

L'OSPEDALE

TRIMESTRALE DI IGIENE, TECNOLOGIA, MANAGEMENT
DEGLI OSPEDALI E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI



Periodico dell'ANMDO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE

postatarget
magazine

DCOOS3399
NAZ/185/2008

Posteitaliane

N° 3/09

SOSTENIBILITÀ

La sostenibilità del SSN

ETICA

Ethical Governance

ECONOMIA

Crisi Economica e Sanità

GESTIONE

Etica economica nella gestione
delle Aziende Sanitarie

ETICA

L'Etica delle Responsabilità

SOSTENIBILITÀ

Sviluppo sostenibile e Sanità.
Modello applicativo

ETICA

Progresso medico scientifico
ed etica

GESTIONE

La via italiana al Servizio
Sanitario Federale

INDAGINE

La soddisfazione degli utenti
nei Presidi Ospedalieri della
ASL AV1

PREMIAZIONE

35° CONGRESSO NAZIONALE
A.N.M.D.O.
"La direzione della Sanità"

ORIZZONTI



EDICOM

info@gsanews.it • www.gsanews.it



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni
Ospedaliere Fondata dal Prof. Pino Foltz
Anno 62 - Numero 3 - luglio-settembre 2009

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità

EDICOM s.r.l.
Sede legale: via Zavanasco, 2
20084 Lachiarella (MI)
Sede operativa:
Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano
tel. 02 70 63 36 94 - 70 60 21 06
fax 02 70 63 34 29
e-mail: info@gsanews.it - www.gsanews.it

Direttore responsabile: Giovanna Serranò

Direttore editoriale: G. Finzi

Segreteria scientifica: U.L. Aparo

Comitato di direzione: U.L. Aparo, A. Appicciafuoco,
S. Brusaferrò, V. Castaldo, G. Dal Pozzolo, C. Del Giudice,
A.A. De Stefano, C. Di Falco, B. Falzea, K. Kob, U. Podner
Komarony, R. Li Donni, A. Marcolongo, A. Montanile, L.
Nardi, G. Pelissero, S. Pili, A. Pellicanò, R. Predonzani, A.
Rampa,
G. Schirripa, D. Stalteri, M.A. Vantaggiato

Comitato di redazione: U.L. Aparo, K. Kob, C. Catananti,
C. Ponzetti, S. Brusaferrò

Abbonamenti
Italia annuo € 31,00
europa
paesi extra europei € 103,00
Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

Fotolito e stampa:
T&T STUDIO - MILANO
VELAWEB - binasco (mi)

Autorizzazione del tribunale di Milano n°264 del
04/05/2001.

La pubblicità non supera il 45% del numero delle pagine
di ciascun fascicolo della rivista.

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

Testata volutamente sottoposta a certificazione di
tiratura e diffusione in conformità al Regolamento
C.S.S.T. Certificazione Stampa Specializzata Tecnica per
il periodo:
01/01/2007 - 31/12/2007

Tiratura media: N. 4.750 copie

Diffusione media: N. 4.692 copie

Certificato CSST N.2008-1744 del 26 Febbraio 2009

Società di Revisione: RIA&PARTNERS

Tiratura del presente numero: 5.000 copie

associato a:



"Ai sensi dell'art. 2 comma 2 del codice di deontologia
relativo al trattamento dei dati personali nell'esercizio
dell'attività giornalistica, si rende nota l'esistenza di una
banca-dati personali di uso redazionale presso la sede di
Via Alfonso Corti, 28 - Milano. Gli interessati potranno
rivolgersi al responsabile del trattamento dei dati sig. ra
Barbara Amoruso presso la sede di Milano Via Alfonso
Corti, 28 per esercitare i diritti previsti dal D.lgs
196/2003"



In copertina:
Policlinico
Agostino Gemelli

La sostenibilità del SSN

Antonio Tomassini

6

Ethical Governance

Ugo Luigi Aparo, Andrea Aparo, Gianfranco Finzi

10

Crisi Economica e Sanità

Gabriele Pelissero

16

Etica economica nella gestione delle Aziende Sanitarie

Giuseppe Matarazzo

22

L'Etica delle Responsabilità

Gianfranco Morrone

28

Sviluppo sostenibile e Sanità. Modello applicativo

A. Venturi Casadei, M. Minghetti, Davide Sgarzi

32

Progresso medico scientifico ed etica

Karl Kob

36

La via italiana al Servizio Sanitario Federale

Pietro Manzi

42

La soddisfazione degli utenti nei Presidi Ospedalieri della ASL AV1

MNV. Ferrante, P. Melito, G. Franciosi, V. Famiglietti, V. Galdo, F. Attena

50

35° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O. "LA DIREZIONE DELLA SANITÀ"

Gianfranco Finzi

56

ORIZZONTI

84

La sostenibilità del SSN

Antonio Tomassini

Presidente della 12ª Commissione permanente del Senato (Igiene e Sanità)

Il tema della sostenibilità dei modelli socio-sanitari ha rivestito una importanza sempre crescente in Italia dopo la riforma sanitaria del 1978 ed è ancor più rilevante oggi in un contesto politico che spinge al federalismo, in un ambito demografico caratterizzato dall'allungamento della vita media e in una condizione di instabilità economica che vede l'Italia particolarmente esposta sia per il forte indebitamento che per la presenza di alcune dinamiche di spesa difficilmente comprimibili come quelle per la previdenza. Non è un caso quindi che i programmi elettorali della coalizione che ho l'onore di rappresentare nonché il recente libro verde del Ministro del Welfare Sacconi sul futuro del modello sociale "La vita buona nella società attiva" - di cui citerò alcuni significativi passaggi - abbiano focalizzato l'attenzione su un modello di stato sociale che garantisca risorse adeguate per le cure dei cittadini con modelli organizzativi delegati alle Regioni e alle province autonome pur con un maggiore controllo dello Stato rispetto al recente passato.

Non c'è coalizione o gruppo politico che oggi, a 30 anni dalla sua istituzione avvenuta nel dicembre del 1978, non ritenga il SSN un bene prezioso per il nostro Paese, sicuramente da preservare anche se utilizzando modelli di gestione innovativi e alternativi. D'altronde sia gli indicatori sanitari (vita media tra le più lunghe del mondo, mortalità infantile ai minimi) che quelli di performance (primi posti nelle gra-

duarie OMS) suggeriscono di non abbandonare la strada tracciata.

In termini di incidenza sul PIL la spesa pubblica sanitaria in Italia assorbe il 6,8 per cento delle risorse mentre i dati ufficiali di quella privata si assestano all'1,5 per cento; un dato complessivo inferiore alla Germania (8,6 per cento), alla Francia (7,4 per cento), alla Svezia (7,9 per cento) e alla media europea (7 per cento). Vi è ovviamente da sottolineare come il dato della spesa privata (peraltro sottostimato per l'evasione e l'elusione fiscale presente soprattutto in alcune regioni) riguardi prevalentemente spesa *out of pocket* e solo in misura minore forme assicurative.

