblici e privati.

Con la nuova normativa, l'Agenzia Nazionale di Accreditamento e di Valutazione nella Sanità (ANAES) è chiamata, con il concorso di agenzie regionali, ad elaborare ed applicare i programmi di accreditamento e viene posta sotto la tutela dello Stato.

Per rispondere ai nuovi compiti, l'ANAES verrà dotata di 80 membri permanenti, dei quali almeno il 50% dovrà essere scelto tra medici di differente formazione (ospedali, medici di libera scelta, ispettori di sanità pubblica, ecc.). Una quota delle spese (attività di formazione e sperimentazione) verranno finanziate direttamente dallo Stato, mentre i costi delle visite di accreditamento dovranno essere sostenuti dalle organizzazioni accreditande.

SPAGNA

Nella penisola iberica non esiste un sistema di accreditamento su scala nazionale, al contrario sono stati avviati programmi di accreditamento nelle macroregioni (dipartimenti) in cui è divisa la Spagna; tra questi il primo programma sperimentato è quello della Catalogna, regione di circa sei milioni di abitanti, che per prima ha ottenuto un servizio sanitario decentralizzato, appena sei anni dopo la morte del Generale Franco.

In Catalogna esiste una agenzia pubblica, la Seguridad Social, che coordina e in larga misura gestisce l'assistenza sanitaria erogata ai cittadini residenti. Il servizio sanitario della Catalogna può contare su 110 ospedali per acuti pubblici e privati, in più esistono alcuni ospedali definibili di "tipo misto" che sono quelli appartenenti ad ordini religiosi, alla Croce Rossa e ad altre organizzazioni senza scopo di lucro che sono in regime di convenzione con l'assistenza pubblica.

In questo variegato mercato l'accreditamento nasce come una procedura di tipo volontario richiesta dagli ospedali per certificare la propria "eccellenza" per poi "spenderla" sul mercato.

Attualmente, in seguito alle nuove normative in ambito sanitario, l'accreditamento si è trasformato in una procedura di tipo "obbligatorio" per gli ospedali pubblici e per i convenzionati (che godono di finanziamenti pubblici) che devono contrattare le quote di mercato con la Seguridad Social che funge da elemento regolatore dell'intero sistema; per gli ospedali privati permane, invece, la volontarietà dell'accreditamento.

Il Programma di Accreditamento degli ospedali nacque in Catalogna nel 1981. Tutti gli ospedali pubblici o convenzionati con la Seguridad Social richiesero, all'inizio, di essere accreditati, con il risultato che circa il 30% degli enti, non raggiungendo gli standard minimi richiesti, persero i propri contratti e dovettero trasformarsi in residenze per anziani o in strutture totalmente private o, in alcuni casi, dovettero cessare la propria attività.

Nel quinquennio seguente il programma proseguì la propria evoluzione andando incontro, tuttavia, nel 1985, ad un periodo di crisi quando, a causa del congelamento della spesa sanitaria per motivi economici generali, ogni organizzazione ricevette un budget pari a quello dell'anno precedente che non permetteva, a detta delle dirigenze degli ospedali, di soddisfare gli elevati standard di qualità richiesti dal Dipartimento.

Il programma di accreditamento entrò, quindi, in una sorta di "letargo" fino al 1991, quando furono individuati e pubblicati nuovi standard, e circa 80 strutture ospedaliere chiesero nuovamente l'accreditamento rilasciato da una Commissione governativa (Servicio de Acreditacion) facente capo al Dipartimento di Sanità e Sicurezza Sociale (Scheda 6).

Al momento attuale è stato accreditato circa il 25% degli ospedali, il programma in atto prevede il raggiungimento entro la fine dell'anno dell'obiettivo di 85% di ospedali accreditati.

Un elemento critico, a detta degli ospedali, è che i nuovi standard fissati si collochino, questa volta, ad un livello estremamente basso, per cui esiste il rischio che il processo di accreditamento si trasformi in una semplice certificazione dell'esistente e non inneschi una spirale di miglioramento continuo nel sistema sanitario della Catalogna.

SCHEDA 6

DEPARTEMENTO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL (CATALOGNA) QUESTIONARI D' ACREDITACIO', SERVICIO DE ACREDITACION

Il processo di accreditamento

Il programma di accreditamento entrò in una sorta di "letargo" fino al 1991 quando furono individuati e pubblicati nuovi standard e circa 80 strutture ospedaliere chiesero nuovamente l'accreditamento rilasciato da una Commissione governativa (Servicio de Acreditacion) facente capo al Dipartimento di Sanità e Sicurezza Sociale ed articolato nei seguenti passaggi successivi (il primo passo è la richiesta della struttura che è su abse assolutamente volontaria):

1. Autovalutazione mediante un questionario composto da 800 criteri che viene compilato dall'ente accreditando;
2. Terminata l'autovalutazione vengono inviati tre ispettori (un sanitario, un architetto per valutare gli edifici ed un legale), che dipendono dal dipartimento della Catalogna, e che effettuano la revisione del questionario ed in aggiunta acquisiscono ulteriori informazioni su

- qualità dell'assistenza sanitaria erogata, delle strutture, ecc.;
3. Chiusa questa fase di audit, la Dirigenza dell'ente accreditando può discutere con gli ispettori il risultato del loro lavoro ed eventualmente fare apportare modificazioni alla relazione finale che viene completata ed inviata al Comitato per l'accreditamento;
 4. Il Comitato per l'accreditamento, composto da personale del Dipartimento, invia la relazione ad una commissione di consiglieri delegati dalle associazioni ospedaliere (due pubblici ed uno privato) e da rappresentanti del Collegio dei medici e degli infermieri. Questa Commissione Aggiunta esamina la relazione su richiesta del Comitato o del Direttore Generale del Dipartimento di Catalogna (è un politico nominato a livello centrale nazionale) e consente il rilascio dell'accreditamento che è firmato dal Direttore Generale ed è valevole per tre anni.

Il processo di accreditamento è assolutamente gratuito (i costi, peraltro non ancora conosciuti, sono tutti a carico dell'amministrazione) e copre tutte le attività fondamentali di un ospedale. Gli standard di accreditamento sono criteri che mettono le strutture in grado di essere valutate e devono rappresentare un consenso professionale sul livello di qualità che deve essere raggiunto dall'organizzazione.

La procedura di accreditamento prevede quattro giudizi:

- Ente non accreditato;
- Accreditamento condizionato (in risposta al quale l'ente dovrà adeguarsi entro sei mesi a quanto raccomandato dalla Commissione);
- L'ente viene accreditato ma deve migliorare in qualche criterio;
- Accreditamento di eccellenza che dura tre anni.

La struttura del manuale

Il manuale, dopo una introduzione, presenta una guida per la sua compilazione e una scheda descrittiva del profilo dell'organizzazione.

Sono quindi presentate tre liste (questionari) di criteri (generali, specifici e complementari) suddivise in sottocapitoli:

1. **Questionario generale:** direzione, amministrazione e funzionamento generale; direzione dei servizi medici; direzione dei servizi infermieristici; ammissione; qualità assistenziale; diritti dei malati; suggerimenti e reclami; lavoro sociale; struttura fisica, installazioni, sicurezza e manutenzione; ospedalizzazione; ospedalizzazione pediatrica; consulenze esterne; urgenza; farmacia; banca del sangue; dietologia; blocco chirurgico generale; diagnostica per immagini; laboratori; anatomia

patologica; documentazione clinica; biblioteca; sterilizzazione; cucina; lavanderia; rifiuti.

2. **Questionari specifici:** sicurezza antincendio; sicurezza e manutenzione delle installazioni.
3. **Questionari complementari:** emodialisi; infezioni ospedaliere; didattica e ricerca; riabilitazione.

Al termine di ciascuna sezione sono fornite una serie di raccomandazioni da utilizzare al momento della visita sul campo.

Esplicitazione – lettura criteri

Il programma spagnolo presenta i criteri in forma sintetica per punti e sottopunti, di cui viene valutata l'adesione da parte dell'organizzazione su base dicotomica (Sì-No). A margine di ogni criterio sono, inoltre, riportate note (in alcuni casi molto dettagliate con gli appositi riferimenti legislativi) al fine di facilitare il giudizio da esprimere.

SVEZIA

Anche in Svezia non esiste un programma di accreditamento pubblico su base nazionale; nella regione di Stoccolma opera un'agenzia chiamata Spri (Swedish Institute for Health Services Development), fondata nel 1968. Essa è un'organizzazione privata indipendente (finanziata dal governo svedese e dai County Councils) che si pone l'obiettivo di promuovere l'efficienza, l'efficacia e la qualità in Sanità Pubblica.

La storia dell'accREDITAMENTO in Svezia inizia con gli anni Novanta, con alcuni tentativi di introdurre, da parte di agenzie private, le norme ISO 9000 nel mercato della Sanità, tentativi da cui non sono sortiti risultati di rilievo.

Nel 1992 lo Spri ha iniziato il proprio programma di accreditamento adattando alla situazione locale il manuale elaborato dal King's Fund inglese.

Il progetto pilota, durato tre anni, ha coinvolto cinque ospedali dell'area di Stoccolma ed ha portato alla stesura della prima bozza di un manuale, che è stato revisionato in fasi successive fino all'attuale terza versione che, pur mantenendo le caratteristiche di "organizational audit", sposta la mira dal sistema ospedale ai processi di gestione del paziente, maggiormente in adesione ai principi del Total Quality Management e del Continuous Quality Improvement.

Il processo per il rilascio dell'accreditamento, che si ricorda essere su base totalmente volontaria, dura circa un anno e si attua secondo i seguenti passi successivi:

1. Incontro di personale dello Spri con la Dirigenza dell'ospedale che richiede l'audit esterno e sottoscrizione del contratto (il costo dell'intero processo è di 250.000 corone svedesi, pari a circa 60.000.000 di lire italiane);
2. Avvio dei programmi di formazione della durata di circa una settimana per alcuni professionisti dell'ospedale che divengono coordinatori dell'accreditamento all'interno dell'ente ("Gruppo qualità");
3. Il Gruppo qualità implementa un internal audit, applicando i criteri del manuale che viene fornito dallo Spri, che serve da prova al successivo external audit;
4. I surveyor dello Spri (professionisti esterni in carica presso altre strutture sanitarie) implementano l'audit esterno, che dura in media tre o quattro giorni lavorando giorno e notte all'interno dell'ospedale, fino a quando convocano la Dirigenza e comunicano i risultati;
5. Il processo continua poi allo Spri, dove viene elaborato il report finale, che viene consegnato in forma riservata alla Dirigenza dell'ospedale;
6. Dopo sei mesi dall'audit, il personale dell Spri ritorna all'ospedale accreditato per individuare gli eventuali benefici dell'esperienza per l'organizzazione.

Il programma dello Spri, quindi, si propone non come un vero e proprio programma di accreditamento, quanto come una metodologia atta ad aiutare lo sviluppo delle organizzazioni sanitarie in attesa del varo di un eventuale programma di accreditamento nazionale obbligatorio.

GERMANIA

Anche in Germania si è aperta negli ultimi anni la discussione sulla possibilità di introdurre procedure di accreditamento dei servizi sanitari e, in particolare modo, di applicare la normativa ISO al settore sanitario. In questa direzione, il Ministero Federale della Sanità ha iniziato un progetto pilota (la cui conclusione è prevista per al fine del 1997) per redigere, insieme ad un gruppo di esperti, le linee-guida per l'implementazione di quello che è chiamato "Umfassendes Qualitätsmanagement", applicazione tedesca del Total Quality Management: dal momento che non esistono sistemi di accreditamento avanzati, l'idea di base è quella di

introdurre sistemi di qualità totale orientati al concetto della normativa ISO compatibilmente alle esigenze delle strutture ospedaliere.

SVIZZERA

In Svizzera è in fase di studio la possibilità di introdurre un sistema di accreditamento delle strutture sanitarie; l'organizzazione cui è stato affidato il progetto è la SAS (Swiss Accreditation System), organismo che si occupa da anni della certificazione delle organizzazioni secondo la normativa ISO 9001-9002-9003 in questo Paese.

Ad oggi sono stati identificati alcuni capitoli della normativa con l'obiettivo di concentrare il lavoro sugli aspetti cruciali per la qualità di una struttura sanitaria. Durante il 1997 viene svolto uno studio pilota per verificare la completezza e l'applicabilità degli indicatori scelti.

RUSSIA

I programmi di accreditamento presenti nella Repubblica russa hanno carattere obbligatorio, sancito per legge, e riguardano sia le strutture pubbliche sia quelle private (non esistono programmi di accreditamento di eccellenza condotti in maniera autonoma dal Governo da associazioni di professionisti o di consumatori).

Le organizzazioni accreditate sono essenzialmente gli ospedali, tuttavia esistono anche programmi di accreditamento specifici relativi ad altri servizi sanitari (ad esempio da molti anni viene condotto l'accREDITAMENTO dei laboratori analisi).

L'ente accreditante è rappresentato da una Commissione Governativa (caratterizzata dalla presenza di rappresentanti delle Associazioni mediche governative) che rilascia la licenza di apertura se l'organizzazione dimostra di soddisfare i requisiti minimi che riguardano caratteristiche relative alla struttura, alle tecnologie, alle facilitazioni e al personale impiegato nel servizio.

SERBIA

Anche la Repubblica serba utilizza programmi di accreditamento per le strutture sanitarie che, nati con la finalità di regolare i finanziamenti del

Governo, si sono trasformati nell'aprile 1996 in strumenti obbligatori per l'autorizzazione alla pratica.

Tutti i servizi sanitari, ospedalieri e territoriali di tipo pubblico e privato sono sottoposti a visite di accreditamento da parte di una Commissione Governativa facente capo al Ministero della Sanità (anche in Serbia non esistono altre iniziative di accreditamento condotte in maniera autonoma e non governativa da associazioni di professionisti).

