



dell'ambiente in cui vive il malato, sia esso la sua abitazione, la struttura residenziale o l'ospedale. Se la persona è assistita in casa, è importante lavare con acqua e detergente anche più volte al giorno soprattutto in presenza di animali, tutti gli ambienti compreso il bagno perché è facile dimenticare che viviamo in un ambiente microbico a partire dalle nostre stesse abitazioni.

Anipio si propone come punto di riferimento del rischio infettivo non solo per i professionisti, ma anche per gli operatori sociosanitari e gli stessi cittadini. Il progetto Nelle nostre Mani, che si rivolge al mondo dei volontari, è quindi particolarmente in linea con la vostra visione?

Assolutamente sì. La nostra Società scientifica ritiene fondamentale divulgare ogni buona pratica per il contenimento della trasmissione delle infezioni ai cittadini di tutte le età. Per questo, in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani, abbiamo creato una sezione rivolta a loro, nella quale abbiamo pubblicato una brochure con 10 messaggi che spiegano quando è bene lavarsele. Sono semplici regole di comportamento che dovrebbero seguire sempre tutti, adulti e bambini. Abbiamo anche pubblicato sul nostro sito delle linee guida per l'uso corretto dei guanti, utili per tutti quelli che entrano in contatto con un paziente. Perché se i guanti sono utilizzati solo come protezione verso sé stessi possono rappresentare a loro volta un veicolo di trasmissione delle infezioni.

Un progetto che vuole contribuire a sensibilizzare e informare il mondo del terzo settore, e quindi i volontari, sui rischi legati all'antibiotico-resistenza e alle infezioni correlate all'assistenza come 'Nelle nostre Mani' non può che incontrare il nostro plauso. Perché le alleanze che si creano tra professionisti, caregiver, cittadini e assistiti stessi grazie a queste iniziative possono fare la differenza nella sicurezza delle cure e quindi nel non aggiungere malattia ad altra malattia. ■ ML

Sicurezza delle cure e partecipazione dei cittadini

A colloquio con **Francesca Moccia**
Vice Segretario Generale, Cittadinanzattiva

Infezioni correlate all'assistenza e antibiotico-resistenza: un tema caro a Cittadinanzattiva?

Chiunque ci segua, sa quanto Cittadinanzattiva abbia a cuore questo tema che ha ormai assunto dimensioni allarmanti nel nostro Paese, come dimostrano i dati dell'ECDC, e che noi inquadrano nel più ampio capitolo della sicurezza delle cure. È quindi importante che tutti, ai vari livelli (professionisti, istituzioni, associazioni e cittadini), ci impegnamo per rendere evitabile il rischio di contrarre queste infezioni.

Nel campo della sicurezza la prevenzione gioca sicuramente un ruolo fondamentale. Come Cittadinanzattiva lo abbiamo imparato compiendo da 20 anni monitoraggi negli ospedali per individuare e contenere i rischi e promuovere una politica generale per la sicurezza delle strutture sanitarie. La prima campagna che abbiamo realizzato con queste finalità è stata *Ospedale sicuro*, con la quale gruppi di nostri volontari hanno intervistato medici e infermieri sulle procedure messe in atto in ambito ospedaliero per prevenire i rischi.

A questa campagna è seguita quella della *Carta della qualità in ambito chirurgico*, realizzata con lo scopo di garantire ai cittadini, dal momento del loro ricovero e fino alle dimissioni, massima qualità e sicurezza, oltre che accoglienza, informazioni, rispetto per le persone e per la loro condizione. Questi principi rappresentano gli aspetti fondamentali che fanno di un reparto un'organizzazione capace non solo di curare, ma soprattutto di 'prendersi cura' dei propri pazienti, consentendo ai cittadini di essere dei soggetti attivi, più consapevoli e capaci di interagire con il personale e la struttura ospedaliera.

Più di recente, abbiamo realizzato tavoli di lavoro con i principali stakeholder della salute – rappresentanti di istituzioni nazionali, società scientifiche, professionisti sanitari e associazioni di pazienti – per avviare una discussione su quali siano ancora oggi le maggiori criticità in tema di infezioni correlate all'assistenza e proporre raccomandazioni per contribuire a contrastarne la diffusione.

Consapevoli di quanto sia importante agire anche sul rapporto medico-paziente, abbiamo realizzato insieme all'Ordine dei medici la campagna *Cura di coppia*, con l'obiettivo di restituire centralità a questa relazione e fiducia reciproca, a partire dai diritti e doveri di ciascuno. Anche

“Tutti, cittadini e organizzazioni, dobbiamo sentirci chiamati in causa e fare la nostra parte per educare e informare, perché il diritto alla sicurezza delle cure si trasformi in realtà”

Moccia

una buona comunicazione tra medico e paziente contribuisce a far sì che le buone pratiche per contenere il fenomeno delle infezioni ospedaliere e dell'antibioticoresistenza siano realmente applicate.