La spesa sanitaria desta tuttavia preoccupazione non solo per il presente, ma soprattutto per le tendenze che sono state variamente analizzate e considerate. Ciò che allarma è la sua dinamica, spinta da una crescente domanda qualitativa (nuovi e più costosi sistemi diagnostici e terapeutici) e quantitativa (aumento della popolazione anziana). Nel periodo 1996-2005 la spesa è cresciuta del 6,9 per cento annuo, a fronte di un incremento tasso di crescita del PIL inferiore della metà.

Ancora di più preoccupa la tendenza di medio e lungo termine con alcune stime a mio avviso appaiono un po' pessimistiche poco reali che ipotizzano che al 2050, in assenza di politiche correttive e di riequilibrio, la spesa sanitaria possa più che raddoppiare.

Come affermato anche nel libro ver-

de del Welfare l'invecchiamento e la bassa natalità determinano un cambiamento nelle priorità del sistema sanitario, in virtù di dati epidemiologici che evidenziano come primarie le aree delle malattie cardiovascolari (prima causa di morte) e dei tumori (prima causa di anni di vita potenziali persi) oltre che delle patologie dell'invecchiamento. Il consumo di risorse socio-sanitarie per le persone oltre i 75 anni è 11 volte superiore alla classe di età 25-34 anni e i pazienti cronici rappresentano già il 25 per cento della popolazione e assorbono il 70 per cento della spesa.

Nella fotografia del sistema c'è un altro aspetto che occorre sottolineare nelle caratteristiche di questa spesa e soprattutto nel rapporto costi-benefici: la profonda lacerazione tra il Nord e il Sud del Paese, che si traduce talvolta in minori opportunità e tutele per i soggetti più deboli.

E' ormai opinione consolidata che in seno alle nostre strutture socio-sanitarie troviamo il meglio e il peggio nell'ambito dei Paesi industrializzati in termini di qualità della complessiva organizzazione dei servizi. Le analisi che considerano la spesa articolata per Regioni, sotto diversi parametri, ci confermano che le criticità non risiedono sempre in una carenza di mezzi. Non di rado, anzi, a costi elevati corrisponde una bassa qualità dei servizi offerti. Lo testimonia, del resto, la mobilità dal Sud verso il Nord alla ricerca di quei servizi che nel territorio di provenienza non sono disponibili o non sono ritenuti affidabili. Sono inoltre tredici le Regioni che segnalano un disavanzo. L'85 per cento del disavanzo complessivo si concentra in Lazio,

Campania e Sicilia. In questo ambito di operatori delle direzioni sanitarie ma anche di cultori della prevenzione vale la pena di sottolineare le difficoltà che in un contesto economico come quello attuale hanno le iniziative di prevenzione con preoccupanti segnali di tagli che stanno venendo dalle regioni in settori che dovrebbero rappresentare quelle dell'investimento per un futuro in buona salute. E mi riferisco soprattutto alle politiche vaccinali e agli investimenti per la sicurezza del paziente e degli operatori.

Fin qui la diagnosi.

Ora se analizziamo il problema complessivo visto dal punto di vista del cittadino lo Stato e le Regioni devono senza indugio:

- rendere concreto l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale omogeneizzando le prestazioni fornite nelle varie regioni e abbattendo ogni barriera riguardo tempi di attesa, protocolli restrittivi, cure non disponibili;
- favorire risposte per necessità non garantite dal Servizio Sanitario Nazionale introducendo meccanismi per far fronte alle prestazioni non incluse nei LEA con l'obiettivo di ottenere la piena sostenibilità del sistema.

Sul fronte degli operatori la legittima richiesta è quella di introdurre meccanismi che valorizzino la professionalità e prevedano sistemi di controllo sulla efficacia e sicurezza delle prestazioni erogate ai cittadini.

Si tratta di concetti semplici ma difficili da raggiungere soprattutto in alcune realtà regionali da dove troppo spesso giungono notizie di cronaca di mala-

sanità che ci lasciano interdetti. La risposta ai bisogni passa attraverso un'adeguata formazione e aggiornamento professionale del personale e un'opportuna innovazione di tecnologie e infrastrutture tra cui spicca la necessità di adeguare le strutture di ricovero e cura del nostro Paese che in molti casi sono obsolete e inadeguate. Vi è quindi un problema di rigoroso controllo della spesa, in funzione di obiettivi non solo quantitativi, ma anche qualitativi. Una ipotesi è quella di intendere i LEA, sulla base di costi standard, alla stregua di un benchmark ovvero un termine di riferimento, per definire le risorse finanziarie necessarie a garantire – in condizioni di efficienza – i livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni e dei servizi in tutte le aree territoriali del Paese. L'equità non sarebbe certa ma più probabile – rispetto alla situazione attuale – grazie ai meccanismi di responsabilità innescati da una parità di opportunità cui non deve mai seguire la copertura a piè di lista delle carenze gestionali. Anche il libro verde (che con gli opportuni apporti diventerà il nuovo libro bianco della sanità) si interroga se lo sviluppo della ricerca e delle nuove tecnologie determini maggiore o minore propensione alla spesa sociale soprattutto con riferimento a quella sanitaria. Le nuove tecnologie aprono infatti scenari inattesi per la predizione, prevenzione e trattamento delle malattie. Inoltre la larga diffusione dell'informatica consente una rapida circolazione delle informazioni e una cura più mirata sul paziente.

Le nuove tecnologie vanno tuttavia introdotte con attenzione per non indurre domanda impropria e per

evitare un rapporto sfavorevole costi-benefici. I processi di *health technology assessment* possono aiutare a programmare la distribuzione delle apparecchiature con razionalità ed economicità, evitando l'induzione di nuova domanda non necessaria.

Il finanziamento del complesso dei servizi di protezione sociale già oggi è caratterizzato da un significativo concorso dei soggetti privati. Essi tuttavia vi concorrono spesso in modo disordinato e alla lunga insostenibile sia per il quadro istituzionale incerto sia perché raramente si organizzano per prevedere e provvedere a bisogni eventuali e futuri con il risultato che li sostengono con modalità c.d. *out of pocket*, una spesa a forte carattere regressivo. Concordo sulla linea già tracciata dal Ministero e cioè che principio ispiratore deve essere lo stesso che ha già trovato ampi consensi e qualche positiva realizzazione nel caso del sistema previdenziale e cioè quello dello sviluppo delle forme di mutualità integrativa.

Lo Stato dovrebbe comunque svolgere un ruolo importante attraverso il sistema delle agevolazioni fiscali. A questo proposito appare opportuna una riflessione circa gli strumenti più appropriati per una maggiore diffusione della previdenza complementare e dei fondi sanitari complementari, attraverso la reversibilità – a determinate condizioni – della scelta del lavoratore e la eventuale "portabilità" ad altri fondi del contributo del datore di lavoro.

Lo sviluppo del pilastro privato complementare è un passaggio essenziale e indilazionabile per la riqualificazione della spesa e la modernizzazione del nostro *Welfare*. Ev. Decreto Turco.

Questi istituti non possono prescindere dalla fiscalità generale, sia che questa vada a finanziamento di produzione diretta di beni e servizi sia che essa finanzia deduzioni/detractions o *bonus* a sostegno di scelte dei cittadini, individuali o associate.

