



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CALTANISSETTA

# Iniziative e risultati per la qualità e la sicurezza del paziente

REPORT

ANNO 2010

Caltanissetta, 31 Dicembre 2010

## INDICE

	Premessa .....	3
1	Raccolta segnalazioni di eventi avversi e near miss.....	4
2	Attivazione flusso SIMES.....	5
3	Audit 2010.....	6
4	Denunce dei sinistri.....	11
5	Reclami .....	12
6	Autovalutazione applicazione degli standard JCI.....	17
7	On site visit .....	17
8	Certificazione ISO .....	18
9	RCA eventi sentinella.....	18

## Premessa

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta nell'ottica di rispondere ai bisogni dell'utenza si è posta tra i suoi obiettivi di fornire cure di qualità appropriate e sicure attuando tutte quelle misure che siano in grado di garantire alla popolazione la massima protezione dai danni che talora possono derivare dall'erogazione di prestazioni sanitarie.

Pertanto la Direzione Aziendale ha inteso creare i presupposti perché la gestione del rischio clinico attraverso un sistematico processo di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi.

L'anno 2010 per l'ASP di Caltanissetta si è caratterizzato pertanto per l'evolversi del processo di integrazione fra l'Azienda Unità Sanitaria Locale n°2, l'Azienda Ospedaliera Sant'Elia di Caltanissetta e l'Azienda Ospedaliera Vittorio Emanuele di Gela, non solo da un punto di vista giuridico e formale ma anche attraverso lo sviluppo e la definizione di percorsi assistenziali comuni ed una più stretta collaborazione fra i professionisti operanti nella costituita ASP di Caltanissetta.

Il particolare nell'ambito della qualità e del controllo e gestione del rischio clinico l'attività dell'Azienda è stata contraddistinta da una serie di iniziative, coordinate dall'Unità Operativa per la Qualità e dall'U.O. Rischio Clinico, che hanno avuto l'obiettivo di estendere a tutti i Presidi, ospedalieri e territoriali, dell'Azienda le procedure, i Percorsi Diagnostico – Terapeutici (PDT) e le Buone Pratiche sviluppate presso i singoli Presidi. Pertanto si è inteso ricondurre i diversi progetti intrapresi in Azienda, dalla estensione a tutti presidi del sistema di gestione per la qualità, alla certificazione ISO, all'applicazione dei requisiti Joint Commission International (JCI) definiti dall'accordo con la Regione Siciliana, alla realizzazione di PDT per i processi assistenziali critici alla complessiva gestione del rischio clinico, in un modello integrato in grado di valorizzare le esperienze e le buone pratiche poste in essere nei presidi della nuova Azienda.

## 1. Raccolta, segnalazioni di eventi avversi e near miss

Anche per l'anno 2010 è proseguita la raccolta di segnalazioni di eventi avversi attraverso un sistema di incident reporting con l'ausilio di una scheda di segnalazione, compilata su base riservata e volontaria dagli operatori sanitari dell'Azienda.

Nel corso del 2010 sono state raccolte ed analizzate 8 segnalazioni, pervenute dalle UU.OO. di area chirurgica ( n° 7 ) e di area medica ( n° 1 ). Gli eventi segnalati hanno riguardato le aree di degenza, la sala operatoria, oltre a n° 2 segnalazioni pervenute per eventi accaduti nel corso del trasporto dei pazienti.

La gran parte delle segnalazioni hanno riguardato l'identificazione del paziente ed eventi correlati all'intervento chirurgico (identificazione del sito, assenza consenso informato, presenza di gioielli o monili all'atto dell'intervento).

Classificazione degli eventi avversi segnalati nel corso dell'anno 2010

TIPO EVENTO	N° EVENTI
Correlati all'intervento chirurgico	4
Cadute	2
Correlati trasferimenti	2
Correlati a procedure invasive	2

L'analisi degli eventi avversi ha permesso di rilevare che la maggior parte delle segnalazioni hanno riguardato problematiche collegate alla corretta identificazione del paziente.