La licenza per l'apertura di una struttura sanitaria si ottiene con la rispondenza della struttura stessa ad alcuni requisiti minimi riguardanti la competenza del personale, la struttura dell'edificio e la presenza di tecnologie aggiornate; in aggiunta, tale sistema di requisiti minimi è utilizzato per classifiche ospedaliere.

UNGHERIA

Le uniche iniziative relative all'accREDITAMENTO sei servizi sanitari presenti in Ungheria sono a carattere volontario e attuate in parte da Società scientifiche e in parte da un organismo indipendente dal Governo (National Chief Medical's Office) che opera in stretta collaborazione con le più importanti associazioni di professionisti e di specialisti.

Non esiste al momento una legislazione che obblighi all'accREDITAMENTO, non necessario né per ottenere finanziamenti pubblici e ancor meno per la pratica delle strutture.

Esiste una classificazione ospedaliera basata esclusivamente sulla tipologia dell'organizzazione.

I requisiti minimi necessari per ottenere la licenza si riferiscono ad attrezzature e facilitazioni ma non alle caratteristiche, alla professionalità ed alla formazione del personale operante nella struttura.

REPUBBLICA CECA

La Repubblica Ceca non ha ancora sancito regole riguardanti l'accREDITAMENTO obbligatorio delle strutture sanitarie; tuttavia esistono programmi di accREDITAMENTO sviluppati in modo autonomo dall'Hospital Association e dalla Medical Chamber. Non esiste, pertanto, una classificazione delle strutture ospedaliere, le quali però devono dimostrare di possedere requisiti minimi riguardanti la tipologia di personale impiegato e le tecnologie a disposizione.

Durante l'ultimo anno un'apposita commissione ha stilato una serie di possibili standard di accreditamento delle strutture sanitarie: non si tratta ancora di un manuale vero e proprio, ma di criteri irrinunciabili per la prossima stesura dello stesso.

Tali standard sono divisi in dieci capitoli riguardanti: il sistema qualità, le procedure diagnostiche, la cura dei pazienti, la continuità delle cure, i diritti dei pazienti, il management, lo staff, il sistema informativo e le infezioni ospedaliere.

CONSIDERAZIONI

L'analisi delle esperienze delle diverse realtà nazionali permette di intravedere alcune linee di tendenza che l'istituto dell'accREDITAMENTO sta assumendo nel mondo della sanità.

Per quanto riguarda il **ruolo**, l'accREDITAMENTO appare sempre più uno strumento di regolazione dell'accesso al mercato sanitario, obbligatorio e governato quindi dagli enti responsabili del finanziamento del sistema sanità. Sono evidenti i rischi legati a tale orientamento:

- Burocratizzazione e cristallizzazione dello strumento;
- Attenzione agli aspetti strutturali delle organizzazioni sanitarie;
- Esautorazione della componente professionale dal processo di accREDITAMENTO;
- Adeguamento ai criteri vissuto come momento necessario per la sopravvivenza nel mercato sanitario e non come scelta optata verso la qualità.

E' evidente che il viraggio verso queste dimensioni comporterebbe lo snaturamento totale dell'istituto dell'accREDITAMENTO, appiattendolo su quello della mera autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie. La salvaguardia dei principi fondati dell'accREDITAMENTO, che riteniamo debbano permanere ed anzi essere ulteriormente sviluppati, sono affidati, in Italia, alla "sensibilità" degli organi di governo regionale. E' indispensabile quindi in questa fase che le organizzazioni professionali sanitarie si facciano promotrici di una forte azione di vigilanza sugli atti in corso di predisposizione, per fare in modo che con la loro diretta partecipazione possano conservarsi i principi per cui l'accREDITAMENTO fu avviato all'inizio del secolo negli USA.

Anche sui **contenuti** dell'accREDITAMENTO sembrano profilarsi alcune linee di tendenza comuni. Innanzitutto appare chiaro che al qualità non viene più vista come uno degli elementi di valutazione dei sistemi di accREDITAMENTO,

ma rappresenta l'impalcatura costitutiva del sistema stesso. E' oramai evidente la centratura dei sistemi di accreditamento più evoluti su quelli che possiamo definire i caposaldi della Qualità Totale:

- Focalizzazione sul cliente/cittadino;
- Orientamento ai processi (organizzativi e/o assistenziali);
- Sviluppo del Total Quality Management;
- Attivazione dei processi di Continuous Quality Improvement.

Tale impostazione, accelerata dai processi di aziendalizzazione che coinvolgono tutti i Paesi occidentali, comporta anche un avvicinamento delle procedure di accreditamento ad altri sistemi nati fuori dal contesto sanitario e, in particolare, ai sistemi di certificazione secondo le norme ISO. Il confronto tra le norme ISO e i criteri di accreditamento statunitensi e canadesi mostra, al di là delle differenziazioni linguistiche, profondi livelli di interrelazione, se non di totale sovrapposizione. I tavoli di confronto realizzati in occasione degli ultimi congressi internazionali dell'ISQUA su tale tema, sono una palese dimostrazione della possibilità d'integrazione tra i diversi strumenti.

In alcune realtà locali i due sistemi vengono posti invece in alternativa. Tale scontro non è evidentemente in merito ai contenuti, ma è legato al vantaggio competitivo di grande valenza economica che, nel grande mercato a disposizione, avrebbe il prevalere dell'una o dell'altra concezione. Il timore, anche in questo caso, è che i diversi soggetti interessati (le varie agenzie di accreditamento e di certificazione) stiano perdendo di vista la propria missione e si stiano trasformando in aziende profit, attente più alla propria sopravvivenza e sviluppo che alle finalità per cui sono nate. Anche in questo caso da parte degli organi di governo deve essere valutata attentamente ogni proposta in merito, per eliminare il rischio di snaturare uno strumento di enormi potenzialità innovative.

Un elemento a favore dei sistemi di accreditamento rispetto all'attuale sistema ISO, peraltro in corso di profonde modifiche, risiede nel tentativo dei primi di avere avviato sistemi di valutazione del prodotto salute, attraverso gli indicatori di esito clinico (di processo e di risultato). Riteniamo sia questo uno sviluppo estremamente importante dei sistemi di accreditamento che riposizionano la valutazione delle strutture sanitarie sul versante prioritario dell'efficacia, uscendo da quell'economicismo che pervade, talvolta in modo esasperato, la lettura e interpretazione della performance delle organizzazioni sanitarie. Le sperimentazioni avviate

porteranno nei prossimi anni utili informazioni sulla possibilità di generalizzazione e utilizzazione degli strumenti proposti.

Infine, possono essere evidenziate alcune linee di tendenza comune anche in relazione alle **procedure di accreditamento**, che sembrano più preservare le linee originali dell'accREDITAMENTO professionale, infatti:

- Viene incentivata l'autovalutazione da parte dei soggetti che richiedono l'accREDITAMENTO, con l'obiettivo quindi di creare una "cultura" della valutazione all'interno dell'organizzazione;
- Le agenzie normalmente supportano le organizzazioni nel periodo che precede l'accREDITAMENTO per facilitarne il raggiungimento dei requisiti;
- Sono sempre previste modalità di accREDITAMENTO provvisorio, per far sì che le organizzazioni che hanno presentato lacune alla visita di accREDITAMENTO possano, sempre con l'ausilio delle agenzie, predisporre le dovute procedure di miglioramento;
- La valutazione che emerge dalle visite è generalmente il risultato di un confronto tra supervisori e membri dell'organizzazione: si cerca cioè di ridurre al minimo l'automatismo delle decisioni, lasciando spazio, quando possibile, ad uno scambio di opinioni tra professionisti.

La sfida che si pone all'attenzione dei responsabili della sanità è quello di coniugare nell'accREDITAMENTO la necessaria "rigidità" di uno strumento oggettivo posto a tutela della sicurezza e tutela dei cittadini alla dovuta "flessibilità" degli strumenti volti all'introduzione dei processi di miglioramento continuo della qualità e di valorizzazione delle risorse umane delle organizzazioni sanitarie.

L'accREDITAMENTO nei servizi sanitari

In tutti i paesi esistono norme che tendono a definire le caratteristiche dei **Servizi Sanitari** con una prevalente localizzazione su aspetti quali caratteristiche strutturali, dotazioni tecnologiche e di personale, costi, responsabilità giuridiche, ma si è da tempo evidenziato che tali aspetti riescono a garantire solo alcune delle precondizioni per fornire adeguati livelli di assistenza sanitaria. Tra gli strumenti con cui si è cercato di migliorare questa situazione, un posto particolare occupa il processo di **accREDITAMENTO**. Questo è nato **all'inizio del secolo negli Stati Uniti**,

dall'esigenza espressa da alcune società scientifiche di identificare dei criteri di base che meglio potessero garantire i pazienti sulla effettiva qualità delle strutture ospedaliere. Il processo attivato vedeva i professionisti e gli ospedali come protagonisti dei processi di autovalutazione e di miglioramento. La procedura si è successivamente diffusa in Canada ed in Australia, più recentemente nel Regno Unito ed in altri paesi.

Accreditamento Volontario o Professionale o all'Eccellenza

Gli aspetti che abbiamo citato, pur con qualche diversità, si sono configurati in un **modello** che viene chiamato "Accreditamento Volontario o Professionale o all'Eccellenza", definizione con cui si intende un'attività volontaria, sistematica e periodica, finalizzata a garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, per ottenere i migliori risultati di salute possibili, in base alle conoscenze scientifiche ed alle risorse disponibili.

In questo modello i rappresentanti delle professioni sanitarie (società scientifiche, associazioni professionali) giocano un **ruolo fondamentale**, essendo gli effettivi **attori** dei processi di individuazione dei criteri e di verifica sul campo della conformità agli stessi.

Le motivazioni della attivazione dell'accREDITamento si possono riportare a tre obiettivi fondamentali:

1. **Volontà delle strutture sanitarie e dei professionisti di avere una valutazione oggettiva dei propri livelli qualitativi.** Storicamente, sia i singoli professionisti sia le organizzazioni sanitarie si sono sempre preoccupati di attivare processi di valutazione, spesso di tipo ispettivo, talvolta come revisione tra pari. Questi hanno conosciuto modalità organizzative diverse, ma più frequentemente si è trattato di verifiche "interne", cioè svolte come procedure di autovalutazione o con l'utilizzo di colleghi anziani o esperti, sempre interni all'organizzazione. Tali procedure hanno il vantaggio della semplicità organizzativa e del basso uso di risorse, ma pongono il rischio di una verifica focalizzata su metodi e principi condivisi solo nella organizzazione stessa, limitando la possibilità di utilizzare esperienze diverse, di avere chiavi di lettura o tipi di proposte innovative, di individuare modalità di miglioramento o sempli-

cemente di confronto che vadano al di là del solo confronto locale. L'utilizzo di osservatori esterni per i processi valutativi permette una migliore oggettività di giudizio, meno condizionata da eventuali pregiudizi o abitudini consolidate; offre inoltre la possibilità di un confronto con esperienze organizzative e gestionali diverse. Una valutazione di esperti esterni è importante per confermare, criticare o validare le scelte svolte localmente, permettendo di supportare o, al contrario, spingere a rivalutare le opzioni scelte.

2. **Interesse delle associazioni professionali e delle Società Scientifiche ad attivare processi di miglioramento che vedano i professionisti come parte attiva, favoriscano la crescita culturale degli operatori, garantiscano i migliori risultati sui pazienti.** Tutte le associazioni professionali e le Società Scientifiche si preoccupano di promuovere la cultura professionale e scientifica, sia all'interno sia all'esterno dello specifico campo di appartenenza. Solitamente ciò viene svolto con iniziative culturali, di formazione, organizzazione di congressi, conferenze, ecc. Fin dall'inizio del secolo le Società Scientifiche nordamericane si sono poste l'obiettivo di individuare percorsi che potessero favorire il miglioramento dei livelli qualitativi delle attività professionali, ma erano anche interessate a che tali percorsi vedessero i professionisti come protagonisti, sia per evitare valenze coercitive o ispettive, sia per favorirne contenuti di scientificità e di correttezza etico-professionale, oltre che per promuovere la diffusione di strumenti di autopromozione.
3. **Richiesta, da parte del servizio sanitario alle strutture che richiedono convenzione, di corrispondere a determinati livelli qualitativi per ottenere l'ammissione o per garantire i processi di miglioramento continuo.** Il diffondersi dei sistemi pubblici di assistenza sanitaria ha determinato la ricerca di strumenti che meglio potessero garantire i soggetti paganti rispetto al reale contenuto, in termini di valore economico investito e di qualità di servizio prodotto. Inizialmente questi erano limitati ad aspetti formali (possesso di titolo di studio adeguato, dotazione minima di attrezzature, ecc.), considerati pre-requisiti essenziali per l'erogazione delle prestazioni. Tali aspetti, però, non garantiscono in modo sufficiente il livello qualitativo delle prestazioni, e, nella ricerca di strumenti più adeguati, si è individuato l'accREDITAMENTO. Quando verso la metà degli anni Sessanta negli USA furono istituiti i due servizi di assistenza sanitaria Medicare e Medicaid (servizi

di assistenza sanitaria pubblica, dedicati agli anziani e ai meno abbienti), si richiese che, per garantire i livelli qualitativi delle prestazioni erogate, i fornitori di prestazioni corrispondessero ad una serie di requisiti di qualità (standard) stabiliti dagli organismi governativi, oppure fossero stati accreditati secondo i programmi di accreditamento professionale gestiti dalla JCAH.

Storicamente, sono state le prime due motivazioni ad attivare i programmi di accreditamento professionale, mentre la terza ha determinato l'interesse dei governi e delle assicurazioni private. I diversi obiettivi si sono generalmente integrati, individuando i metodi che più appropriatamente potevano garantire le diverse esigenze. Così, ancora oggi, nella maggior parte degli USA si riconosce all'accREDITAMENTO concesso dalla Joint Commission il valore idoneizzante per l'accesso alla convenzione con i sistemi Medicare e Medicaid, ma nello stesso tempo quella agenzia continua a essere espressione delle Società Scientifiche e associazioni professionali.