Lo sviluppo dei fondi su base contrattuale, delle forme di mutualità, delle assicurazioni individuali o collettive può essere la risposta alle limitate risorse pubbliche e alla domanda di accesso a maggiori servizi.

In particolare, le organizzazioni rappresentative dei lavoratori e dei datori di lavoro possono dare vita a un robusto *Welfare* negoziale (collocamento, ammortizzatori, formazione, sanità integrativa, *long term care*, salute e sicurezza nel lavoro, certificazione dei contratti), nella dimensione nazionale come in quella territoriale, organizzando una vera e propria cogestione diffusa dei servizi che danno valore alla persona. Si tratta di esperienze già avviate e che meritano tuttavia sostegni maggiori in funzione del conseguimento di idonei livelli di massa critica. D'altronde la ricchezza complessiva netta delle famiglie, tenendo conto degli immobili, è pari a oltre sette volte il reddito. La spesa privata rimane una componente essenziale delle spese socio-sanitarie di molte famiglie italiane.

In questo quadro, le diverse forme di mutualità fra privati, realizzate attraverso la bilateralità, le assicurazioni private o le forme miste, sia quelle di natura previdenziale sia quelle di natura socio-sanitaria, possono concorrere in maniera efficiente ed equa a migliorare la gestione dei rischi, specie di quelli di maggiore rilievo. Per questo motivo, queste realtà devono essere collocate all'interno di una visione organica del sistema di *Welfare* del Paese.

Ecco perchè riteniamo utile in questa fase il mantenimento del Ministero accorpato.

La sostenibilità del sistema passa dunque attraverso un maggiore im-

pulso allo sviluppo della previdenza complementare nonché ai fondi sanitari integrativi del servizio pubblico al fine di orientare e convogliare la spesa privata verso una modalità di raccolta dei finanziamenti che, nel rispetto del principio di solidarietà generazionale, sia in grado di porsi accanto al finanziamento pubblico di derivazione fiscale ed integrarlo. Si potrebbe favorire così la "socializzazione dei rischi" e la conseguente riduzione dei problemi di selezione degli iscritti.

Lo Stato può disegnare un quadro normativo adeguato, offrire benefici fiscali, aiutare le parti e soprattutto le persone a prendere atto dei limiti, ormai ineludibili, dell'intervento pubblico. Tanti sono però i dubbi ed in particolare:

- Quali possono essere le necessarie modifiche normative che permettano ai fondi privati di realizzare il collegamento tra sanitario e sociale/assistenziale?
- Come si può costituire la massa critica

Domande alle quali nei prossimi mesi il Ministero come proponente e il Parlamento come Organo legislativo dovranno cercare di dare risposta assieme alla risposta all'evidente esigenza di investimenti pluriennali per l'ammodernamento e la riconversione della rete dei servizi ed in particolare ospedaliera che si potrebbe soddisfare diffondendo le forme nuove di finanziamento come il *project financing*, il leasing immobiliare, le società miste e le sperimentazioni gestionali.

CONCLUSIONI

Cari amici e colleghi dell'Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera dell'ANMDO; vorrei concludere questa lettura magistrale traducendo, in chiave scientifica, uno slogan che il Presidente del Consiglio Berlusconi ha lanciato qualche giorno fa, laddove ha auspicato un incremento nei prossimi

anni della vita media della popolazione italiana fino a 120 anni. 120 oggi è un'utopia ma l'obiettivo di innalzare la durata della vita media a 90 anni mi pare un traguardo ambizioso ma realistico per l'Italia e raggiungibile in tempi brevi (almeno per le donne) con tre imprescindibili condizioni sulle quali il Governo e il Parlamento dovranno agire direttamente e attraverso adeguati stimoli sulle Regioni e sulle Province autonome:

1. la progressiva e razionale introduzione delle nuove e migliori tecnologie disponibili per la diagnosi, la cura e la gestione delle strutture sanitarie;
2. azioni mirate di prevenzione a tutti i livelli, con particolare riguardo alla lotta all'obesità e al sovrappeso nell'infanzia – vera piaga sociale –, alle iniziative tradizionali di prevenzione attiva ma anche a quelle che ho più volte avuto modo di definire di "medicina predittiva", ossia l'identificazione precoce e la rimozione del maggior rischio di malattia;
3. infine, la garanzia che le Istituzioni devono dare per una piena sostenibilità dei 21 SSR e più in generale del nostro welfare secondo i principi di solidarietà, di libertà di cura, di dignità della persona che ho tentato di delineare in questa lettura che mi auguro abbia incontrato il Vostro consenso.

Ethical Governance

Riassunto

In questo periodo caratterizzato dal rapido cambiamento continuo occorre ripensare l'etica in sanità. Serve, è indispensabile una Ethical Governance tenendo ben presente che la Governance non è e non può essere appannaggio di una persona sola. La decisione etica di Governance è il risultato del dialogo e del confronto degli approcci etici dei diversi membri del Comitato Etico. L'effetto del Comitato Etico è la Governance. Le Direzioni Sanitarie competenti sono in grado di fungere da catalizzatori delle diverse professionalità al servizio dell'Ethical Governance delle organizzazioni sanitarie.

Ugo Luigi Aparo* ; Andrea Aparo , Gianfranco Finzi*****

* Direzione Sanitaria Istituto Dermatologico dell'Immacolata-IRCCS Roma

** Docente di Strategic Management, "Sapienza" Università di Roma, Roma

*** Direzione di Presidio, Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna S. Orsola Malpighi

INTRODUZIONE

Di Ethical Governance si parla generalmente soltanto quando ci sono dei problemi, quando esplodono scandali, quando si verificano episodi di corruzione più o meno gravi. Anzi, più che parlare di Ethical Governance, in questi casi si sollecitano le aziende a dotarsi di un codice etico.

Questa connotazione negativa fa sì che piace pensare che l'Ethical Governance non sia cosa che ci riguarda.

Siamo portati a non interessarcene anche perché non è che sia proprio molto chiaro di che cosa stiamo effettivamente parlando.

Cos'è l'Ethical Governance?

Definizione: l'Ethical Governance fa riferimento ai valori e ai comportamenti etici, ai processi, alle procedure, alla cultura, ai modi di fare e di essere che assicurano elevati standard di prestazione, di economia, di efficacia, di efficienza, di qualità, di soddisfazione del

cliente. La Governance è la rotta da seguire per arrivare alla realizzazione della missione delle imprese e delle organizzazioni, siano esse pubbliche, a scopo di lucro oppure no-profit, nel settore sanitario o in qualunque altro settore di attività.

La responsabilità primaria di coloro che, eletti o per delega, hanno il compito di gestire la Governance è quella di assumere decisioni che siano sempre in sintonia con i valori, l'identità, la visione e la missione dell'organizzazione per cui lavorano. Decisioni che siano etiche.

Le organizzazioni della sanità si trovano ad affrontare un ambiente in cambiamento continuo in cui il profitto sembra, purtroppo, essere divenuto più importante della guarigione del paziente.