## 2 Attivazione flusso SIMES

Dal settembre 2010 all'interno dell'ASP di Caltanissetta è stato attivato il flusso SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità), che peraltro costituisce obiettivo per l'anno 2010 del Direttore Generale, per la segnalazione di eventi sentinella al Ministero della Salute. Gli eventi segnalati nel corso del 2010 hanno riguardato problematiche collegate al rilascio di corpi estranei di materiale all'interno del sito chirurgico. Gli eventi sono già stati segnalati al Ministero della Salute ed all'Assessorato Regionale della Salute ed è stata eseguita, con la collaborazione degli operatori interessati, una analisi secondo il metodo RCA - Root Cause Analysis - dei fattori che possono aver contribuito al determinarsi dell'evento, al fine di implementare le necessarie azioni di miglioramento.

L'analisi di tali eventi ha fatto emergere le seguenti criticità:

- modalità di conta delle garze, di registrazione del conteggio e di double check;
- comunicazione medico-medico;
- comunicazione medico-paziente.

Di ognuna delle situazioni a rischio individuate sono state pianificate opportune iniziative di miglioramento.

### 3 Attività di Audit 2010

L'Audit è una metodologia di analisi strutturata per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuate ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.

Anche per il 2010 è proseguita l'attività di audit che ha riguardato l'analisi dei processi lavorativi effettuati presso le Unità Operative dell'Azienda.

L'attività di audit ha interessato in particolare i seguenti processi di gestione:

- la documentazione sanitaria (cartella clinica, registro operatorio, cartella infermieristica, consenso informato, registri e refertazione ambulatoriali),
- le manutenzioni dei dispositivi medici,
- la scheda unica di terapia,
- la profilassi antibiotica in chirurgia
- la check list di sala operatoria
- le modalità di identificazione del paziente e del lato del sito chirurgico,
- la sterilizzazione.

Gli audit condotti sono stati caratterizzati dalla verifica del rispetto dei requisiti previsti normativa cogente, dalle Raccomandazioni del Ministero della Salute, dalla norma UNI EN ISO 9001:2008, dagli standard di JCI adottati dalla Regione Siciliana.

#### AUDIT CARTELLA CLINICA

Relativamente alla gestione della cartella clinica, dall'analisi dei dati (confronto anni 2009-2010) è emerso un complessivo miglioramento della gestione della stessa, passando dal 47% dei requisiti JCI raggiunti all'71%, anche se criticità si evidenziano nella gestione delle correzioni, sull'uso di abbreviazioni, sulla valutazione del dolore, sulle modalità di prescrizione e somministrazione della terapia e sull'ora di valutazione iniziale del paziente in reparto.

Riguardo agli aspetti legati alla tenuta della cartella clinica, nel corso dell'anno 2010 sono stati eseguiti audit relativi all'analisi dei seguenti aspetti:

- la gestione della scheda unica di terapia,
- l'utilizzo della scheda unica di terapia
- la leggibilità delle prescrizioni
- la presenza della firma del medico nelle prescrizioni
- l'indicazione della posologia nella prescrizione
- l'indicazione della forma farmaceutica
- la presenza della firma dell'infermiere nelle somministrazioni.

Audit 2010 - Elementi di valutazione riguardanti la tenuta della cartella clinica

È identificabile il medico che ha redatto la cartella clinica (ha raccolto l'anamnesi, ha effettuato l'esame obiettivo,...)?
La rivalutazione prima della dimissione descrive le condizioni del paziente al momento della dimissione ?
Se il paziente è stato sottoposto a intervento chirurgico, è presente il consenso informato all'anestesia/sedazione ?
Le procedure cui il paziente è stato sottoposto, sono riportate in cartella ?
È presente una copia della lettera di dimissione/trasferimento ?
Il diario clinico riporta tutte le giornate di degenza ?
In quante valutazioni giornaliere è riportata la firma del medico ?
Le prescrizioni terapeutiche riportano la via di somministrazione ?
È registrato l'esame obiettivo generale ?
È registrata l'anamnesi di eventuali allergie a farmaci e/o alimenti ?
È registrata la diagnosi d'ingresso ?
la gestione delle cancellature è corretta ?
la gestione delle abbreviazioni è corretta ?
È valutato il dolore al momento del ricovero ?
È riportata l'ora della valutazione iniziale ?