Grazie a queste interessanti e positive esperienze, l'accREDITAMENTO si è diffuso in diversi Paesi, in particolare negli ultimi 20 anni, quando l'attenzione dei professionisti e dei governi si è fatta più marcata sugli aspetti della qualità. Generalmente il processo ha mantenuto la forte componente professionale, ma in alcuni Paesi è stato utilizzato con una più marcata connotazione autorizzativa, rendendolo in questi casi obbligatorio e basato su procedure ispettive. Tale tipo di impostazione è stata recepita anche nel nostro Paese, ove viene identificato dal Decreto Legislativo 502/92 come una procedura obbligatoria per l'accesso al "mercato sanitario" finanziato dal Servizio Sanitario Nazionale (Tab. 1).

In questo capitolo verrà illustrato solo l'accREDITAMENTO professionale all'eccellenza, che, pur nei diversi contesti culturali e normativi, riconosce alcuni elementi caratterizzanti comuni, che si possono così sintetizzare:

1. **Attività di autoregolazione del sistema, mirante alla verifica e al miglioramento continuo di servizi sanitari.** I professionisti si confrontano con gli esperti sia per la definizione dei livelli di qualità attesi, che per le procedure di valutazione. L'obiettivo esplicitato è il raggiungimento dei massimi livelli di salute per il paziente, tenuto conto delle conoscenze e delle risorse disponibili. Il sistema era in origine prevalentemente "medico-centrico", in quanto le definizioni di "buona qualità" erano frutto di una visione squisitamente clinica. Oggi, nella maggior parte delle agenzie, sono presenti, oltre a più professioni sanitarie, anche rappresentanti dei governi e degli utenti.

Tabella 1 Comparazione tra le principali caratteristiche dell'accREDITAMENTO di tipo obbligatorio istituzionale (come previsto dal Decreto Legislativo 502/92) e delle attività di accREDITAMENTO professionale all'eccellenza nell'esperienza internazionale

	<i>AccREDITAMENTO istituzionale</i>	<i>AccREDITAMENTO all'eccellenza</i>
Obiettivo	Accesso al mercato, regolamentato dal soggetto pagatore (SSN)	Promozione qualità delle attività sanitarie e dei risultati sui pazienti
Opzione	Obbligatorio	Volontario
Ricaduta	Economica	Prestigio, promozione Professionale
Livello di qualità richiesto	Minimo, focalizzato essenzialmente sulla sicurezza	Eccellente, mirante alla ottimizzazione dei risultati sul paziente
Gestione	Istituzionale, tramite appositi uffici e procedure formalizzate	Professionale, in collaborazione con società scientifiche e associazioni di settore
Modalità operativa	Ispezione per la verifica della formale corrispondenza ai requisiti	Azione di consulenza, revisione tra pari finalizzata alla promozione
Contenuti	Prevalentemente istituzionali e normativi	Prevalentemente professionali e scientifici
Riferimenti	Normativa, regolamenti, piani sanitari	evidenza scientifica e stato dell'arte

2. **Volontarietà dell'adesione.** Si sono ampiamente dimostrati i limiti di procedure di tipo ispettivo/punitivo in programmi che puntino alla promozione della qualità. In attività dove la componente umana e professionale è prevalente e la complessità delle procedure è così alta, per puntare alla ottimizzazione dei risultati è essenziale attivare processi "con" i professionisti, ovvero processi nei quali i professionisti possano identificarsi per presenza di valori condivisi.
3. **Ruolo fondamentale delle associazioni professionali e delle Società Scientifiche nella definizione dei criteri e delle procedure.** Da quanto detto nel punto precedente, consegue il ruolo fondamentale delle organizzazioni nelle quali i professionisti si riconoscano per i propri valori professionali, scientifici ed etici. La responsabilità di tali organizzazioni è molto alta, non solo nel promuovere e diffondere cultura e

sensibilità su questi temi, ma soprattutto per individuare gli elementi di qualità e gli strumenti più appropriati per definire l'adeguatezza, la pertinenza, l'appropriatezza delle attività sanitarie.

4. **Revisione periodica dei criteri.** I criteri di buona qualità, che costituiscono il punto di riferimento di tutto il processo, devono essere sottoposti a continua verifica, come pure le procedure di valutazione. Tale verifica è di solito annuale. Sono indispensabili un costante aggiornamento e un notevole sforzo organizzativo per garantire la correttezza e affidabilità del processo, oltre a gruppi di esperti, procedure chiare ed esplicite, strutture flessibili, quali più facilmente si possono riscontrare in organizzazioni professionali rispetto ad organismi governativi.
5. **Valutazione da parte di personale addestrato ad hoc.** Le procedure garantiscono il massimo della professionalità in tutte le fasi, compresa l'esecuzione delle visite. Queste sono svolte da soggetti scelti tra professionisti sanitari esperti, dopo un'adeguata formazione specifica. L'attività è per loro solitamente episodica, trattandosi generalmente di operatori ancora in servizio, che eseguono poche visite nel corso dell'anno, essendo tale impegno ritenuto motivo di prestigio e occasione di scambio di conoscenze.
6. **Periodicità della procedura.** Tutti i programmi considerano l'accREDITAMENTO una condizione di "credito temporaneamente concesso" alle organizzazioni, ma che deve continuamente essere verificato per poter essere mantenuto. La periodicità dei controlli è solitamente triennale, ma, in alcuni casi ritenuti a "rischio maggiore", diviene annuale.

Lo strumento di riferimento di questi programmi è il *Manuale di Accredimento*, costituito da un insieme di **criteri di buona qualità**, individuati da esperti. I criteri sono definizioni indicanti la qualità attesa dell'assistenza, dotate di alcuni attributi, quali:

- *Misurabilità*: possibilità di verificare se la condizione sia o meno presente, o addirittura una sua determinazione graduata, intesa come diversi livelli di adesione al criterio stesso;
- *Riproducibilità*: identico giudizio espresso davanti alla stessa condizione da parte di osservatori diversi, o dallo stesso osservatore in momenti diversi;
- *Accettabilità*: i soggetti coinvolti devono accettare che determinati fattori vengano sottoposti a valutazione;
- *Congruenza*: correlati a fattori di qualità ed agli obiettivi del programma;

- *Specificità*: permettono di misurare i fattori di qualità che interessano, e solo quelli; in altre parole, sono influenzati solo dagli elementi previsti e non invece da altri estranei agli obiettivi dello studio.

I criteri devono essere esposti in modo chiaro, esplicito, non equivoco, al fine di garantire al massimo l'uniformità di applicazione e l'omogeneità di interpretazione; devono essere sviluppati in base a:

1. *Letteratura scientifica validata*, ovvero indicazioni derivate da esperienze svolte con metodologia appropriata e corretta;
2. "*stato dell'arte*", con cui si intende l'insieme dei comportamenti e delle procedure che gli esperti ritengono più corretti ed appropriati in determinate circostanze, anche se manca una sicura evidenza scientifica;
3. *normativa* di interesse specifico (ad es. norme di sicurezza, ecc.).

Come già detto, l'adesione a questo tipo di programmi è *volontaria*. E' esplicitamente richiesto che non vi siano procedure sanzionatorie come conseguenza dell'attività, e i risultati delle visite sono considerati riservati. Questo tipo di scelta è stata determinata dalla necessità di ottenere la massima fiducia dei servizi nel rendere disponibili tutti i dati necessari alla valutazione, e che tali dati corrispondano al vero. L'accreditamento, infatti, non è finalizzato a trovare responsabili e sottoporre a sanzioni, ma a:

- fornire *consulenza*, cioè aiutare i professionisti e le organizzazioni sanitarie a migliorare la qualità delle cure per i pazienti;
- ottimizzare i *risultati*, ovvero produrre i migliori risultati possibili;
- *stimolare il coinvolgimento dei professionisti* in programmi di miglioramento;
- *promuovere l'autovalutazione*, come strumento di costante monitoraggio e di riflessione sulla propria realtà operativa; in questo caso l'autovalutazione non deve essere intesa come sostitutiva della valutazione esterna, ma come integrativa, particolarmente per mantenere attiva l'attenzione sulla qualità: comparando l'autovalutazione (che è continua) con la valutazione esterna (che è periodica) i servizi acquisiscono esperienza che permetta di rafforzare le procedure di autovalutazione, che, per la continuità che possono avere, possono meglio garantire il mantenimento di alti livelli qualitativi;
- *favorire l'analisi delle organizzazioni* e, ove necessario, la riprogettazione delle stesse.

Per questi motivi, è normalmente reso pubblico solo il risultato complessivo del processo valutativo ("il servizio/ospedale è accreditato"), mentre i

dati dettagliati delle valutazioni dei singoli criteri nei singoli servizi, e in particolare le eventuali situazioni di carenza riscontrate, sono riportati esclusivamente nelle relazioni inviate ai responsabili, unitamente ai suggerimenti di miglioramento.

Il risultato dell'attività di valutazione è di solito classificato, in funzione del livello di responsabilità di rispondenza, in tre forme:

1. accreditato a pieno titolo;
2. accreditato per un periodo limitato o con raccomandazioni di miglioramento;
3. non accreditato.

La validità dell'accreditamento ha, in ogni caso, una durata limitata. Si ritiene infatti che la procedura vada ripetuta, in quanto la qualità deve essere intesa come frutto di un processo continuo cui tutti, singoli operatori ed organizzazione nel suo insieme, devono costantemente dedicarsi. L'accreditamento vuole verificare la presenza e la continuità di tale processo. L'intervallo dei tre anni è stato adottato in quanto si ritiene rappresenti un tempo sufficiente per permettere all'organizzazione gli adeguamenti necessari, ma abbastanza "stretto" per mantenere quella periodicità necessaria a garantire la stabilità dei livelli qualitativi, essendo i cambiamenti in sanità troppo consistenti e rapidi per permettere intervalli più lunghi.

L'esperienza internazionale ha negli anni permesso una crescita costante nei presupposti concettuali, nella metodologia, nella scelta delle procedure più funzionali agli obiettivi e alla realtà operativa sanitaria. Anche al variare delle realtà organizzative e normative dei diversi Paesi, la procedura si è dimostrata ugualmente efficace e in grado di produrre i risultati attesi.

ESPERIENZE ITALIANE

L'esperienza e la tradizione italiana sono state spesso considerate lontane da quei presupposti di autovalutazione e autopromozione professionale che sono così profondamente radicati nella tradizione anglosassone.

Se la situazione, a livello delle istituzioni classiche (Società Scientifiche, Associazioni Professionali, Sindacati, Università) sembra spesso ancora invariata, l'interesse e l'attenzione degli operatori "sul campo" si sono dimostrati negli ultimi anni più avanzati rispetto alle iniziative ufficiali. Avviene così che vi siano iniziative di gruppi all'interno delle Società Scientifiche o Associazioni Professionali che hanno utilizzato l'accredi-

tamento come un'occasione di confronto e di coagulazione dei momenti avanzati delle conoscenze scientifiche e professionali in termini di assetti organizzativi, supporto alle professioni, attenzione agli esiti.

Seguendo queste logiche, un gruppo di medici decise nel 1992 di sperimentare la procedura nel nostro Paese. Gli obiettivi iniziali erano:

1. valutare la *fattibilità* di un simile percorso nella nostra realtà, in particolare all'interno del sistema normativo e organizzativo italiano;
2. verificare l'*interesse degli operatori sanitari* a partecipare ad un'esperienza di valutazione esterna che li rendesse attori di un programma di miglioramento, pur costringendoli a modificare i propri assetti organizzativi e le abitudini consolidate;
3. identificare i *risultati* concreti in termini di miglioramento qualitativo, ottenibili dopo un percorso completo.

Il gruppo di lavoro fu organizzato dalla sezione regionale del Friuli-Venezia Giulia della Società Italiana e Revisione della Qualità. Fu scelto come campo di sperimentazione il servizio di Pronto Soccorso, in quanto capillarmente presente in tutti gli ospedali, caratterizzato da una notevole disomogeneità organizzativa e varietà di prestazioni, spesso critiche ed in emergenza. Alla luce dei dati di letteratura, dei manuali di accreditamento di diversi Paesi e dell'analisi della realtà normativa e operativa italiana, fu prodotto un elenco di criteri su cui si ottennero il consenso e l'adesione di tutti i servizi di Pronto Soccorso della Regione. L'elenco finale consisteva di 87 criteri, di cui 11 si riferivano ad aspetti strutturali, 40 a dotazioni di farmaci e attrezzature, 7 alla organizzazione interna, 2 alla preparazione del personale, 24 alle procedure (18 protocolli richiesti, 6 documentazione), 3 ai risultati. Il programma fu presentato ufficialmente nel giugno 1992. Tutti i sedici servizi di Pronto Soccorso generale della Regione si attivarono per rispondere ai criteri richiesti. Nel novembre successivo furono programmate le visite, che furono svolte dai medici dello stesso gruppo promotore, dopo un breve corso di formazione sulla metodologia della visita. A ogni visita partecipavano due medici, e la pianificazione faceva in modo che nessuno visitasse il proprio ospedale o uno vicino e che le coppie ruotassero in continuazione, per impedire che si potesse riformare la stessa coppia.

In questa prima esperienza l'adesione ai criteri fu valutata in modo dicotomico (Sì/No). I risultati complessivi mostravano, per l'insieme dei criteri, percentuali di soddisfazione nei diversi ospedali variabili da un minimo del 57% a un massimo del 96% (media 76%), con una disomo-

geneità dei risultati più marcata in alcuni settori, quali la formazione, l'organizzazione dei servizi, la presenza delle linee-guida richieste (Tab. 2).

Ogni servizio ricevette la valutazione dei visitatori su ogni singolo criterio (da confrontare con l'autovalutazione che ognuno aveva fatto prima della visita), unitamente ad una relazione dettagliata, che illustrava tutti i rilievi e osservazioni, positivi o meno, fatti comparando la situazione riscontrata nel servizio rispetto a quanto richiesto dai criteri.