Gli eventi che stiamo vivendo, Parmalat, Enron, Merrill Lynch, Goldman Sachs, i titoli tossici, la crisi delle banche, la recessione, sfidano ogni giorno i nostri assunti di base su quali siano o debbano essere le regole da condividere

e applicare. Al contempo ci viene richiesto di rispondere alle aspettative in continua evoluzione di un pubblico sempre più competente, attento ed esigente?

Come si risponde ai dilemmi morali sollevati da casi come quelli di Welby e di Englaro, dalle azioni del dr. Kevorkian per il suicidio assistito?

Le aspettative nei confronti di chi opera in sanità sono tali da obbligare a puntare la bussola della morale in direzioni diverse e soprattutto nuove.

Occorre ripensare l'etica medica. Pazienti che ancora ieri erano ovvi candidati per interventi chirurgici o per trattamenti chemioterapici, oggi possono decidere di approcciare la fine della loro vita in maniera diversa. Sono decisioni che hanno un impatto profondo e immediato sull'assistenza medica da erogare. Decisioni che presentano nuove sfide ai responsabili delle strutture sanitarie. Decisioni che presentano nuove sfide per i Direttori Sanitari. Chi decide?

Troppo spesso si ricorre al parere del legale.

Possibile che un trattamento medico debba essere deciso da un avvocato?

Può tutta la responsabilità ricadere sulle spalle di un singolo?

Per quanto bravo possa essere il singolo, è la cosa giusta da fare?

Sono domande che meritano un attento approfondimento.

Quali sono i processi che devono essere utilizzati?

Quale deve essere il ruolo e l'importanza dell'etica e di quella me-



PAROLE CHIAVE:
Etica, Governance

dica in particolare?

Quale la relazione con la Governance in sanità?

Proviamo a individuare gli elementi atti a fornire una risposta a queste domande.

ETICA IN SANITÀ

L'etica è la branca della filosofia che tratta gli aspetti morali del comportamento umano. L'etica medica, nel senso moderno del termine, si riferisce all'applicazione dei principi etici fondamentali e generali alle situazioni della pratica clinica, ricerca medica inclusa.

L'etica si chiede cosa debba essere fatto. Non è interessata a ciò che si fa di solito, oppure a ciò che si potrebbe fare.

Tutte le teorie etiche hanno in comune due domande fondamentali:

1. Qual'è il bene cui tendere o cui si dovrebbe tendere e cosa è maligno che vorremmo e dovremmo evitare?
2. Qual'è il giusto o desiderabile corso d'azione e qual'è quello inappropriato o proibito?

L'etica aiuta a decidere fra il buono e il cattivo, fra l'appropriato e il non appropriato, tra ciò che è corretto e ciò che è sbagliato.

Questo almeno in teoria perché, come recita il detto: *“la persona saggia non è chi sceglie fra il bene e il male ma chi sceglie il minore di due mali”*.

L'etica è differente dalla scienza per una molteplicità di aspetti. Non si possono sottoporre a sperimentazione controllata le questioni etiche per studiarle e non si possono se-

parare considerazioni etiche dalle influenze personali e soggettive, che sono a loro volta influenzate dal contesto storico e culturale.

Nelle scienze fisiche e naturali, i risultati si basano su osservazioni ed esperimenti sostanzialmente oggettivi. I termini della scienza sono: *vero e falso*.

La scienza perviene a delle conclusioni.

L'etica fornisce raccomandazioni.

Una conclusione scientifica si basa su fatti passati, su studi pregressi che portano al risultato presente.

L'etica, invece, è orientata al futuro.

Nella scienza lo sforzo ha valore se porta a un risultato.

Nell'etica lo sforzo di risoluzione di un dilemma è considerato degno indipendentemente dal fatto che si raggiunga o meno una soluzione.

L'Etica differisce dalla Religione e dal Diritto in quanto quest'ultime forniscono regole assolute. L'etica, invece, non assume decisioni assolute: mette a fuoco e chiarisce questioni e problemi, presenta opzioni e alternative per la risoluzione dei dilemmi.

Dagli albori della civiltà umana l'etica sanitaria è stata espressa in forma di leggi, decreti, assunti e giuramenti. Dal codice di Hammurabi ai papiri egiziani, da documenti indiani e cinesi al giuramento d'Ippocrate.

La dichiarazione di Ginevra dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1948 è il primo codice etico mondiale e ha preso come riferimento proprio il giuramento d'Ippocrate.

La moderna etica medica ha iniziato a svilupparsi come campo a sé stante a partire dagli anni '50 del secolo scorso.

Una delle maggiori innovazioni dell'etica moderna occidentale ha interessato la relazione medico-paziente, evolutasi dal rapporto paternalista a un rapporto in cui al paziente viene fornita grande autonomia.

Negli ultimi anni sono stati formulati e adottati diversi principi etici come base di discussione dell'etica in sanità. In particolare: il principio di autonomia, il principio del non nuocere, il principio della beneficenza e il principio di giustizia.

L'etica medica moderna è essenzialmente una forma di *etica applicata* che cerca di chiarire le questioni etiche che caratterizzano la pratica della medicina per giustificare e pesare le diverse opzioni e considerazioni pratiche.

L'etica in sanità è oggi materia di studio di numerosi curricula universitari e negli Stati Uniti il “medico etico” è emersa come una nuova specializzazione.

In generale il progresso scientifico-tecnologico e della conoscenza precede le discussioni e i dibattiti sugli aspetti etici, religiosi e legali del progresso stesso. A causa del recente straordinario sviluppo delle conoscenze, della scienza e della tecnologia, si avverte oggi la necessità di modificare questo approccio *postfactum* e perseguire un approccio *proattivo*, pluralistico e multidisciplinare.

L'etica è la disciplina del *dovrei*. Bisogna porsi domande del tipo: Cosa dovrei fare? Come dovrei comportarmi? Chi dovrei essere? Le teorie etiche assomigliano molto alle nostre decisioni di *pancia*, istintive. Ogni giorno utilizziamo le analisi basate sull'etica: quando decidiamo di dare strada a qualcuno, di trattenerci al lavoro, di aiutare

i nostri figli a fare i compiti. Sono tutte decisioni etiche. Vediamo il mondo come lo vediamo in base all'etica che abbiamo adottato ed elaborato.

Le teorie etiche principali in base alle quali noi cittadini occidentali di un paese industrializzato prendiamo decisioni istintive sono:

1. consequenziali: guardiamo ai risultati;
2. deontologiche: guardiamo alle responsabilità;
3. valoriali: guardiamo ai motivi.