Il diritto alla sicurezza delle cure è stato riconosciuto con una legge del 2017. Qualcosa è cambiato nei fatti?

La legge 24 del 2017 rappresenta una novità nel panorama legislativo nazionale perché è la prima legge che stabilisce, all'articolo 1, che il diritto alla sicurezza delle cure è parte integrante del diritto alla salute, riconosciuto nell'art. 32 della Costituzione. Da questo punto di vista questa legge costituisce una grande conquista per il nostro Paese e come cittadini dovremmo essere fieri di vivere in un Paese in cui l'ordinamento giuridico stesso riconosce non solo il diritto alla salute, ma il diritto a una salute sicura.

Quello che dobbiamo chiederci, a questo punto, è come garantire questa sicurezza. Sicuramente attraverso un'organizzazione efficace ed efficiente di tutti i processi sanitari e i comportamenti corretti di tutti gli operatori non solo in ambito ospedaliero, ma anche nelle strutture sanitarie e sociosanitarie.

Come Cittadinanzattiva abbiamo già realizzato diversi manuali e raccomandazioni in collaborazione con le società scientifiche, che mettiamo a disposizione di tutti. Abbiamo infatti imparato che la sicurezza non si conquista una volta per sempre, ma richiede un'attività di controllo e vigilanza quotidiana sulle procedure e i comportamenti da adottare in ogni contesto. Ogni legge diventa realtà se tutti insieme ne esigiamo l'applicazione. Altrimenti resta sulla carta. Ce lo ha insegnato Norberto Bobbio, ed è una teoria che mi piace sempre ricordare perché la condivido nel profondo: è proprio così, i diritti restano sulla carta fin quando non c'è qualcuno che ne esiga il rispetto. Per questo tutti, cittadini e organizzazioni, dobbiamo sentirci chiamati in causa e fare la nostra parte per educare e informare perché il diritto alla sicurezza delle cure si trasformi in realtà. ■ ML

Conflitto di interessi

di **Chiara Rivoiro**

Medico e ricercatrice presso IRES Piemonte

Il tema del conflitto di interessi (CdI) è presente nella letteratura scientifica internazionale degli ultimi decenni per lo più come condizione di rischio da rendere trasparente attraverso varie forme di *disclosure* o come causa di frodi scientifiche con potenziali ricadute sulla qualità dell'assistenza.

Una definizione molto utilizzata del CdI è quella fornita nel 2009 dall'Institute of Medicine (IOM; oggi National Academy of Medicine, NAM) di Washington nel Rapporto *Conflict of interest in medical research, education, and practice*, una delle più esaustive revisioni di tutta la letteratura pubblicata fino ad allora sull'argomento. Bernard Lo e Marilyn J. Field, principali autori del Rapporto, affermano: "si è in presenza di un conflitto di interessi quando un interesse secondario (privato o personale) interferisce o potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere le potenzialità di interferire) con la capacità di una persona di agire in conformità con l'interesse primario di un'altra parte" (Lo e Field 2009).

Il CdI è però un fenomeno complesso, da approfondire in un'ottica multidisciplinare, con riguardo ai fattori che lo determinano, ai meccanismi di funzionamento, agli strumenti che ne consentono il governo e agli effetti che ne conseguono. Se considerato in questo modo, 10 sono i punti in cui possono essere sintetizzate le principali caratteristiche di questo fenomeno.

1. Il CdI è una condizione.

In primo luogo il CdI non si identifica con un'azione o un comportamento, ma è una condizione, un insieme di circostanze, una situazione di rischio presente molto diffusamente nell'ambiente della ricerca e dell'assistenza sanitaria. In quanto condizione, al CdI non può essere attribuita una dimensione etica né può essere associato un giudizio di valore. Il CdI è una sorta di stato di natura: va riconosciuto, valutato, gestito, possibilmente prevenuto, come qualunque altra condizione di rischio, ma fa parte degli elementi (quasi) naturali dell'habitat in cui si muovono gli operatori della salute.

2. Il CdI scaturisce da fattori esogeni e fattori endogeni.

La varietà dei casi presenti nella letteratura suggerisce di distinguere il CdI in base alla natura dei fattori, esogeni o endogeni, che lo originano. La condizione di CdI può presentarsi come elemento di contesto indipendente dai comportamenti dei diversi attori, estraneo ai meccanismi di funzionamento del settore e in quanto tale originato da un fattore esogeno connaturato alla natura stessa dello specifico ambito. Oppure può presentarsi come elemento generato dal comportamento di soggetti o istituzioni che operano all'interno del settore e in quanto tale riconducibile a un fattore endogeno. La distinzione fra fattore esogeno ed endogeno non è netta, ma è utile per comprendere i meccanismi che regolano il fenomeno e gli strumenti che ne consentono la gestione. Sotto questo profilo il progressivo