L'analisi capillare dei servizi permise una raccolta di dati sistematica (analizzando il servizio in tutte le sue componenti), precisa e comparabile, in quanto non affidata solo alla compilazione di moduli da parte dei servizi stessi, ma filtrata attraverso la verifica diretta dei visitatori, accrescendo la precisione, la riproducibilità e l'affidabilità delle rilevazioni. I dati così raccolti forniscono un quadro esauriente e completo della reale situazione, con, per la prima volta, un censimento dettagliato della realtà sanitaria dei Pronto Soccorso della Regione, riferito a strutture, procedure e organizzazione interna. Molti servizi utilizzarono in seguito tale quadro per ripensare la propria realtà e riprogettare l'organizzazione.

Grazie al successo della prima iniziativa (per interesse destato, informazioni raccolte, sensibilità attivata), si decise di proseguire l'esperienza. Nel 1993 si procedette ad alcune modifiche dell'elenco di criteri, eliminandone alcuni, in quanto rivelatisi poco congruenti o difficilmente valutabili, e inserendone altri, a completamento e perfezionamento del programma. All'iniziativa del secondo anno partecipò, per la parte di competenza, anche un gruppo di infermieri, con un contributo molto utile e rilevante. L'elenco finale era costituito da 104 criteri. Si decise anche di modificare il sistema di valutazione, portando a tre i livelli di giudizio ("adesione completa al criterio", "adesione parziale", "non adesione al criterio").

Le visite successive permisero di rilevare un netto miglioramento, soprattutto per quanto atteneva ai temi in precedenza più critici, ovvero organizzazione, formazione del personale e presenza delle linee-guida richieste (Tab. 2). L'adesione complessiva dei servizi ai criteri passò da un minimo del 75% a un massimo del 99% (media 85.8%), pur essendo il numero degli stessi criteri aumentato di oltre il 20%. Questo dato è estremamente importante, in quanto dimostra la capacità di promozione della qualità insita nella procedura dell'accreditamento, grazie ai presupposti di coinvolgimento diretto degli operatori, di professionalità, di sviluppo costante di criteri corrispondenti alle reali necessità, di periodicità alle visite, oltre all'azione di consulenza dai visitatori.

Tabella 2 Percentuali di adesione dei servizi di Pronto Soccorso (*colonna a sinistra*) ad alcuni capitoli del manuale di accreditamento negli anni '92 e '93. Nel '92 la valutazione dell'adesione prevedeva solo due tipi di giudizio (Sì/No), mentre nel '93 si utilizzarono tre livelli di giudizio (adesione totale al criterio, adesione parziale, non adesione). Nel '93 il numero di linee-guida richieste fu raddoppiato.

PS	Strutture			Organizzazione			Formazione			Linee-guida		
	'92	'93	'93	'92	'93	'93	'92	'93	'93	'92	'93	'93
	Tot.	Parz.		Tot.	Parz.		Tot.	Parz.		Tot.	Parz.	
1	100	100	0	100	100	0	100	50	50	55	25.8	9.7
2	90	80	15	85	100	0	0	0	100	0	51.6	29
3	100	100	0	100	100	0	100	100	0	60	51.6	6.4
4	64	60	35	100	85.7	14.3	0	0	100	10	51.6	22.6
5	90	70	20	100	85.7	14.3	50	0	50	27	64.5	0
6	90	70	25	100	85.7	14.3	100	100	0	100	90.3	6.5
7	100	95	5	100	85.7	14.3	100	100	0	83	83.9	3.2
8	100	100	0	72	85.7	14.3	50	100	0	33	77.4	19.4
9	100	100	0	85	100	0	100	100	0	62	64.5	6.5
10	72	65	20	57	71.4	28.6	100	100	0	27	67.8	3.2
11	90	80	20	100	100	0	0	50	50	16	51.6	16.1
12	90	95	5	70	85.7	14.3	0	100	0	11	48.4	12.9
13	100	80	10	57	57.1	42.9	0	0	0	50	16.1	16.1
14	55	50	35	43	57.1	42.9	0	50	0	11	19.9	6.4
15	100	95	5	43	28.6	71.4	0	0	50	0	25.8	9.7
16	100	60	35	57	42.9	57.1	0	0	50	50	51.6	6.4

Lo svolgimento della visita. E soprattutto la relazione conclusiva, rappresentarono una occasione di confronto e riflessione per tutti i servizi, portando l'attenzione su aspetti in precedenza trascurati o affrontati in modo inadeguato. Questi risultati rafforzarono maggiormente l'interesse e l'adesione degli operatori. Tutti i servizi hanno proseguito nel miglioramento e nella riorganizzazione, spesso utilizzando lo schema del manuale per ripensare le proprie attività e gli assetti interni. In alcuni casi si utilizzarono i risultati delle valutazioni, ed in particolare le relazioni, per dimostrare agli uffici di direzione i livelli di qualità del servizio o le situazioni di carenza, producendo quasi costantemente una maggiore attenzione degli stessi per quei problemi, ed in alcuni casi riuscendo a produrre dei cambiamenti (anche strutturali) prima insperati.

A seguito della diffusione dei risultati, la Federazione delle Società di Medicina di Pronto Soccorso e della Associazione Nazionale dei Medici

d'Urgenza ha fatto proprio il documento sviluppato in Friuli-Venezia Giulia, proponendolo a livello nazionale.

Dal 1993 è iniziato un programma di collaborazione sul tema dell'accREDITAMENTO tra la Società di VRQ e altre Società Scientifiche, in particolare la Società Italiana di Endoscopia Digestiva, l'Associazione Medici Diabetologi, la Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, la Società di Ecografia Ostetrica, la Società di Igiene, la Società di Medicina dello Sport, un gruppo intersocietario per i Laboratori di Analisi. La collaborazione è stata avviata anche con una rappresentanza di Infermieri Professionali per definire i criteri per i Servizi Infermieristici Ospedalieri. In tutti questi casi, è stato organizzato un gruppo di lavoro per la produzione di un elenco di criteri, per passare in seguito alle visite dei servizi aderenti al programma.

Sono inoltre in corso altre iniziative, sulle Centrali Operative del 118, sugli ambulatori odontoiatrici, e, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, sui Servizi di Salute Mentale e sulle Residenze Sanitarie Assistenziali.

Oltre a queste, sono in corso anche altre interessanti iniziative. Tra le più significative, ricordiamo quella della Agenzia Regionale della Sanità dell'Emilia Romagna, che, partendo dal modello di accREDITAMENTO volontario canadese, ha tentato una sintesi con il modello ISO 9000. Il risultato costituisce il modello più avanzato tra quanti si sono cimentati in questo tipo di sintesi in Italia. L'operazione è stata doppiamente produttiva, avendo permesso da un lato di diffondere una nuova cultura di analisi qualitativa dei servizi in modo capillare, dall'altro lato di produrre un ampio coinvolgimento dei professionisti sul campo.

Un'esperienza ancora diversa è stata quella prodotta dal laboratorio analisi del complesso Ospedale-Università di Padova, diretto dal dott. Mario Plebani, dove, preso atto della esperienza del CPA (Clinical Pathology Accreditation) britannico, si è deciso di utilizzare quel tipo di percorso. Dopo alcuni mesi, il servizio è stato visitato da un gruppo del CPA, divenendo il primo laboratorio analisi accREDITATO da tale organismo fuori dal Regno Unito. Questa esperienza è stata successivamente diffusa anche ad altri laboratori italiani.

IL PROGETTO

Per ognuno dei programmi citati si è utilizzato un percorso operativo generale che è stato progressivamente perfezionato con l'esperienza, e che può essere ora così sintetizzato:

1. *Individuazione di un gruppo di specialisti del settore*, scelti tra professionisti esperti, interessati al programma, motivati e disponibili ad aderire volontariamente al progetto, in collaborazione con le rispettive Società Scientifiche o associazioni professionali. Per ogni programma il numero è previsto intorno alle 5-10 persone.
2. *Invio ai soggetti prescelti di materiale preparatorio* su obiettivi, contenuti, metodi.
3. *Azioni per informazione e formazione dei partecipanti* sulla metodologia e successivo sviluppo dei criteri di accreditamento ritenuti essenziali e corrispondenti ai principi generali del progetto. La fase di produzione del primo elenco di criteri avviene solitamente in una sessione residenziale, della durata di 2-3 giornate.
4. *Gli specialisti devono fornire le loro conoscenze* per ottenere la caratterizzazione più appropriata dei servizi, ma tale attività non può però essere del tutto delegata a loro, e va sviluppata con il confronto con altri soggetti (specialità correlate, soggetti richiedenti come i medici generali, ecc.) e sempre filtrata da esperti di metodologia. Si è infatti evidenziato come gli specialisti tendano a sovrastimare la casistica di loro competenza e a restringere il ruolo delle altre specialità.
5. *L'elenco di criteri così prodotto viene sperimentato* in un numero limitato di servizi volontariamente resisi disponibili, onde valutarne l'affidabilità, la fattibilità, la precisione, l'accettabilità. I risultati preliminari vengono ridiscussi per le eventuali modifiche. Dopo l'approvazione finale, si passerà alla fase operativa.
6. *Fase operativa*, con diffusione delle informazioni preliminari e raccolta delle adesioni al programma. Ciò può essere realizzato con delle riunioni per spiegare il progetto, i suoi obiettivi, i metodi, i singoli criteri individuati.
7. *Reclutamento dei servizi disponibili alla partecipazione attiva al progetto* e distribuzione del materiale preparatorio. E' prevedibile che nella maggior parte dei casi il progetto richiederà un'attività di consulenza continua, su aspetti organizzativi, metodologici, specifici o generali. E' necessario fornire un adeguato supporto in tale ambito, essendo questo

il momento più delicato ma anche il più produttivo sul piano della crescita culturale e organizzativa. Il progetto deve essere seguito passo passo, permettendo ai diversi centri di sviluppare programmi di miglioramento finalizzati a obiettivi specifici, ma fornendo anche le basi metodologiche per attivare procedure di miglioramento più generale dei servizi.

8. A distanza di alcuni mesi (6-12 mesi), *esecuzione delle visite, da parte di un gruppo di esperti*. I visitatori devono essere almeno due, scelti tra operatori con almeno 5 anni di servizio, che abbiano avuto una specifica preparazione sulle modalità e procedure di esecuzione delle visite. Il gruppo di visitatori, quando lo si ritiene opportuno, può essere più numeroso. La visita non è in linea di principio dedicata ad un unico servizio, ma nel corso della stessa occasione il gruppo può visitare tutti i servizi, anche di specialità diverse, che partecipano al programma di accreditamento.
9. *Al termine della visita i visitatori predispongono la documentazione conclusiva*, che è composta da un'analisi specifica dell'adesione ai singoli criteri e da una parte più generale di valutazione del servizio nella sua complessità, contenente anche osservazioni specifiche, suggerimenti, apprezzamenti, elementi da migliorare.
10. *Ogni anno il gruppo di lavoro valuta i risultati per ogni specialità*, provvedendo ad un'analisi complessiva e ad un'eventuale revisione dei criteri, eliminando quelli risultati poco precisi, poco adeguati o scarsamente valutabili, e integrando invece con nuovi criteri, al fine di una valutazione sempre più precisa e completa. Viene quindi riproposta l'attività per l'anno successivo, ricominciando il ciclo.

Questo percorso è stato sperimentato e perfezionato nel tempo con le diverse Società Scientifiche e gruppi di esperti, e si è dimostrato estremamente efficace e produttivo. Ovviamente, presupposti essenziali sono la disponibilità e l'interesse di partecipanti, oltre che un'attenta guida di esperti in metodologia e conduzione di gruppi.

Accanto a questa fase di elaborazione concettuale dei criteri per gli specifici ambiti, è necessario considerare gli aspetti operativi, ovvero come concretizzare il programma nei singoli specifici servizi. Pur considerando la grande variabilità di tipologie di servizi e di caratteristiche locali, riteniamo cosa utile fornire un possibile schema di lavoro, per aiutare i responsabili dei programmi a produrre i migliori risultati. Questo schema, ispirato a molti simili in letteratura, è esso stesso stato rivalutato dalla

esperienza sul campo in buona parte dei servizi coinvolti nei programmi di accreditamento.

PROGETTO DI ACCREDITAMENTO IN UN SERVIZIO

Individuazione del *responsabile del programma*. Deve essere scelto tra le persone con maggiori capacità di organizzazione e gestione delle relazioni umane. Deve godere della stima degli operatori ed essere pienamente convinto della validità e importanza del programma. Avrà una certa autonomia nella gestione del programma, pur tenendo costantemente aggiornati i dirigenti del servizio. Predisporrà la pianificazione generale e attuativa, si occuperà di controllare durante tutto il percorso che gli incaricati svolgano le attività previste nei modi e nei tempi stabiliti.

La *formazione degli operatori* è un prerequisito essenziale per il successo del programma; potrà essere ottenuta con modalità e profondità diverse a seconda dei contesti e della complessità delle strutture (vi è ampia letteratura sull'argomento); deve essere ben chiara ed esplicita l'importanza che la direzione (primario o direttore, a seconda del contesto coinvolto) assegna al programma, e il suo costante coinvolgimento e supporto allo stesso; possono essere necessarie azioni formative più approfondite, mirate su specifici soggetti, quali i responsabili delle diverse linee di azione o i responsabili di sezioni o moduli.

Analisi del manuale, con attenta lettura dei criteri al fine di chiarire il significato, le richieste di documentazione e di attività previste.