Ci sono, inoltre, altre due teorie etiche contemporanee che è opportuno ricordare per le importanti implicazioni che hanno nell'analizzare i problemi etici che si possono presentare ai responsabili ospedalieri. La prima è l'*etica di comunità* che indica come occorra tenere conto dei valori della comunità per cui si opera e dell'ambito in cui si agisce. La seconda è l'*etica femminista* che insegna che il mondo sociale è stato costruito permeando le nostre comunità e istituzioni di forti preconcetti derivati dal genere. Qualunque forma di preconcetto, sia esso relativo alla razza, all'età, all'etnicità, alla disabilità, al sesso, deve essere eradicata se si vuole conservare il principio etico di base della giustizia. Le teorie etiche tradizionali suggeriscono che le decisioni etiche devono essere libere da emozioni e non devono tenere conto del contesto. L'etica femminista afferma, invece, che le emozioni servono come guida per individuare cosa sia moralmente rilevante in una determinata situazione. La specificità della situazione e la relazione fra le parti coinvolte contribuiscono alla definizione di soluzioni eticamente accettabili. Questo approccio ha delle implicazioni sulle azioni da intraprendere in quanto presuppone che quando si tratta di prendere decisioni morali, deve essere messo in atto

un processo in grado di eliminare eventuali non appropriate gerarchie di potere. Non esiste persona o posizione che possa imporre cosa è giusto e che cosa è sbagliato.

ETHICAL GOVERNANCE

Ecco perché è indispensabile una Governance etica ed ecco perché la Governance non può e non deve essere appannaggio di una sola persona, né di pochi con grandi poteri. Con un processo di discussione etica aperto, democratico, chi deve prendere decisioni può dimostrare come un processo di generazione di consenso sia in grado di produrre soluzioni creative in cui gran parte delle persone può riconoscersi e fare proprie. Le decisioni non sono più piatte, convenzionali, prese a porte chiuse da non si sa bene chi. Non sono più prese da qualcuno ma da un comitato che ascolta le parti interessate mediante un processo etico nella sostanza e non nella forma. Il modo con cui un comitato perviene a una decisione dipende da come ogni membro del comitato stesso pesa i principi etici e applica i filtri morali. I membri di un comitato, per quanto intelligenti e partecipi, possono pertanto anche essere in totale disaccordo. Purché siano capaci di riconoscere e accettare i propri filtri etici e il modo con cui attribuiscono pesi ai diversi principi etici e alle diverse prospettive per giustificare le proprie decisioni. Deve essere chiaro a tutti che non può esserci una Governance etica se non v'è a capo dell'istituzione sanitaria un comitato, un consiglio d'amministrazione, un consiglio di direzione –chiamatelo come vi pare– in cui siano rappresentate le componenti essenziali dell'organizzazione stessa, che tiene conto dei pareri espressi dal Comitato etico. La decisione etica di governan-

ce è il risultato del dialogo e del confronto degli approcci etici dei membri. L'effetto del Comitato etico è la Governance. Occorre dunque mettere a punto un Comitato etico che costituisca un sistema di riferimento da utilizzare ogni qualvolta occorre risolvere un problema. Un approccio che chiunque può utilizzare. Come fare? Istruzioni per l'uso.

Primo passo: assicurarsi che il Comitato o Consiglio sia debitamente informato dei fatti e della situazione. Deve esserci comprensione e condivisione delle informazioni rilevanti del paziente (o dipendente) e della sua famiglia, gli aspetti organizzativi o di assistenza medica (compresi i fatti sulle diagnosi effettuate, trattamenti somministrati, risultati) ed altre circostanze pertinenti.

Secondo passo: Identificare chi è coinvolto e cosa è in gioco per ciascuno di essi; approfondire le richieste e i punti di vista di tutte le parti in causa; comprendere e rispettare punti di vista e preoccupazioni del paziente, dei familiari, dirigenti sanitari, di coloro che hanno un legittimo interesse alla situazione.

Terzo passo: Definire gli aspetti etici rilevanti. Il rispetto dell'autonomia partecipa alla definizione del problema? Correttezza, beneficenza, giustizia ed altri principi etici di base giocano che ruolo? Motivazioni, responsabilità, conseguenze, differenziali di potere, possibili preconcetti sono rilevanti per la decisione finale? In caso affermativo quali sono?

Quarto passo: Identificare gli aspetti eticamente rilevanti delle possibili soluzioni ed assegnare loro un peso. Soppesare l'importan-

tanza relativa delle diverse dimensioni etiche delle possibili azioni mutamente esclusive è difficile e richiede tempo. Emergono le differenze di opinione, ognuna delle quali deve essere valutata con rispetto. Molti dilemmi etici non hanno soluzione perfetta. Occorre sempre considerare i limiti umani nell'identificazione della soluzione. Il gruppo deve resistere alla tentazione di saltare alla conclusione per non rischiare di trascurare aspetti rilevanti del problema o di non vedere soluzioni alternative. Non fare nulla è ovviamente una decisione possibile con relative conseguenze comunque e sempre da prendere in considerazione e da valutare. Ritardare intenzionalmente la decisione per dare al gruppo il tempo per trovare una soluzione è eticamente accettabile e certamente preferibile alla scelta affrettata. Se occorre rinviare, nel farlo occorre definire la data ultima di decisione. Rinviare *sine die* non è mai una soluzione.

Quinto passo: Monitorare i risultati per poi informare il Comitato o Consiglio delle conseguenze delle sue decisioni e scelte. Risolvere un problema può lasciare aspetti irrisolti o essere un grande sollievo, soprattutto se la questione è ad alta visibilità e può avere conseguenze importanti sull'organizzazione.

Occorre prendere la buona abitudine di darsi il tempo necessario per riflettere sull'esperienza accumulata e per identificare le lezioni apprese per poterle applicare in futuro quando dovessero ripresentarsi problemi etici analoghi o del tutto nuovi. L'etica è strettamente legata ai comportamenti ed i comportamenti per essere credibili devono essere coerenti nel tempo. Ovvio che possono cambiare ed evolvere, sempre rispettando però la coerenza con i valori ed i com-

portamenti di base.

Il Comitato etico deve essere composto da persone che, debitamente informate dei fatti e delle situazioni, siano in grado di approfondire le richieste e i punti di vista di tutte le parti in causa e comprendere e rispettare i punti di vista e le preoccupazioni del paziente, dei familiari, dei dirigenti e degli operatori sanitari e di tutti coloro che hanno un legittimo interesse.

Non deve occuparsi solo della sperimentazione dei farmaci. Deve esaminare tutti i dilemmi assistenziali e strategici a mano a mano che si presentano.

Si comincia a parlare della necessità che ogni Azienda sia dotata di un codice etico.

Attenzione. Il codice etico non ha nulla a che fare con l'Ethical Governance.

Il codice etico, in realtà, non è un codice. E' una linea guida dinamica che deve periodicamente essere ridebitata. Serve al Comitato etico per valutare se si trova veramente di fronte a una situazione nuova e, in caso affermativo, le raccomandazioni adottate verranno successivamente inserite nel codice etico. Lo si è detto e lo si ribadisce: la Governance e l'etica non sono attività di una persona sola. Cerchiamo di non incorrere nello stesso errore che è stato già commesso quando ci si è occupati di Qualità. Allora, in Italia e solo in Italia, si tradusse in maniera catastrofica il concetto di "*Total Quality Management*" con "gestione della qualità totale" e si pensò che a occuparsi della gestione della qualità totale dovesse essere qualcuno di altolucato che rispondesse direttamente al direttore generale con il compito di pianificare, decidere, implementare la qualità per il bene dell'organizzazione tutta. Nulla di più sbagliato. *Total Quality Management* non si traduce con gestione della

qualità totale ma con gestione totale della qualità. Gestione totale vuol dire che se ne interessano e che decidono tutti a tutti i livelli dell'organizzazione per gli aspetti di propria pertinenza e responsabilità. Vale la pena ripeterlo e sottolinearlo: Qualità, Governance ed Etica interessano sempre tutta l'organizzazione. Costituiscono parte integrante ed accrescono il capitale dell'organizzazione. Ricordiamoci che il capitale cui si fa riferimento non è il denaro ma sono le *capita*, plurale di *caput*, ovvero le persone. La complessità, multidisciplinarietà e interdisciplinarietà della materia è tale da non poter essere responsabilità di una persona sola. Altrimenti il governo della nave porta dritti al naufragio. Deve essere delegata a un comitato e la missione dell'organizzazione deve essere il primo dei principi guida del comitato etico.