## CONSENSO INFORMATO

Anche in relazione all'impiego del modello di consenso informato utilizzato dall'Azienda e redatto secondo i criteri dettati dal Decreto assessoriale del 13 settembre 2006, si è registrato un lieve miglioramento passando dal 12% dei requisiti rispettati nel corso dell'anno 2009 al 23% del 2010; criticità si registrano nella descrizione dell'atto sanitario proposto, nella incompletezza della dichiarazione del paziente di aver ottenuto informazioni chiare, comprensibili ed esaurienti, e sulla incompletezza della sintesi relativa alle condizioni cliniche dei pazienti.

### Audit 2010 - Elementi di valutazione riguardanti la gestione del consenso informato

È presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore
Sono presenti i dati identificativi del paziente
È presente la data di compilazione del modulo
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso
È presente la data di in cui l'informativa è stata fornita
È presente la dichiarazione di avvenuta informazione al paziente
È presente la data di approvazione ed il livello di revisione del modulo
È presente la dichiarazione del paziente di voler revocare il consenso
È presente la dichiarazione del paziente di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso
È presente la dichiarazione del paziente di accettare o non accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto
È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto per cui si richiede il consenso informato
È presente la dichiarazione del paziente di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell'unità operativa
È presente uno spazio per eventuali osservazioni
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente
È presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore

## VERBALE OPERATORIO

Buono appare il rispetto dei requisiti circa la gestione del verbale operatorio secondo i requisiti della circolare ministeriale del 1996 passati dal 54% del 2009 al 76% del 2010; criticità si registrano nella identificazione della sala operatoria in cui si è svolto l'intervento, nella trascrizione del tipo di anestesia e dell'anestesista e nella diagnosi pre e post operatoria.

### Audit 2010 - Elementi di valutazione riguardanti il verbale operatorio

È trascritta l'anagrafica paziente
C'è la firma operatore
È trascritta la procedura eseguita
È trascritta la data
È descritta la procedura eseguita
È trascritta la composizione equipe
È trascritta l'ora di inizio ed ora di fine
È trascritto il nome dell'anestesista
È trascritta il tipo di anestesia
È identificabile la sala operatoria
È trascritta l'anagrafica paziente
C'è la firma operatore
È trascritta la procedura eseguita
È trascritta la data
È descritta la procedura eseguita

## CARTELLA INFERMIERISTICA

Nella gestione della cartella infermieristica, presente solo in n°20 U.O. si è registrato un lieve incremento circa il rispetto dei requisiti di gestione della stessa, passando dal 82% dei requisiti del 2009 al 89% del 2010; in particolare criticità si sono registrate nella identificazione dell'infermiere che somministra la terapia e che effettua la valutazione iniziale e nell'anamnesi infermieristica.

### Audit 2010 - Elementi di valutazione riguardanti la cartella infermieristica

Completezza anagrafica
Il paziente è sottoposto a rivalutazione a intervalli adeguati in base alle sue condizioni, al piano di cura e alle esigenze individuali
Data somministrazione farmaci
Via di somministrazione farmaci
Posologia farmaci somministrati
Firma somministrazione farmaci
Anamnesi infermieristica
Identificazione dell'IP che ha effettuato la valutazione iniziale

## GESTIONE DEI FARMACI

Nella gestione dei farmaci è stato registrato un lieve miglioramento, solo nelle UU.OO. che utilizzano il Foglio Unico di Terapia, passando da un rispetto dei requisiti previsti dalle raccomandazioni del Ministero della Salute e degli standard JCI del 34% nel 2009 al 37% del 2010. In ogni caso la gestione dei farmaci presenta criticità sia nella tenuta di una check list di registrazione dei farmaci stessi, sia nella gestione delle soluzioni ipertoniche che dell'evidenziazione delle date di scadenza che nella gestione di un modello di registrazione delle stesse.

## GESTIONE DELLE APPARECCHIATURE

Relativamente alla gestione delle apparecchiature le principali criticità, confermate anche dall'audit effettuato nel giugno 2010 sono rappresentate dall'incompletezza dei rapporti tecnici di manutenzione, dalla verifica delle tarature e dalla disponibilità immediata dei manuali d'uso, in particolare delle apparecchiature più datate.