Seguono l'*analisi del servizio* e la *comparazione con i criteri*; in questa fase si valutano le differenze tra la qualità attesa (indicata dai criteri) e la qualità attuale del servizio. Spesso in questa fase si rilevano due atteggiamenti estremi: a) "non ce la potremo mai fare"; b) "queste cose le abbiamo già". Nessun servizio può affermare di trovarsi in una delle due condizioni, ma i responsabili devono avere presente la tendenza a questo tipo di autovalutazione, come devono tener conto che esistono varie forme di resistenza interne, variamente motivate. L'analisi deve essere attenta, motivata e non superficiale, cercando di capire esattamente quali sono le richieste e quale è l'oggettiva situazione esistente nel servizio. Questa fase può impegnare un certo tempo e richiedere uno sforzo non indifferente, ma è essenziale per le fasi successive.

Scelta delle priorità. Ogni servizio troverà un certo numero, più o meno grande, di inadeguatezza, e difficilmente potranno essere affrontate tutte

contemporaneamente. E' preferibile scegliere delle priorità, che potrebbero essere aspetti più critici (rischi per gli operatori o per i pazienti) oppure problemi che richiederanno molto tempo. Qualche volta, specie dove vi sono poche esperienze nelle attività di miglioramento, può essere preferibile affrontare all'inizio temi "semplici", in quanto possono costituire una palestra di addestramento, oltre ad essere subito gratificanti per i partecipanti. Si dovrà anche tenere conto delle effettive risorse disponibili.

Pianificazione delle attività di miglioramento. Per ogni priorità scelta dovrà essere definito un programma di miglioramento/adequamento, con un preciso responsabile, obiettivi da raggiungere, risorse disponibili, scadenze di controllo durante il percorso e di raggiungimento dell'obiettivo. E' opportuno che tutto ciò sia esplicitato e costantemente verificabile, ad esempio con affissione sulla bacheca del servizio, oltre che nelle riunioni periodiche.

Attuazione dei programmi, in base a quanto stabilito, ma con costanti verifiche ed eventuali correzioni. L'attenzione deve essere sempre mantenuta alta, ed è importante che anche il responsabile del servizio manifesti la costanza del suo interesse e impegno. Verrà svolto un monitoraggio periodico dello stato di avanzamento, preferibilmente con occasioni formali di resoconto dei rispettivi responsabili.

Verifica interna. Quando si ritiene di avere svolto adeguatamente i diversi programmi e raggiunto gli obiettivi prefissati, è utile fare un'azione di verifica complessiva del programma, svolgendo una vera e propria visita, a somiglianza di quella che viene svolta dai visitatori esterni. Ciò dovrebbe essere fatto anche nei dettagli, come visione dei documenti previsti e visita alle diverse parti del servizio.

Quando il servizio si sente pronto, può richiedere la *verifica esterna*.

A conclusione della visita, è necessaria una attenta *analisi della valutazione esterna*, sia della relazione conclusiva che dei risultati della compilazione del questionario. Ciò permetterà di comprendere meglio la propria posizione verso le richieste, ma anche di capire se e dove si è sbagliato nel giudizio. Questa fase è particolarmente importante in quanto costituisce un'ottima occasione di addestramento all'autovalutazione, grazie al confronto della propria valutazione con quella degli osservatori esterni, poiché aiuta a ridurre la soggettività e unilateralità dei giudizi.

Inizia quindi la *nuova pianificazione*, in base alle carenze ancora presenti o ai nuovi obiettivi stabiliti.

Si attiva così un programma di *miglioramento continuo*, che è il reale obiettivo strategico dei programmi di accreditamento, non solo sui criteri previsti nei manuali, ma su tutti gli aspetti che possono influenzare la qualità nei servizi sanitari.

L'EVOLUZIONE DEL PROGRAMMA

I primi elenchi di criteri sviluppati nei programmi italiani erano stati essenzialmente un lavoro di sintesi, che vedeva da un lato una traduzione da alcuni manuali stranieri, cui si era cercato di dare una veste più adatta al contesto italiano, pur mantenendo intatti il metodo e i principi fondamentali; dall'altro lato si erano aggiunti alcuni elementi che sembravano più corrispondenti alla nostra realtà. Era mancata però una strutturazione omogenea dell'insieme.

Tra il 1994 ed il 1995 si è approfondito il lavoro di ricerca e di elaborazione teorica, per riuscire a dare una visione progettuale coerente e generale, utilizzando l'analisi sistemica come chiave di lettura dell'organizzazione sanitaria, alla luce di numerose esperienze anche italiane sul tema. Il risultato è stato un documento strutturato in diversi capitoli, con una precisa coerenza progettuale interna, peraltro ancora soggetta a rielaborazioni e perfezionamenti. L'attenzione maggiore è stata posta sugli aspetti organizzativi, specie quelli generali. Sono richiesti chiari ed espliciti criteri organizzativi, pur senza scendere nella definizione di modelli specifici; si ritiene essenziale che vi sia una chiarezza negli assetti organizzativi e nei livelli di responsabilità, i quali in ogni caso possono essere diversi a seconda dei modelli di riferimento. Si lascia ampia libertà sulle modalità operative in ambito tecnico professionale, purché basate su evidenza scientifica o su indicazioni di consenso professionale.

Questa nuova impostazione è stata sperimentata per la prima volta con un gruppo di lavoro della Società di Igiene coordinato dal prof. Di Stanislao, per l'accREDITAMENTO dei Servizi di Prevenzione. In seguito è stato utilizzato anche per la revisione con altri gruppi, in particolare per i servizi di Pronto Soccorso, di Endoscopia Digestiva, di Fisiatria e di Diabetologia. L'utilizzo nella pratica di questo nuovo approccio si è già dimostrato molto vantaggioso, in particolare per i seguenti motivi:

- *Fornisce un'omogeneità progettuale dell'insieme dei servizi sanitari*, consentendo di utilizzare un'unica chiave di lettura delle diverse tipologie di servizio, senza però trasformare ciò in un impoverimento dei

contenuti professionali. Infatti, all'interno di uno schema generale di questo tipo possono meglio concretizzarsi le specialità, poiché una chiave di lettura trasversale permette di valutare con strumenti omogenei e comparabili le diverse realtà, producendo modalità di valutazione non distorte da visioni parziali, ma inserite all'interno di un unico progetto generale;

- *Permette modalità omogenee di visione e gestione*, facilitando il trasferimento di esperienze e risultati positivi anche in contesti diversi, sia come tipologia di specialità sia come situazione organizzativa;
- *Si ottiene una lettura trasversale dei servizi*, che non si focalizza più sulle singole specialità, ma sposta l'attenzione sulle procedure, sui percorsi che gli operatori e i pazienti devono svolgere; quindi, non più singoli atti o azioni, ma il sistema nella sua totalità deve essere finalizzato agli obiettivi previsti;
- *Utilizzando sempre lo stesso strumento, le valutazioni possono essere notevolmente semplificate e non richiedere elevate competenze specifiche si settore*. Infatti, essendo la valutazione focalizzata non su aspetti tecnici, ma prevalentemente organizzativi, e non dovendo valutare competenze o completezze tecniche, può essere svolta da soggetti che abbiano non già una competenza specialistica, ma che abbiano, accanto all'indispensabile esperienza sanitaria, una competenza sulle procedure di valutazione. Si è sperimentato infatti (si vedano le esperienze anglosassoni) che è necessaria una consistente esperienza sanitaria per valutare rapidamente gli elementi rilevanti, che altrimenti richiederebbero complesse e onerose valutazioni formali, garantendo peraltro molto meno l'adeguatezza agli obiettivi sanitari; d'altro lato, invece, le competenze specialistiche non sono solitamente necessarie, se non in casi particolari, per valutare i livelli organizzativi dei servizi e l'attenzione alla qualità.

Un risultato interessante che è stato rilevato nei casi in cui si sono svolte già due valutazioni, è il rilievo che si è avuto un marcato incremento nei livelli qualitativi, specie sugli aspetti organizzativi, alla seconda valutazione. Ciò, crediamo, potrebbe essere dovuto all'effetto di maggiore chiarimento e spiegazione del programma e dei metodi di valutazione ottenuti con l'azione di consulenza della prima visita e, soprattutto, con la relazione conclusiva.

LA VISITA

Le attività valutative dei programmi di accreditamento professionale sono in effetti procedure di "scambio di visite tra pari". Ciò significa che ad ogni visitatore o visitato, indipendentemente dalla specialità esercitata, professione o ruolo, si riconosce una pari dignità, ovvero la possibilità di partecipare attivamente all'esperienza con domande, osservazioni, suggerimenti, nel rispetto reciproco.

Tutta l'attività, durante la preparazione, durante la visita e nella relazione conclusiva, deve essere gestita in modo da non assumere connotazioni fiscali, vale a dire inquisitorie o vessatorie, pur mantenendo l'assoluta obiettività, garantita dal confronto oggettivo tra ciò che viene richiesto dai criteri e ciò che si riscontra nella realtà dei servizi.

La formazione dei visitatori è stato un tema di recente approfondimento. Si è predisposto un programma di formazione diviso in tre giornate, che prevedeva, alternando lezioni in aula e lavori di gruppo, un percorso finalizzato a fornire le conoscenze e competenze ritenute necessarie per svolgere le attività di valutazione. L'obiettivo fissato era quello di creare un livello di formazione avanzato, mirato esplicitamente a creare le competenze per svolgere delle visite di valutazione/consulenza all'interno di programmi di accreditamento professionale. Si sono organizzati corsi con più docenti, presentando esperienze concrete, anche con diverse modalità o progetti. Il percorso di formazione prevede una parte pratica, consistente in almeno tre visite svolte sotto la guida di visitatori esperti. Solo dopo un percorso di questo genere si ritiene che il partecipante possa divenire autonomo o eventualmente coordinatore di una visita. Sono ormai alcune decine i visitatori così formati, di diverse discipline e professionalità, che permettono l'esecuzione di visite interdisciplinari, svolte a servizi, da parte di operatori di diverse specialità.

E' rilevante l'azione di consulenza che i visitatori, esperti sui principi e metodi della qualità, possono e devono fornire ai servizi visitati. Su tutti i dati, informazioni, considerazioni che derivano dalla attività è garantita la massima riservatezza, intesa nel senso che tali aspetti saranno comunicati in modo riservato esclusivamente ai responsabili dei Servizi visitati, potendo apparire all'esterno al massimo un eventuale risultato finale complessivo. Un ulteriore obiettivo, che va al di là della sola funzione valutativa, è quello di fornire un'occasione per diffondere le soluzioni organizzative innovative rilevate. Si riconosce un particolare merito ai ser-

vizi che individuano tali soluzioni, che vengono poi riproposte in ambiti più ampi, come modello per altri.

La visita costituisce il momento più critico del percorso di miglioramento del servizio, la “prova del nove”, la verifica degli sforzi, dell’impegno dedicato al programma.

I visitatori ne devono essere coscienti e avere sempre presenti i valori di riferimento che ne costituiscono i presupposti e la guida (Tab. 3).

Tabella 3 Principi da tutelare e valori di riferimento per le visite di accreditamento, nella filosofia della pari dignità e della reciproca consulenza.

Scambio di visite tra esperti: valori di riferimento

- Pari dignità
- Non fiscalità
- Consulenza
- Riservatezza
- Obiettività
- Chiarezza e uniformità di applicazione
- Rigore nei criteri organizzativi
- Flessibilità degli approcci tecnico-scientifici (alla luce della evidenza della letteratura scientifica e del consenso professionale)
- Diffusione di soluzioni organizzative innovative

Principi per la conduzione della visita

- Coordinamento dei visitatori
- Oggettività/imparzialità
- Attenzione agli aspetti positivi
- Accuratezza (essere indiscreti)
- Rispetto (non critica né saccenteria)
- Completezza

La visita deve essere sempre completa, nel senso che tutti gli aspetti richiesti dai criteri devono essere verificati direttamente all’interno dei servizi o, ove richiesto, sulla documentazione, che a sua volta deve essere completa e adeguata alle richieste. Se è vero che la visita deve essere condotta nel massimo rispetto, ovvero senza saccenteria o superficiali critiche, essa peraltro deve essere assolutamente accurata, senza timore di essere indiscreti. Volendo esemplificare, potremmo dire che la visita per l’accreditamento è come la visita medica per il clinico: con profondo rispetto del paziente (convinzioni etiche o religiose, privacy, ecc.), con cortesia e comprensione, deve in ogni caso essere una visita completa, senza che sia trascurato o sottovalutato nulla di ciò che è pertinente. Deve essere garantita

la massima oggettività, con valutazioni basate esclusivamente sulla comparazione con i criteri, e imparzialità, senza farsi influenzare dalle proprie convinzioni in merito a valori, modalità organizzative, scelte tecniche, ecc. Ogni valutazione deve basarsi su verifiche dirette che i visitatori hanno avuto modo di svolgere.

Nella relazione conclusiva occorre esplicitare quali giudizi o valutazioni sono frutto di verifica diretta, quali di visione di documenti, quali invece basati solo su dichiarazioni dei responsabili dei servizi, ma senza conferme oggettive. La relazione conterrà anche "impressioni" ricevute dai visitatori, che dovranno però essere illustrate come tali e distinte quindi dagli elementi oggettivamente verificati. In generale, va dato un particolare rilievo agli aspetti positivi, specie quando si riferiscono a problemi complessi o esemplari anche per altri.

La visita deve essere considerata "una collaborazione continua" e non un esame, ed è costituita da diverse fasi: le prime iniziano già con i contatti preliminari tra i promotori e singolo servizio, attraverso l'invio del materiale preliminare, l'autovalutazione, l'azione di consulenza e informazione precedente la visita, che peraltro resta il punto centrale di collaborazione, scambio di esperienze e consulenze (sempre in modo bidirezionale tra visitati e visitatori).