Cosa fare per migliorare le capacità analitiche e di prospettiva del vostro comitato?

In primo luogo occorre insediare, coinvolgendo le competenze e le responsabilità primarie dell'organizzazione. Il Comitato etico non deve dipendere da qualcuno. Può essere collocato in staff alla Direzione Generale, ma deve essere dotato di assoluta autonomia. Nell'ambito del Comitato devono essere presenti due delle componenti essenziali di qualsivoglia Governance in sanità: colui che prende le decisioni, in nome e per conto dell'azienda o dell'organizzazione - il Direttore Generale o il Presidente del Consiglio di Amministrazione - e colui che è responsabile della produzione, ovvero il Direttore Sanitario. Devono, inoltre, essere sempre rappresentati i pazienti.

Anche se è banale, nulla però è meno evidente di ciò che è banale, deve fare parte del Comitato il Di-

rettore etico. Non c'è da assumere qualcuno o qualcuna di nuovo. Si tratta di una responsabilità che viene assegnata, su base volontaria o per selezione, a qualcuno all'interno dell'organizzazione. I medici di direzione sanitaria, opportunamente formati e competenti, sono degli ottimi candidati. Il direttore etico deve obbligatoriamente far parte del Consiglio di Direzione al quale riferirà in merito alle decisioni assunte dal Comitato etico. Il suo compito è l'implementazione, il monitoraggio, la manutenzione e l'aggiornamento continuo del codice etico e delle decisioni prese, una volta che queste siano approvate dal Consiglio di Direzione. Ogni periodica riunione del Comitato etico deve avere inserita all'ordine del giorno la discussione dei problemi etici di attualità, ovvero tutti quelli che sono emersi all'attenzione dell'opinione pubblica nel periodo di tempo intercorso fra la riunione precedente e quella presente. Il direttore etico convoca il Comitato etico in caso di urgenza o crisi generata da un dilemma etico.

La Governance utilizza l'etica per risolvere i problemi che un'organizzazione può trovarsi nella necessità di risolvere. Fornire assistenza sanitaria ha sempre e comunque una dimensione etica. Il Comitato etico, comitato di saggi, comitato dei garanti o come lo si vuole chiamare, deve avere chiare responsabilità nel decidere come l'organizzazione sanitaria fornisce i suoi servizi di assistenza sanitaria, come risolve i conflitti d'interesse, come formula gli obiettivi a tendere. Queste decisioni saranno poi portate al Consiglio di Direzione e all'attenzione finale di chi deve prendere decisioni.

Dunque, laddove le aziende sanitarie sono gestite in maniera monocratica, con un Consiglio di Direzione che non viene mai riunito

o che non abbia comunque alcun potere, l'Ethical Governance non esiste e non potrà mai esistere.

Quanto è etica la vostra Governance, sempre che ne abbiate una...?

Per rispondere a questa domanda occorre esplorare le seguenti aree:

1. leadership, comportamenti e stile di management. Presenza di una leadership carismatica, altamente competente, capace di suggerire e condividere la visione dell'organizzazione ovvero sapere rispondere alla domanda per chi e per cosa esistiamo. Capace di creare una cultura dell'eccellenza e dell'onestà. In grado di promuovere e incoraggiare standard etici elevati;

2. comunicazione. Disseminazione rilevante d'informazioni, politiche, procedure e standard etici verso tutti gli *shareholders* e gli *stakeholders*, incoraggiando il dialogo e il feedback. Utilizzo di un linguaggio appropriato, verificandone l'effettiva comprensione. Comunicazione regolare con gli individui e con i gruppi comunitari, assicurandosi che le persone siano veramente informate;

3. relazioni, loro ruolo e responsabilità delegate. Costruire relazioni positive, fare sentire dipendenti, pazienti, i loro familiari, rispettati e apprezzati; renderli partecipi di collaborare e operare per raggiungere i risultati desiderati. Ognuno deve avere chiaro il proprio ruolo e le proprie responsabilità. Il capo deve agire da supporto e monitorare in modo continuo e trasparente le attività;

4. accountability, ovvero chi risponde di cosa, quando e perché. Devono essere definiti in modo chiaro dai vertici aziendali, in particolare dal Direttore Gene-

rale, ruoli e relative responsabilità, i processi e la loro gestione. Monitoraggio e reporting delle decisioni assunte. Trasparenza del processo decisionale e condivisione delle regole;

5. definizione e gestione degli standard: sistemi, processi, gestione del rischio, ambiguità, conflitti, delazioni, problemi legali. Regole e loro giustificazione. Meccanismi di evoluzione, Processi di cambiamento. Logiche di premio/punizione.

Le Direzioni Sanitarie competenti, da sempre garanti del buon funzionamento degli Ospedali devono essere coscienti del problema, per adoperarsi a implementare e a controllare le politiche appropriate in grado di riflettere la sensibilità etica nei confronti dei pazienti, delle loro famiglie e degli addetti alla sanità. Le Direzioni Sanitarie competenti sono in grado di fungere da catalizzatori delle diverse professionalità al servizio dell'Ethical Governance delle organizzazioni sanitarie. Parafrasando una famosa pubblicità: No Direzione Sanitaria competente? No Ethical Governance.

BIBLIOGRAFIA

1. *Ohlsen JD : Ethical Governance in health care : A Board Leadership Guide for Building an Ethical Culture. AHA Press Chicago 2004*

2. *Aparo UL : Il mosaico della Clinical Governance. L'Ospedale 2005; 4: 8-11*

3. *Felton RF; Hudnut A; Witt V : Building a Stronger Board. Mc Kinsey Quarterly 2(1995) : 162-175*

4. *Aparo UL : La direzione sanitaria nell'evoluzione della sanità italiana. L'Ospedale 2007; 3:18-24*

Crisi Economica e Sanità

Riassunto

La crisi economica che si è abbattuta su tutto il mondo negli ultimi mesi del 2008 rappresenta un evento di proporzioni gigantesche, tuttora oggetto di studio e analisi da parte di economisti ed esperti di finanza, e di preoccupazione per i governi e le popolazioni di tutti i paesi.

È un evento tuttora in corso, i cui tempi ed esiti nessuno è in grado di prevedere, e che pone enormi interrogativi non solo agli addetti ai lavori, ma anche a tutti coloro che si debbono confrontare con problemi di programmazione e di gestione di qualunque attività umana.