### 4 Denunce dei sinistri

Così come per gli eventi sentinella anche per le denunce dei sinistri a partire dal settembre 2010 è stato attivato l'apposito flusso SIMES con il Sistema Informativo del Ministero della Salute.

E' stata eseguita un analisi delle denunce e dei sinistri relativi pervenuti nel triennio 2007/2009 dalle quali sono emerse richieste di risarcimento collegate alla attività chirurgica e dell'area di medicina, di ostetricia e ginecologia e di emergenza.

Pare però importante sottolineare come le richieste di risarcimento talora sono da riferirsi ad eventi accaduti anche molti anni prima rispetto alla richiesta stessa ed in particolare anche dopo 9 anni.

## 5 Reclami

Al riguardo si evidenzia che all'interno dell'ASP, in applicazione della Procedura Aziendale di Gestione del Reclamo, le segnalazioni di disservizi e/o di scarsa attenzione all'utente vengono sistematicamente raccolte dagli operatori dell'URP. Nel 2010 si sono registrati n° 1355 reclami che hanno riguardato:

- ✓ aspetti strutturali;
- ✓ aspetti organizzativi/burocratici;
- ✓ aspetti tecnico professionali;
- ✓ aspetti alberghieri e comfort;
- ✓ tempi di attesa;
- ✓ aspetti economici;
- ✓ elogi.

Per quanto attiene all'acquisizione del reclamo è emerso che la modalità prevalente è la forma scritta, ma significativa è la percentuale di segnalazione verbale e telefonica, quasi a sottolineare una non completa assunzione di responsabilità da parte dell'utente, mentre solo una piccola parte utilizza la posta elettronica.

### A) Modalità di effettuazione segnalazioni (disservizi, reclami, suggerimenti ed elogi)

2010	
Telefonica	780
Verbale con colloquio in sede URP	405
Scritta	142
E-mail	27
Fax	1
<b>Totale</b>	<b>1355</b>

## B) Classificazione delle segnalazioni (disservizi, reclami, suggerimenti ed elogi)

<b>2010</b>	
Area Ambulatorio	885
Area Degenza	254
Area Esterna	216
<b>Totale</b>	<b>1355</b>

Nello stesso periodo considerato sono prevenute inoltre migliaia di richieste di informazione e orientamento e richieste/segnalazioni improprie o non pertinenti che non sono state classificate.

<b>2010</b>		
<b>Catalogazione Segnalazioni Area Ambulatorio (A)</b>		<b>857</b>
A1) Gruppo Accesso		767
A2) Gruppo Prestazioni Ambulatoriali		93
A3) Ritiro Referti o Certificazioni Prestazioni Ambulatoriali		24

<b>2010</b>		<b>tot</b>
<b>A1) Gruppo Accesso</b>		<b>767</b>
<b>sottogruppi</b>		
a) Difficoltà prenotazione telefonica		525
b) Difficoltà prenotazione diretta visita		10
c) Errori nella prenotazione		11
d) Modalità pagamento ticket		9
e) Errori pagamento ticket e/o contestazioni con richiesta di rimborso		9
f) Tempo attesa tra prenotazione e visita		191
g) Altro		0

<b>2010</b>		<b>tot</b>
<b>A2) Gruppo Prestazioni Ambulatoriali</b>		<b>93</b>
<b>Sottogruppi</b>		
a) Confort sala attesa		19
b) Tempo attesa in ambulatorio per visita		32
c) Relaz.ni/Comunica.ni con personale		8
d) Rispetto della persona		1
e) Insufficienza o mal funzionamento strumenti, attrezzature e quant'altro necessari per la prestazione		8
f) Confort ambulatorio		6
g) Mancata effettuazione prestazione		7

<b>h)</b>	Modalità erogazione prestazione	0
<b>i)</b>	Errori e/o danni con eventuale richiesta di risarcimento	0
<b>l)</b>	Altro	6