A proposito del clima e della modalità di conduzione della visita, un documento recente ne ha saputo fare un'ottima sintesi:

Modalità di effettuazione delle interviste

Le interviste vanno effettuate ponendosi alla stessa altezza dell'intervistato, facendo domande aperte (domande a cui non si possa rispondere semplicemente con un "sì" o un "no"), guardando spesso negli occhi l'interlocutore (da un minimo di 5 a un massimo di 15 secondi), sorridendo spesso e chinandosi verso di lui, mostrando la propria attenzione con cenni della testa ed espressioni tipo "già", "certo", "ho capito", ricapitolando ognitanto quello che si è capito e chiedendo conferma (es.: "Mi sembra di aver capito che...E' vero?").

Se l'intervistato divaga, riportarlo la tema dicendo: "Quello che sta dicendo è molto interessante e vorrei parlarne con lei dopo, adesso mi può dire se...". Se l'intervistato è troppo vago, troppo astratto, chiedere: "Mi può fare un esempio?". Se l'intervistato è troppo laconico, si può ripetere con tono interrogativo quello che ha appena detto, aspettando che dica qualcosa di più (ad es., se l'intervistato dice: "Non tutto va bene.", l'intervistatore può dire: "Mi aiuti a capire meglio.").

Ricordare sempre che non si è lì per giudicare chi è bravo e chi non lo è, ma eventualmente per dare consigli generali su come migliorare l'organizzazione del lavoro.

E' opportuno che sia sempre nominato un coordinatore della visita, preferibilmente individuato come il più esperto. Questi avrà il compito di coordinare tutte le attività, suddividere i compiti, raccogliere le opinioni dei diversi visitatori, stimolare il dialogo e la collaborazione con i visitati, verificare il rispetto delle procedure previste, presentare un primo giudizio provvisorio prima di lasciare il servizio visitato, coordinare la relazione finale, tenere i rapporti con i responsabili del programma.

Una parte di documentazione può essere richiesta e visionata anche prima della visita stessa, purché strategica (ovvero senza la quale il programma non avrebbe nemmeno senso, come le politiche per la qualità del servizio o dell'azienda) e di dimensioni contenute, come ad esempio il questionario di autovalutazione o dati statistici sul servizio.

E' utile avere una stanza a disposizione per i visitatori per le loro riunioni di analisi della documentazione (che dovrà essere già pronta, in originale o in copia, per la visita, senza dover essere ricercata al momento), oltre che per la discussione e conclusione dei lavori.

Tra la documentazione vi è un questionario di autovalutazione dei servizi, in cui ogni servizio esprime la propria percezione di adesione ai criteri; su di un modulo simile i visitatori esprimeranno la loro valutazione, fornendo così ai servizi un ulteriore elemento di valutazione, confrontando la propria percezione di adeguatezza con quella di osservatori esterni.

La visita diretta dei servizi non è una "passeggiata" nei locali, ma una valutazione dell'articolazione, della razionalità e della funzionalità. Pertanto vi deve essere la possibilità di vedere (anche se ciò non verrà fatto sistematicamente) ogni stanza, ripostiglio o servizio igienico, di guardare negli armadi e nei cassetti, di intervistare il personale per verificarne la preparazione e l'informazione sugli assetti organizzativi, sulla sistemazione delle attrezzature, oltre che sulle procedure essenziali o di emergenza, pur con il tatto necessario.

Prima di terminare la visita, è opportuno che i visitatori si riuniscano in una stanza per fare il punto della situazione, confrontando le impressioni e verificando se hanno valutato o visionato tutto ciò che era previsto. E' preferibile che già in quest'occasione sia compilato il questionario di valutazione (anche per verificare la presenza di tutti i dati) e sia redatta una prima bozza, anche solo per punti, della relazione finale. Al termine della

visita si deve prevedere un breve incontro con tutto il personale del servizio. In quest'occasione il coordinatore dovrebbe fare una prima breve sintesi dei dati più salienti, sottolineando in particolare quelli positivi.

Qui di seguito viene illustrato uno schema complessivo della procedura, che vuole essere un riferimento pratico, quasi una "agenda" (Tab. 4), ed un dettaglio degli elementi che devono essere valutati nell'incontro con i responsabili dei servizi e durante la visita (Tab. 5).

La relazione non è finalizzata semplicemente ad un aspetto valutativo, ma ancor più promozionale, ovvero deve puntare a sviluppare le possibilità e occasioni di crescita organizzativa e professionale. Deve quindi essere predisposta come un reale strumento di lavoro per i servizi, da utilizzare per ripensare e, ove necessario, riprogettare il servizio o parte di esso. Dovrà quindi essere redatta come un documento di facile lettura, chiaro, sintetico, assolutamente non ambiguo, riportando i dati oggettivi che si sono rilevati, basandosi su ciò che si è potuto personalmente verificare, su documentazione o per visione diretta, motivando in modo chiaro e sintetico tutti i giudizi. Devono essere attentamente valutati e considerati nel giudizio finale tutti gli aspetti previsti, con motivazioni circostanziate.

Principi della redazione

- sinteticità
- completezza
- valutazione oggettiva e basata su dati verificati o documentati
- motivazioni circostanziate

Si devono mettere in evidenza in modo più marcato gli aspetti positivi, specie quelli di particolare rilievo o significativi anche per altre realtà; si devono invece considerare le carenze nel loro aspetto di occasioni di miglioramento, su cui concentrare gli sforzi, aggiungendolo, ove possibile, anche degli eventuali suggerimenti. Un possibile elenco dei contenuti della relazione è il seguente:

Contenuti della relazione

1. sintetica descrizione del servizio (servizio, data, nomi dei responsabili e dei visitatori)
2. note di apprezzamento

3. suggerimenti di miglioramento
4. giudizio complessivo

In genere è preferibile assegnare ad una persona il compito di predisporre la relazione conclusiva, che dovrà poi essere inviata agli altri partecipanti per integrazioni, correzioni, suggerimenti. Dopo un attento riesame, e ottenuto il consenso di tutti i visitatori, sarà inviata ai coordinatori del programma, che, verifica la conformità formale e metodologica (ma senza entrare nel merito dei singoli giudizi), provvederà all'invio ai responsabili del servizio visitato. Eventuali successive osservazioni e richieste di chiarimento dovrebbero sempre passare attraverso il gruppo di coordinamento e mai direttamente tra visitatori e visitati.

Tabella 4 Esempio di un percorso completo della procedura di accreditamento, con suddivisione delle diverse fasi e delle rispettive componenti. I singoli passaggi sono solo indicativi, non vanno considerati necessariamente obbligatori, a meno di esplicita richiesta

Schema della visita

Prima della visita

- richiesta del servizio
- invio del materiale preliminare
- contatti preparatori e programmazione della visita
- invio della autovalutazione e della documentazione indicata in base ad una lista dettagliata
- comunicazione formale ai responsabili della data e delle modalità della visita
- individuazione del coordinatore della visita

Durante la visita

- incontro dei visitatori con i responsabili, con prima intervista
- verifica della documentazione (già preparata in una stanza in originale o copia)
- visita al servizio
- riunione del gruppo per verifica e prima discussione
- compilazione del questionario da parte dei visitatori
- riunione finale con tutto il personale del servizio per le prime impressioni

Dopo la visita

- preparazione della relazione finale
- riesame della relazione
- invio della relazione finale ai coordinatori del programma
- invio della relazione ai responsabili
- osservazioni e chiarimenti eventuali

Tabella 5 Dettagli degli elementi da sottoporre a valutazione durante la visita di accreditamento. L'esempio è generico, e si riferisce ad una tipologia di servizio complesso, quale un ospedale.

Dettaglio orientativo di elementi da valutare nell'incontro con i responsabili

- mandato e "mission" del servizio
- obiettivi
- coordinamento/integrazione con altri servizi
- organigramma
- funzionigramma
- indicatori
- dati attività
- documentazione clinica e gestionale, flussi informativi
- documentazione riunioni di reparto
- documentazione formazione
- documentazione attività di monitoraggio
- documentazione attività di VRQ
- documentazione procedure e modalità operative
- documentazione liste attesa
- attività per i diritti dei pazienti e gestione dei reclami

Dettaglio di elementi da valutare durante la visita al servizio

- strutture
- accessibilità
- cartelli per indicazioni
- barriere architettoniche
- servizi igienici
- sale degenze
- ambulatori
- telefoni e utilities
- orari apertura
- segreteria
- attrezzature
- archivio
- servizi accessori
- farmaci
- depositi
- linee-guida e procedure
- incontro-interviste con personale e pazienti

CONCLUSIONI

Le norme sanitarie tradizionalmente definiscono caratteristiche strutturali, dotazioni di attrezzature, compiti dei professionisti. L'accreditamento, senza contraddire i dispositivi normativi, va ben oltre, ponendo l'obiettivo di

produrre i migliori risultati di salute possibili. La finalità non è solo la verifica della corrispondenza ai criteri prestabiliti, ma soprattutto la promozione dell'organizzazione della qualità, dell'efficienza, dell'efficacia, attraverso il miglioramento dell'organizzazione, dell'uso delle risorse, della formazione. La visita di accreditamento non è una verifica asettica della corrispondenza ai criteri, ma un'azione di consulenza, in cui lo scambio di informazioni ed esperienze tra operatori costituisce un elemento fondamentale del metodo.

Oltre alla formale validazione per un determinato periodo temporale, vi sono altri importanti risultati che l'accreditamento permette di ottenere:

- 1. Raggiungimento del consenso da parte di esperti su strutture e procedure essenziali alle cure.** Molti argomenti, spesso anche critici, sono controversi in sanità; non sempre vi è una chiara evidenza scientifica su quali siano le modalità organizzative o gestionali più appropriate. Raccogliere l'opinione degli esperti e formulare delle proposte che gli operatori possano rendere operative sul campo permette di fare un importante passo in avanti, diffondendo cultura, facilitando il lavoro dei professionisti, promuovendo le scelte più appropriate.
- 2. Definizione di criteri di buona qualità.** In questo modo si creano dei veri e propri "strumenti di misura", in quanto ciò che corrisponde ai criteri rappresenta "qualità", e si possono anche, con opportune scale graduate di adesione, dare le "gradazioni" di qualità presenti sugli specifici temi.
- 3. Individuazione di "carenze",** intese nel senso di mancata corrispondenza ai criteri di qualità attesa.
- 4. Valutazione obiettiva,** in quanto svolta da soggetti provenienti dall'esterno, dell'attività svolta e delle attrezzature.
- 5. Consulenza di esperti sul posto,** finalizzata al miglioramento continuo della qualità delle cure.
- 6. Focalizzazione su valori quali l'efficacia, l'efficienza,** sia da parte degli operatori, sia degli amministratori e dei cittadini.
- 7. Opportunità di scambio di informazioni, di esperienze, di consulenze,** non ottenibili con semplici procedure di una verifica interna alla struttura stessa.

Qualunque programma finalizzato al miglioramento della qualità avrà maggiori probabilità di successo se sarà concretamente supportato dalle rispettive aziende, benché ciò non sia indispensabile. La maggior parte delle prime esperienze italiane si sono svolte nell'indifferenza delle direzioni,

anche se oggi un'attenzione crescente viene proprio da questi settori. La qualità sta divenendo un obiettivo strategico identificato da tutte le figure in causa (direzione delle Aziende, operatori, utenti, governi), favorendo un sistema per la qualità che sia progettato, costruito e mantenuto in modo appropriato.

I professionisti devono costantemente attivarsi per raggiungere i migliori risultati, accrescere le proprie competenze, promuovere il valore del proprio lavoro, perché l'alternativa sarebbe il progressivo decadimento professionale, sia del singolo sia della categoria.

Questa procedura, come altre, costituisce un importante strumento di crescita culturale, di miglioramento organizzativo, di induzione al cambiamento e alla soluzione dei problemi. L'esperienza internazionale ne ha da tempo affermato l'importanza e l'efficacia e le iniziative italiane descritte dimostrano la fattibilità di questi programmi anche nel nostro Paese. Questo ci sembra particolarmente utile in questo momento, nel quale le pressioni esercitate sulle organizzazioni sanitarie dall'opinione pubblica richiedono risposte concrete in termini di garanzia di qualità. Le Società Scientifiche e le Associazioni Professionali sono chiamate in prima persona a promuovere e partecipare attivamente alle iniziative, che saranno un'occasione di crescita per tutti gli operatori, anche per evitare possibili distorsioni o cadute di valori quali l'eticità, la correttezza professionale, la sicurezza.

Un ultimo aspetto importante, particolarmente nella realtà italiana, è che l'accreditamento assegna agli specialisti un ruolo importante nel definire i criteri di adeguatezza dei servizi sanitari, con una precisa e responsabile assunzione di competenze, limitando impropri sconfinamenti. Richiede però anche di comparare le richieste dei tecnici con le risorse realmente disponibili, di organizzare nel modo più efficace ed efficiente i servizi, di fornire i dati reali delle attività svolte comparandoli con quelli attesi.

Nell'applicazione pratica di questi programmi si dovranno considerare i tempi e le modalità di attuazione. E' necessario un approccio graduale, per sviluppare in seguito, con un programma a scadenze definite, un numero crescente di criteri, fino a raggiungere l'ottimizzazione dei servizi, ovvero la massima qualità ottenibile con le risorse realmente esistenti. Ciò dovrebbe essere svolto nell'arco di alcuni anni, e la progressione nella complessità dei criteri ne faciliterà l'applicazione permettendo, grazie all'esperienza maturata, eventuali correzioni metodologiche o di principio.

I programmi hanno finora una diffusione limitata, soprattutto per oggettive difficoltà organizzative e logistiche, ma già si è avuta una notevole attenzione verso la nuova cultura della qualità. Queste iniziative, peraltro, non possono assumere il carattere di generalizzazione, ovvero strutturarsi in modo far rientrare tutti i servizi nei criteri, ma devono al contrario mantenere sempre una connotazione promozionale, di stimolo al miglioramento. I criteri devono essere ragionevolmente raggiungibili, ma il raggiungimento dell'obiettivo deve comportare un discreto impegno da parte della maggioranza dei servizi. L'obiettivo è raggiungere *livelli ottimali*, e in questo senso l'elenco dei servizi accreditati deve costituire una specie di "Club dell'Eccellenza", esemplare e di riferimento per quanti vogliano migliorare la propria qualità.