Fra questi, a pieno titolo, possiamo annoverare i responsabili dei sistemi sanitari e ospedalieri.

Gabriele Pelissero

Vice Presidente AMNDO

LA SITUAZIONE ECONOMICA GENERALE

Per quello che ci è possibile comprendere oggi, fondandoci più su report specialistici e su dati di cronaca che su approfonditi studi scientifici, che non sono ancora disponibili, la situazione economica generale, secondo un'opinione largamente diffusa, rientra fra quelle che gli economisti definiscono "crisi strutturali".

La nota economica del Centro Studi Assolombarda del 17 Aprile 2009 osserva che "di conseguenza, dobbiamo attenderci dei cambiamenti strutturali nelle relazioni finora osservate fra le componenti economiche.

Alla luce di ciò, è lecito attendersi una riduzione nei potenziali di crescita a livello mondiale".

In concreto e a breve termine, le previsioni per l'anno 2009 per il nostro Paese variano da - 3,6% a - 4,4% del PIL, con una ripresa nel 2010 lenta e debole, e ancora caratterizzata da crescita negativa.

I livelli di PIL pre-crisi potrebbero essere recuperati dell'Italia addirittura solo dopo il 2013. Più oltre gli esperti dicono che è troppo azzardato fare previsioni. Con questi pochi, e non confortanti, elementi provvederemo ad interrogarci sui possibili effetti della crisi economica sul nostro sistema sanitario. A questo scopo esamineremo la situazione esistente, le prospettive a medio termine, le possibili criticità e le soluzioni.

LA SITUAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

Qualunque considerazione sulla situazione economico finanziaria del sistema sanitario italiano non può prescindere da un elemento fondamentale. La spesa sanitaria italiana (fig. 1) è, e continuerà ad essere, inferiore a quella dei Paesi a noi più affini per sviluppo economico quali Francia, Germania, Svezia, Austria e Gran Bretagna (1,2).

Il problema italiano non è dunque quello di una spesa sanitaria eccessiva, anzi. È invece quello di una spesa sanitaria più che moderata in uno Stato con una spesa pubblica complessiva eccessiva.

Come osserva il Rapporto CEIS Sanità 2008 (3), il "problema è tutto interno ai vincoli di spesa pubblica", concetto già presente nel Rapporto CER 2007 (4), che osservava come "anche dal versante della spesa sanitaria non può non venire un contributo decisivo nel breve periodo a rimettere la nostra finanza pubblica sul sentiero del riequilibrio".

Queste considerazioni ci consegnano, prescindendo dalla crisi in corso, l'immagine di una Sanità virtuosa prigioniera di un sistema paese dissipatore, e questo in termini generali è indiscutibilmente vero. Altrettanto vero, però, è che il sistema sanitario italiano, complessivamente virtuoso, contiene al proprio interno vaste aree di inefficienza completamente ingiustificate, che generano disavanzi e riducono la qualità del servizio. Luca Ricolfi nel 2008 (5) ha calcolato gli sprechi sanitari pro-capite delle Regioni Italiane, evidenziando come solo due Regioni (Friuli e Lombardia) non hanno sprechi, tre Regioni (Veneto, Emilia Romagna e Toscana) hanno sprechi molto ridotti (sotto i 100 € pro-capite) mentre due Regioni (Sicilia e Campania) sono addirittura al di sopra di 600 € pro-capite, con sprechi superiori al 40% della spesa "giusta" (fig. 2)

D'altra parte i disavanzi sanitari accumulati, elaborati nel Rapporto Oasi 2007 (2), mostrano Regioni con un disavanzo storico pro-capite ormai

**PAROLE CHIAVE:**

Crisi economica, criticità, opportunità

equivalente alla quota capitaria “giusta” (fig. 3)

Un disastro. In sintesi, dunque, il Sistema sanitario italiano si presenta come prigioniero di due aggressioni. Una, esterna, rappresentata dal disavanzo complessivo dello Stato, e un'altra, interna rappresentata dall'inefficienza sanitaria di alcune Regioni. Un mix che minaccia di strangolarlo, come vedremo più avanti.

Occorre qui introdurre un'ultima considerazione sulla dinamica futura della spesa sanitaria. Anche a questo proposito, le stime a lungo e a breve periodo sono abbastanza ottimistiche. Il Rapporto CER (4) calcola un incremento di circa 1,6 punti del PIL fra il 2005 e il 2050, in costanza di consumi sanitari, mentre il Rapporto CEIS, (3) sul breve termine, stima un incremento 2009-2010 del 0,2% del Pil. Entrambi gli studi però delineano questo quadro ipotizzando una dinamica attiva del PIL.

In caso di caduta del prodotto interno

lordo, la caratteristica del comparto sanitario di essere un settore “acciclico” (cioè sostanzialmente caratterizzato da domanda – offerta rigida non influenzata dal ciclo economico generale) non potrebbe che provocare un forte disavanzo, che ancora una volta metterebbe in difficoltà la sostenibilità del sistema.

Abbiamo qui dunque una terza possibile aggressione al sistema sanitario italiano, rappresentata dalla diminuzione del PIL, e questo purtroppo è ciò che sta avvenendo con la crisi economica.

LE PROSPETTIVE A MEDIO TERMINE

La complessa situazione che abbiamo sinteticamente delineato si apre a scenari di evoluzione a medio termine condizionati da almeno tre fattori:

- a) rigidità della spesa pubblica
- b) tensione sulle inefficienze

c) effetti della crisi economica.

Il primo fattore rappresentato dalla rigidità della spesa pubblica non è una novità. I vincoli comunitari, e più generali esigenze di risanamento della finanza pubblica, escludono radicalmente che il disavanzo dello Stato possa essere ampliato ulteriormente, essendo l'Italia fra i pochissimi paesi dell'Unione Europea con un debito pubblico superiore al 100% del PIL. Questa situazione, che ridiscuteremo più avanti in relazione alla crisi economica, esclude comunque di poter effettuare manovre significative di aumento della spesa sanitaria.