	<b>2010</b>	<b>tot</b>
	<b>A3) Ritiro Referti o Certificazioni Prestazioni Ambulatoriali</b>	<b>24</b>
	<b>Sottogruppi</b>	
a)	Procedura per il rilascio referti e/o certificazioni	8
b)	Tempo consegna referti e/o certificazioni	14
c)	Trasparenza, completezza, chiarezza e correttezza referti e/o certificazioni	1
d)	Mancata consegna referti e/o certificazioni	1
e)	Altro	0

	<b>2010</b>	<b>tot</b>
	<b>Catalogazione Segnalazioni Area Degenza (D)</b>	<b>218</b>
	D1) Gruppo Accesso Pronto Soccorso	97
	D2) Gruppo Accettazione Ricovero	25
	D3) Gruppo Ricovero	64
	D4) Gruppo Dimissione	32

	<b>2010</b>	<b>tot</b>
	<b>D1) Gruppo Accesso Pronto Soccorso</b>	<b>97</b>
	<b>Sottogruppi</b>	
<b>a)</b>	Tempi attesa visita al P.S.	44
<b>b)</b>	Modalità erogazione visita al P.S.	9
<b>c)</b>	Mancata effettuazione visita al P.S.	0
<b>d)</b>	Errori/danni nel P.S. e richiesta risarcimento	0
<b>e)</b>	Confort attesa P.S.	26
<b>f)</b>	Relaz.ni/Comunica.ni con il personale del P.S.	2
<b>g)</b>	Rispetto della persona al P.S.	0
<b>h)</b>	Tempo di attesa al P.S. per ricovero nelle UU.OO.	19
<b>i)</b>	Altro	0

	<b>2010</b>	<b>tot</b>
	<b>D2) Gruppo Accettazione Ricovero</b>	<b>27</b>
	<b>Sottogruppi</b>	
<b>a)</b>	Accoglienza nel reparto	8
<b>b)</b>	Tempo attesa ricovero (in elezione o dh)	19
<b>c)</b>	Altro	0

	<b>2010</b>	<b>tot</b>
	<b>D3) Gruppo Ricovero</b>	<b>87</b>
	<b>Sottogruppi</b>	
<b>a)</b>	Comfort	35
<b>b)</b>	Relazioni e comunicazioni con il personale	21
<b>c)</b>	Rispetto della persona	5
<b>d)</b>	Vitto	15
<b>e)</b>	Modalità esecuzione prestazioni diagnostiche, terapeutiche e certificative	6
<b>f)</b>	Rinvio o mancata prest.ne diagnostica, terapeutica e certificativa	4
<b>g)</b>	Errori e/o danni durante la degenza con eventuale richiesta risarcimento	0
<b>h)</b>	Insufficienza o mal funzionamento strumentazione e di quanto necessario per le prestazioni durante la degenza	0
<b>i)</b>	Altro	0

	<b>2010</b>	<b>tot</b>
	<b>D4) Gruppo Dimissione</b>	<b>43</b>
	<b>Sottogruppi</b>	
<b>a)</b>	Ritardato e/o mancato invio documentazioni cliniche da UU.OO. agli uffici competenti.	11
<b>b)</b>	Ritardato o mancato rilascio documentazione clinica dalle UU.OO. e dagli uffici competenti.	5
<b>c)</b>	Modalità rilascio documentazioni cliniche (cartelle cliniche, certificazioni di P.S., lettera dimissione) dalle UU.OO.e dagli uffici addetti.	23
<b>d)</b>	Trasparenza, completezza, chiarezza, correttezza, contenuto documenti clinici.	2
<b>e)</b>	Relaz.ni/Comunicaz.ni con il personale addetto al rilascio di documentazione clinica nelle UU.OO. e negli uffici competenti	2
<b>f)</b>	Altro	0

<b>2010</b>	<b>tot</b>
<b>Catalogazione Segnalazioni Area Esterna (E)</b>	<b>216</b>