AZIENDA USL ROMA D

REGIONE LAZIO

SPERIMENTAZIONI



CARLO PACELLA

IL PROGETTO IN

OBIETTIVI

**LA
SOCIETÀ**

**CONTROLLI
DI QUALITÀ
CONVENZIONI**

CONTESTO

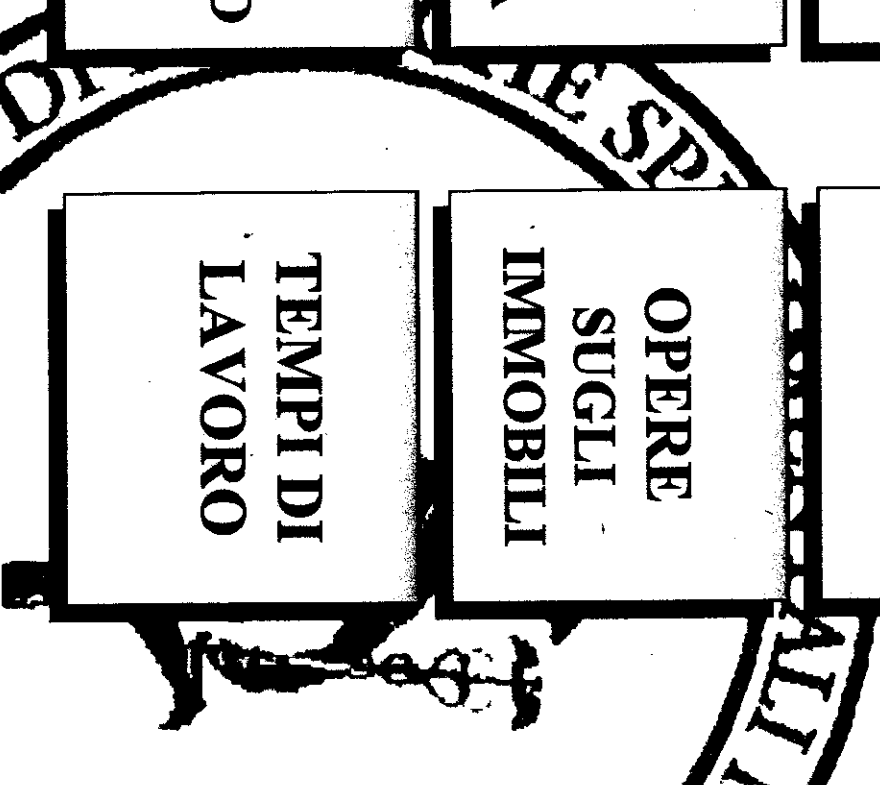
**BANDO
DI GARA**

**PIANO
ECONOMICO**

SOLUZIONE

**OPERE
SUGLI
IMMOBILI**

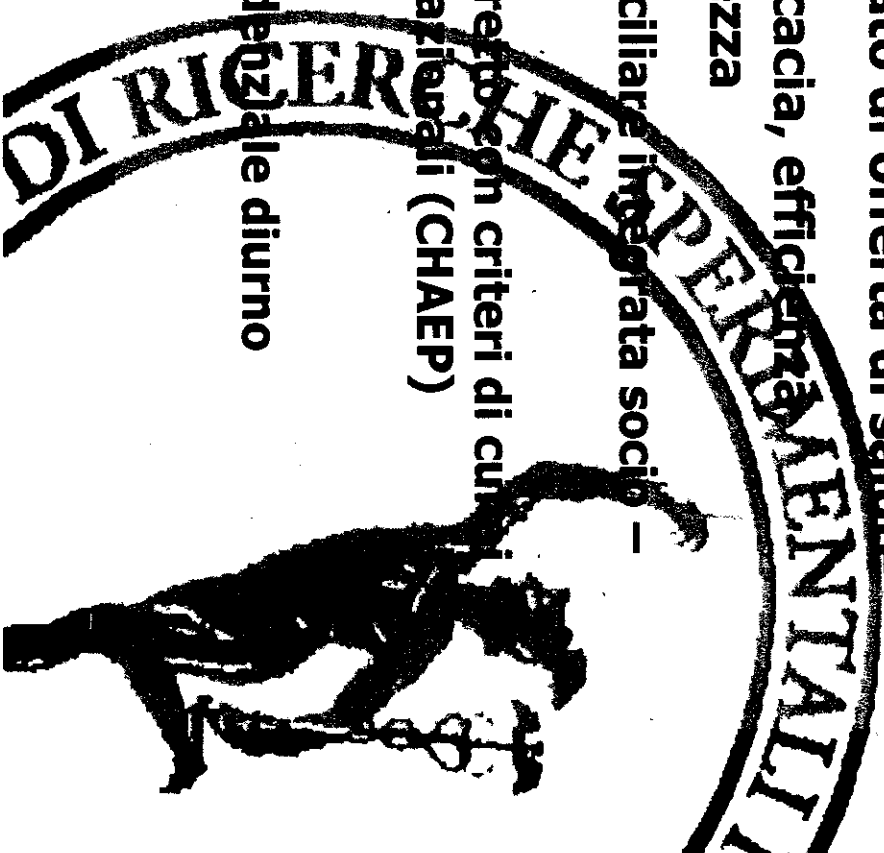
**TEMPI DI
LAVORO**



OBIETTIVI

1

- Dare risposte concrete e scientificamente avanzate alla domanda di salute proveniente dal territorio
- Migliorare il sistema integrato di offerta di salute
- Realizzare in termini di efficacia, efficienza ed economicità ed appropriatezza
 - Assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria
 - Ospedale di distretto con criteri di cura e protocolli internazionali (CHAEF)
 - Hospice
 - Centro semiresidenziale diurno



OBIETTIVI

2

- Creare sinergie con gli Enti Locali nell'area del progetto: Fiumicino
- Assegnare un ruolo centrale agli Enti non profit presenti sul territorio ai MMG
- Progettare la ristrutturazione di due edifici pubblici attualmente sottoutilizzati e fatiscenti
- Proporre ed attuare progetti di ricerca e di alta formazione nel campo della Salute pubblica
- Avviare processi di informatizzazione specifici
- Utilizzare l'impianto normativo che consente tali complesse sperimentazioni gestionali



CONTENUTO

NORMATIVO

articolo 9 bis, legge 229/99 come modificato dall'articolo 3,
comma 6 e 7 legge 405/01

L. 362/99 - L. 419/98 - L.258/97 - L. 4/97 - L. 382/96 - L. 448/01

Trattato di Maastrich

TERRITORIALE

Comune di Fiumicino: località Palidoro - località Maccarese
ECONOMICO FINANZIARIO

Bilancio di previsione Azienda USL-RM D anno 2003

Fondi disponibili anno 2002

Finanziamenti provenienti Regione / Ministero



SOLUZIONI

MODELLO GESTIONALE SPERIMENTALE

- attraverso la costituzione di una Società mista a partecipazione prevalente capitale pubblico locale – ASL Regione, Provincia, Comune di Fiumicino – ed eccellenze private disponibili a condividere l'iniziativa selezionate attraverso bando di evidenza pubblica

CONTROLLO VERIFICA E MONITORAGGIO

- dei risultati effettuato dall'intermediazione della SPA stessa

DI RICERCA



SPERIMENTALE

CARATTERISTICHE

SPA

1

- Capitale sociale iniziale: n° azioni da € 250,00 per un valore complessivo di €
- Quota capitale pubblico: minimo 51% - massimo 75 % di cui il 51% di proprietà della ASL
- Quota capitale privato: massimo 49% (quindi 25%)
- Durata: fino al 2052
- Assetto societario: Cda con maggioranza e Presidente in parte pubblica – minoranza con amministratore delegato di parte privata – collegio sindacale maggioranza e presidenza di parte pubblica, minoranza e supplenze parte privata
- Finalità ed oggetto sociale: attuazione di un programma di sperimentazione gestionale di servizi sanitari, adottato dalla Regione Lazio



CARATTERISTICHE

SPM

2

•..... ed in particolare "gestione hospice", "gestione assistenza domiciliare integrata", "gestione ospedale di distretto", "gestione centro diurno", "azioni di ricerca e formazione specializzata", "azioni di ricerca e monitoraggio interno", "progettazione e realizzazione delle opere di ristrutturazione degli immobili", tutti i servizi annessi e connessi all'oggetto sociale

•L'oggetto sociale è sottoposto ai seguenti elementi e criteri di garanzia: disciplina delle forme di risoluzione di rapporto contrattuale con i privati in caso di gravi inadempienze....., definizione dei compiti, funzioni ed obblighi di tutti i soggetti che partecipano alla sperimentazione gestionale, individuazione delle forme delle modalità per la risoluzione delle convenzioni e scioglimento degli organi in caso di mancato raggiungimento del risultato.....



CARATTERISTICHE

BANDO

1

DATI AMMINISTRAZIONE

NOME: AZIENDA USL RM D - Regione Lazio

INDIRIZZO: Via C. Viola, 31 00148 ROMA

TEL. e FAX: 06 6510440 06 6510442

E-MAIL:@.....it

DIR. GEN.: Avv. Marco Bonamico

FINALITÀ

Selezione soci per la costituenda SPA di gestione di servizi sanitari nonché di progettazione e realizzazione di opere di ristrutturazione di due immobili nel Comune di Fiumicino



CARATTERISTICHE

BANDO

2

CARATTERISTICHE ESSENZIALI DELLA COSTITUENDA SPA

Capitale sociale iniziale: n° Azioni da €

Quota capitale pubblico: minimo 51%

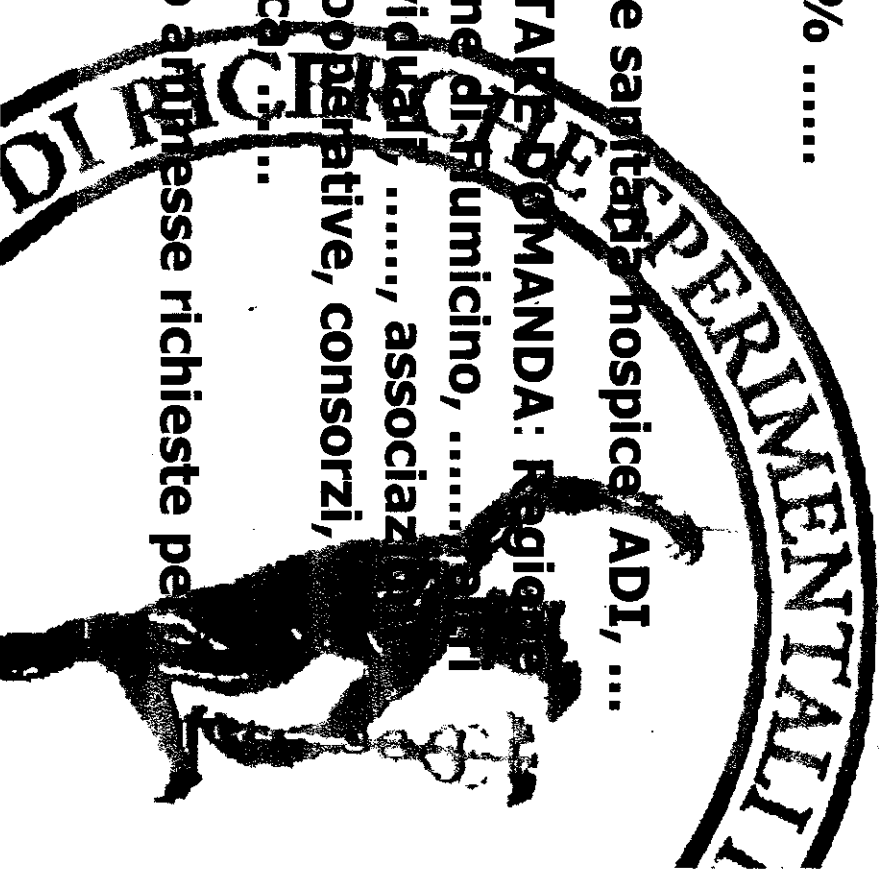
Quota capitale privato: max 49%

Durata: fino al 2052

SERVIZI DA AFFIDARE: Gestione sanitaria ospice/ADI, ...

SOGGETTI AMMESSI A PRESENTARE DOMANDA: Regione Lazio, Provincia di Roma, Comune di Fiumicino,
Enti pubblici, Imprenditori individuali,
temporane di imprese, , cooperative, consorzi, fondazioni, associazioni di ricerca, ...

RICHIESTE PARZIALI: non sono ammesse richieste per quote inferiori a n° Azioni



CARATTERISTICO

BANDO

3

CONDIZIONI MINIME PER L'AMMISSIONE ALLA

SELEZIONE: requisiti di ordine generale, referenze bancarie rilasciate da , cauzione per la partecipazione

VALIDITÀ DELLA DOMANDA: 365 giorni dalla data di presentazione

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE: il richiedente dovrà presentare per la selezione ed i documenti allegati dovranno essere richiesti ai seguenti Nel termine ultimo del

MODALITÀ DI INVIO DELLE DOMANDE: recapito lingua italiana e/o altra lingua riconosciuta nella Comunità Europea, plico contenente

APERTURA DELLE DOMANDE: persone autorizzate a presenziare: legale rappresentante



CARATTERISTICHE

BANDO

4

DATA E LUOGO DELL'APERTURA:

CORRISPETTIVO DEL SERVIZIO: Rapporto contrattuale con la ASL – Regione Lazio – Provincia – Comune e gli altri Enti eroganti nonché rapporto con l'utenza

CONDIZIONI MINIME PER L'AMMISSIONE ALL'APPALTO:
SELEZIONE: requisiti di ordine generale e preferenze bancarie rilasciate da, cauzione per la partecipazione ...