<b>2010</b>	<b>tot</b>
<b>Area Esterna</b>	<b>216</b>
<b>Gruppi</b>	
<b>1.</b> Barriere architettoniche e/o accessibilità fisica dei servizi	6
<b>2.</b> Mancato o mal funzionamento riscaldamento/condizionamento centralizzato, porte, cancelli, ascensori, illuminazione, impiantistica elettrica, gas medicale, ecc.	21
<b>3.</b> Assenza, insufficienza, scarsa chiarezza segnaletica indicante i servizi e le UU.OO.	5
<b>4.</b> Viabilità/parcheggi	71
<b>5.</b> Pulizia spazi esterni e adeguato arredo urbano	13
<b>6.</b> Danni con richiesta risarcimento e/o infortuni	2
<b>7.</b> Mal funzionamento o gestione non efficace mezzi trasporto interno degenti	1
<b>8.</b> Malfunzionamento Centralino Generale*	98*
<b>9.</b> Altro	0

\*Centralino sede centrale di via Cusmano

Sono, inoltre, pervenute richieste di miglioramento dei servizi:

- Istituzione del Servizio Emodinamica;
- Istituzione dell' UTIN;
- Ambulatorio Convenzionato Risonanza Magnetica;
- C.U.P.: richiesta personale con competenze adeguate all'utilizzo del P.C.;
- Pagamento Ticket informatizzato tramite macchinette automatizzate;
- Anticipo di un'ora per la “visita parenti” nel periodo invernale;
- Distributori di bevande allocate ai piani;
- Parcheggio dell'ospedale sorvegliato.

Elogi ed apprezzamenti sono stati rivolti in particolare ad alcune UU.OO.:

- Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia;
- Ambulatorio di Ortopedia e Traumatologia;
- Unità Operativa di Chirurgia;
- Ambulatorio di Endocrino Chirurgia;
- Unità Operativa di Cardiologia.

Un gruppo di lavoro aziendale ha redatto la Procedura Gestione Reclami con lo scopo di definire le modalità di gestione, della registrazione del reclamo e dell'istruttoria con l'obiettivo di rilevare e rispondere tempestivamente alle situazioni di disagio e di insoddisfazione espresse dagli utenti, verificare e monitorare la qualità dei servizi per progettare azioni di miglioramento a modifica delle criticità operative riscontrate. La presente procedura si applica al Sistema Qualità dell'Azienda.

## 6 Autovalutazione applicazione degli standard JCI

Anche per l'anno 2010 si è provveduto ad eseguire l'autovalutazione circa l'applicazione degli standard di gestione del rischio clinico previsti dall'accordo di collaborazione fra la Regione Siciliana e JCI.

Il flusso informativo semestrale, collegato all'autovalutazione è stato regolarmente trasmesso agli Enti Sovraordinati.

Le criticità emerse dal processo di autovalutazione, fra le quali la gestione dei trasporti secondari, dei criteri di ammissione alle terapie intensive, del monitoraggio dei pazienti sono divenute oggetto di Piani di Miglioramento.

## 7 On site visit

Nel corso dell'anno 2010 l'Azienda, capofila per l'implementazione degli standard J.C. e la sicurezza del paziente ha collaborato con gli esperti di Joint Commission International nell'ambito delle on site visit effettuate dagli stessi presso i Presidi Ospedalieri aziendali.

Le osservazioni ed i suggerimenti rilasciate dai valutatori JCI sono divenute oggetto di Piani di Miglioramento ed in particolare obiettivi del Piano "Qualità, Gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti anno 2010".

## 8 Certificazione ISO

Nel corso dell'anno 2010, a seguito della verifica ispettiva condotta dell'Ente di Certificazione RINA è stato riconfermato il mantenimento della certificazione ISO 9001:2008 delle Unità Operative del Dipartimento di Emergenza-Urgenza del Presidio Ospedaliero Vittorio Emanuele di Gela.

## 9 RCA eventi sentinella

Nel corso del 2010, in data antecedente alla attivazione del flusso SIMES, sono state eseguite, a seguito di eventi sentinella verificatisi presso Unità Operative dell'Azienda, tre sessioni di RCA, che hanno visto la fattiva partecipazione degli operatori coinvolti e che hanno consentito una approfondita analisi delle cause collegate agli eventi oltre alla possibilità di rispondere alle richieste provenienti dagli Enti sovraordinati.