VALIDITÀ DELLA DOMANDA: 365 giorni dalla data di presentazione

CRITERI PER LA SCELTA DEI SOCCORRITORI: procedura pubblica per i soggetti privati

TITOLI PREFERENZIALI: omogeneità di interessi, insediamento, soggetti che presentano proposte e
DATA DI INVIO DEL BANDO ALLA GIURIA:



LE OPERE SUGLI

MACCARESE

AREE

m²

DEGEN

DIAGNOSI

GENERALE

ED

IM

SPESE CONNESSE

700.000

TOTALE 2.337.000

DI RIC



TI

LE OPERE SUGLI

PALIDORO



**OPERE
EDILIZIE
IMPIANTI
SPESE C**

214.000
304.000
4.100.000

**RESIDENZIALE
TERAPIA
GENERALE**

**AREE
ALE
VALUTAZIONE
E DIS**

2
5

m²

VAI

ATTI

CONTROLLI DI QUALITÀ

CONVENZIONI

Si farà riferimento ai principali manuali internazionali (JCAHO USA, CCHSA Canada, ACHS Australia, KEHFL Regno Unito, ANAES Francia, DSYS Spagna,) al fine di raggiungere un progetto orientato alla qualità totale.

I principali indicatori si baseranno su:

- a) dati aggregati
- b) eventi sentinella
- c) rapporti costi/benefici
- d) Rapporti accessibilità-appropriatezza-competenza-continuità-efficacia attesa-efficacia pratica-efficienza-sicurezza-tempestività-umanizzazione

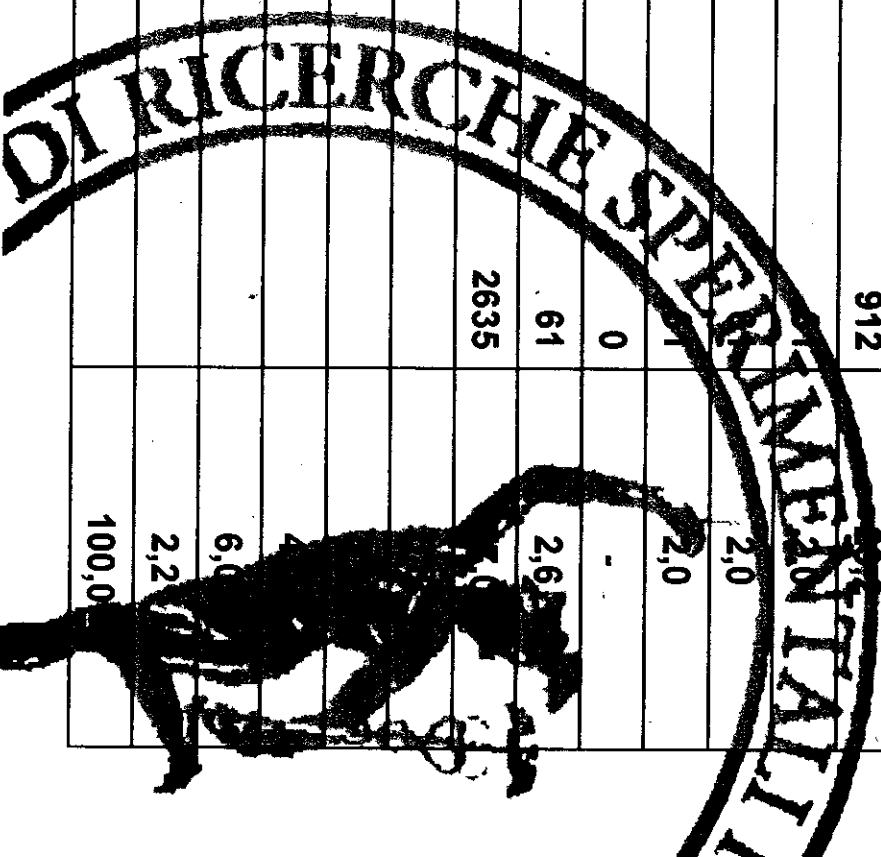
Le convenzioni ed i contratti di servizio sono tesi a garantire la massima trasparenza delle azioni ed il massimo grado di responsabilizzazione tra l'utenza e la Società



PRINCIPALI VOCE PIANO

HOSPICE

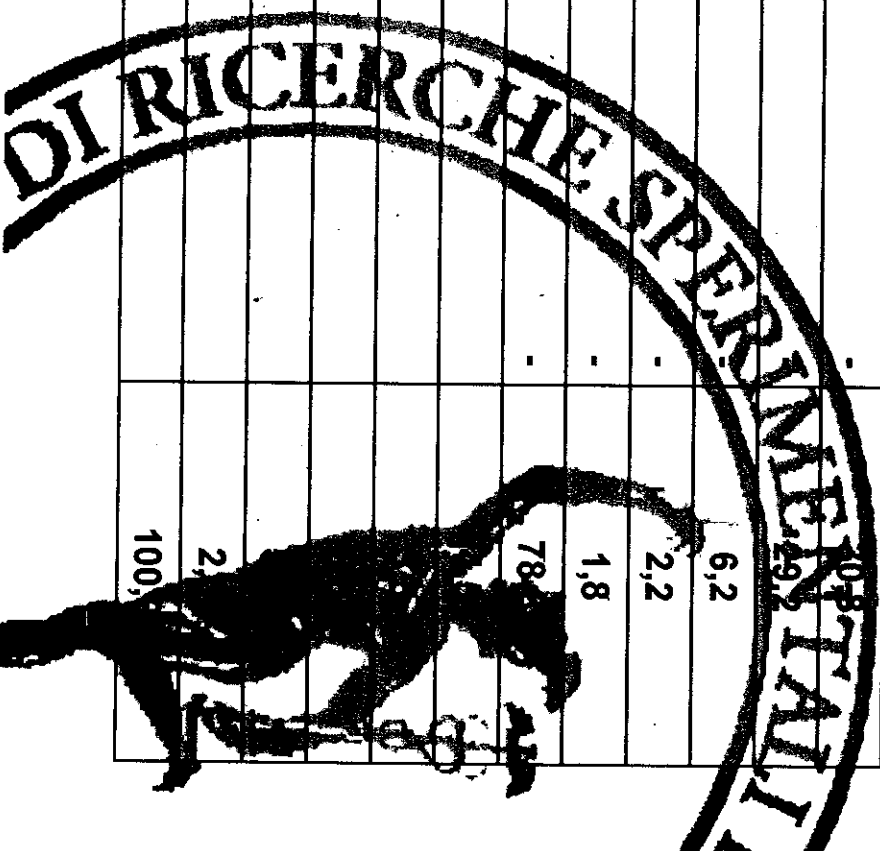
	QUALIFICA	ORE/UOMO/ANNO	COSTO/PAZ/G
PERSONALE	Medico Specialista	50	-
	Medico di reparto	150	5,9
	Infermiere	1218	39,3
	OTA	912	
	FKT		
	Psicologo		2,0
	Assistente sociale		2,0
	Assistente spirituale	0	-
	Altri consulenti	61	2,6
	TOTALE COSTI PERSONALE		2635	7,0
ALTRI COSTI	Farmaci e presidi		
	Indagini diagnostiche		
	Gestione		4
	Ristorazione		6,0
	Costi generali		2,2
TOTALE GENERALE			100,0



PRINCIPALI VOCC PIANO

OSPEDALE DI DISTRETTO

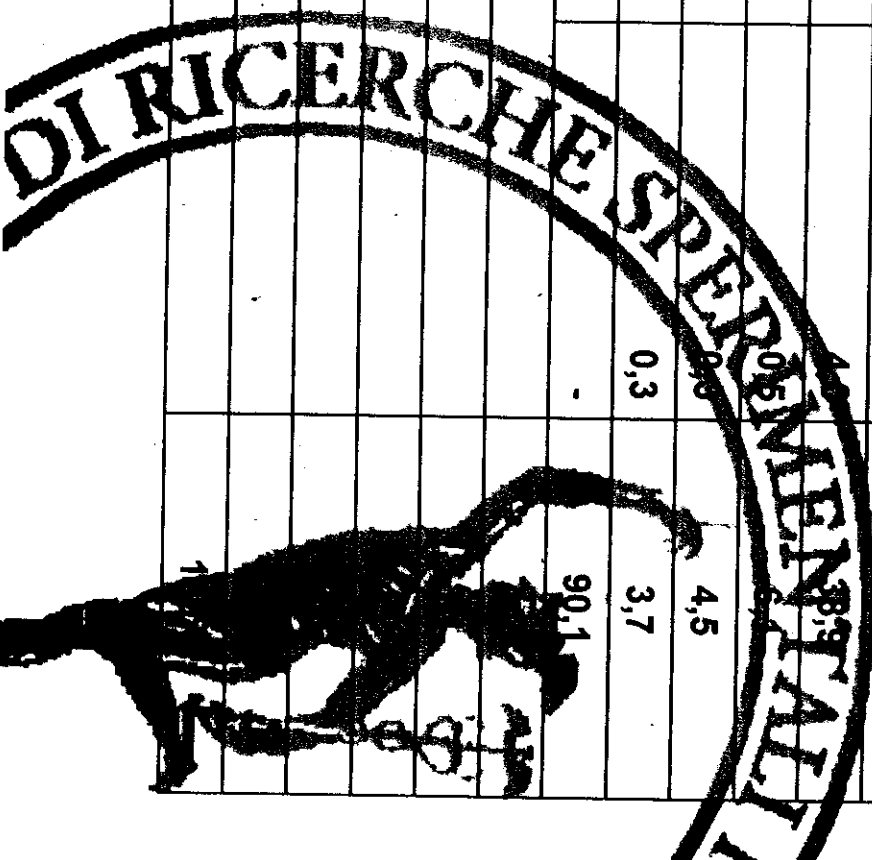
	QUALIFICA	ORE/UOMO/ANNO	COSTO/PAZ/G
PERSONALE	Medico Specialista	-	4,1
	Medico di medicina generale	58	4,5
	Infermiere	-	10,8
	OTA	-	4,9
TOTALE COSTI PERSONALE	FKT	-	6,2
	Psicologo	-	2,2
	Assistente sociale	-	1,8
		-	78,4
ALTRI COSTI	Farmaci e presidi		
	Indagini diagnostiche		
	Gestione		
	Ristorazione		
TOTALE GENERALE	Costi generali		2,1
			100,5



PRINCIPALI VOCC PIANO

CENTRO DIURNO

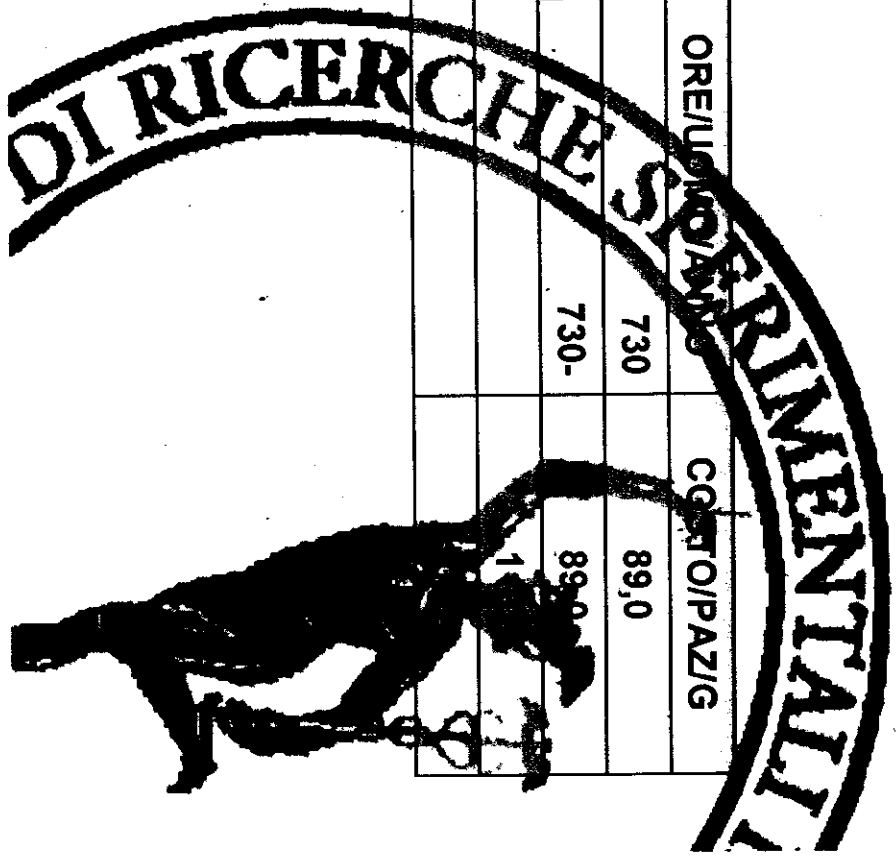
	QUALIFICA	UNITÀ	COSTO/PAZ/G
PERSONALE	Medico di medicina generale	-	
	Infermiere	3,0	36,9
	OTA		8,9
	FKT		2,0
	Psicologo		4,5
	Assistente sociale	0,3	3,7
TOTALE COSTI PERSONALE			-
ALTRI COSTI	Farmaci e presidi		90,1
	Materiale ludico - ricreativo		
	Gestione		
	Ristorazione		
	Costi generali		
TOTALE GENERALE			



PRINCIPALI VOCC PIANO F

ASSISTENZA DOMICILIARE

	QUALIFICA	ORE/UNITA'/ANNO	COSTO/PAZ/G
PERSONALE	Infermiere	730	89,0
TOTALE COSTI PERSONALE		730-	89,0
ALTRI COSTI	Gestione e presidi		1
TOTALE GENERALE			



TEMPI DI LAVORO

ENTRO IL 13 LUGLIO

raccolta definitiva dei documenti

ENTRO IL 22 LUGLIO

consegna proposta elaborata all'Azienda

ENTRO IL 31 LUGLIO

consegna definitiva atti per adozione
provvedimento e pubblicazioni Regione Lazio