Anzi, come abbiamo già detto, seppure sia meno costoso rispetto ad altri paesi dell'Unione Europea, il Sistema sanitario italiano sarà costantemente chiamato a sacrifici per concorrere a ridurre il deficit pubblico. Sacrifici minori, probabilmente, rispetto ad altri comparti, ma sempre sacrifici. Il secondo fattore – tensione sulle inefficienze – esprime una questione ormai posta in modo irreversibile all'attenzione pubblica, rappresentata dall'equità nella allocazione delle risorse fra le Regioni. E questa questione oggi si chiama, e si chiamerà sempre di più in futuro, federalismo sanitario. Anche se nessuno può dire oggi come ciò si realizzerà nei pros-

FIG. 1 Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (1990; 1995; 2000-2005)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Francia	6,4	7,2	7,5	7,6	7,9	8,6	8,7	8,9
Germania	6,5	8,3	8,2	8,3	8,4	8,5	8,1	8,2
Svezia	7,5	7,0	7,1	7,4	7,8	7,9	7,7	7,7
Austria	5,1	6,7	7,6	7,6	7,6	7,7	7,8	7,7
Regno Unito	5,0	5,8	5,9	6,2	6,4	6,7	6,9	7,2
Italia	6,1	5,1	5,8	6,1	6,2	6,2	6,6	6,8
Spagna	5,1	5,4	5,2	5,2	5,2	5,5	5,7	5,9

FIG. 2 Sprechi sanitari pro capite delle regioni italiane (2003-2004, valori in miliardi)

Regioni	Spesa pro capite effettiva ----- a	Spesa pro capite "giusta" ----- b	Sprechi pro capite assoluti ----- a-b	Sprechi pro capite percentuali ----- (a-b)/a
Friuli	1.531	1.541	- 10	- 0,7
Lombardia	1.461	1.462	- 1	- 0,1
Veneto	1.505	1.500	5	0,4
Emilia Romagna	1.604	1.524	80	5,0
Toscana	1.555	1.462	92	5,9
Umbria	1.530	1.348	182	11,9
Marche	1.445	1.261	184	12,8
Abruzzo	1.566	1.311	255	16,3
Liguria	1.707	1.390	316	18,5
Piemonte	1.557	1.262	295	19,0
Lazio	1.717	1.314	403	23,5
Basilicata	1.374	1.005	369	26,9
Molise	1.711	1.242	469	27,4
Puglia	1.352	971	381	28,2
Sardegna	1.488	1.031	457	30,7
Calabria	1.337	825	512	38,3
Sicilia	1.438	817	620	43,1
Campania	1.494	845	648	43,4

Da: L. Ricolfi – Profondo Rosso. Pag. 111

simi anni, il quadro generale sembra ormai chiaro.

Le risorse economiche per il Sistema sanitario italiano sono prodotte in misura maggiore nelle regioni in equilibrio finanziario del centro nord, e trasferite in parte alle Regioni in disavanzo del centro-sud.

Trasferite come ripianamento di deficit a piè di lista.

E' probabile che questo non avverrà più, e che tutte le Regioni riceveranno fondi calcolati sulla base di "costi standard". Oggi è aperto il dibattito se i costi standard saranno calcolati prendendo a riferimento le due Regioni più virtuose (Lombardia e Veneto) o

se ad esse si aggiungeranno la terza e quarta Regione nella scala della lista (Emilia – Romagna e Toscana). Ma è certo che questo calcolo comporterà minori finanziamenti abbastanza significativi (da 2 a 7 miliardi di Euro ?) per l'insieme delle Regioni in disavanzo. Gli effetti di questa manovra sarebbero attenuati dalla costituzione di un fondo di ripiano del deficit storico dalla durata di cinque anni (?) da ridursi del 20% all'anno. Si può facilmente immaginare cosa potrebbe comportare una simili manovra, ma è ben difficile pensare che si possa continuare all'infinito nella attuale situazione, che oggettivamente premia

il disavanzo e l'inefficienza.

Il terzo fattore – effetti della crisi economica – interferisce inevitabilmente sui primi due. Per quanto riguarda la spesa pubblica, le politiche di quasi tutti gli Stati occidentali, a partire dagli USA, stanno sviluppando numerosi interventi di sostegno alle imprese e ai consumi, stampando moneta e incrementando, conseguentemente, la spesa pubblica. Non sorprende che un Paese già indebitato come l'Italia abbia meno margini di altri.

Esso infatti deve fare una cosa (aiutare imprese e famiglie) e anche il suo contrario (ridurre il debito pubblico). Nella consapevolezza che appena si

uscirà dalla crisi, chi sarà più indebitato dovrà pagare un conto molto salato.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria, la riduzione dei ricavi fiscali, e in particolare dell'IVA, a cui stiamo assistendo in questi ultimi mesi, non può non ridurre il Fondo sanitario nazionale. Questo provocherà una accelerazione del federalismo fiscale con una riduzione brutale delle inefficienze? Oppure provocherà una riduzione di fatto delle prestazioni sanitarie più sensibile nelle Regioni "canaglia"? O una drastica riduzione dell'offerta tramite un taglio diffuso dei posti letto ospedalieri, accompagnata da dichiarazioni sul potenziamento dell'assistenza territoriale? O altro ancora?

E' impossibile oggi rispondere a queste domande. Possiamo solamente mettere a fuoco le criticità e pensare, almeno in teoria, a qualche possibile rimedio.

LE CRITICITÀ

In uno scenario pieno di dubbi, i rischi più significativi per il sistema sanitario ci sembrano rappresentati da:

- caduta delle prestazioni
 - caduta degli investimenti
 - caduta della qualità
 - perdita di opportunità
 - peggioramento delle retribuzioni.
- Se si realizzerà una riduzione delle risorse economiche per il Sistema sanitario il primo e più immediato effetto potrà essere rappresentato dalla riduzione delle prestazioni. Questo può avvenire o con l'allungamento delle liste d'attesa, o con l'uscita di prestazioni dai LEA, o con l'individuazione di modalità di erogazione disincentivanti o con una combinazione di tutte queste condizioni. Ovviamente questi fatti di solito non vengono annunciati o evidenziati, e i responsabili dei sistemi sanitari tendono a negarli, facilitati

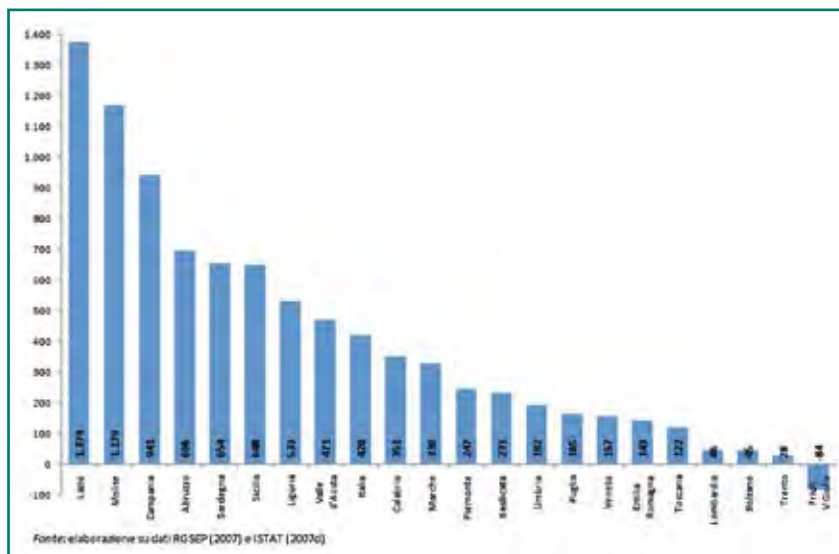


FIG. 3 Disavanzo sanitario pro capite cumulado (2001-2006)

dalla assenza o dalla insufficienza dei sistemi informativi, e dalla scarsa attenzione dei media.

Il secondo effetto, la caduta degli investimenti, è un'altra tipica modalità di risposta alla riduzione delle risorse. Risposta anch'essa poco visibile all'opinione pubblica, e con effetti negativi di rilievo crescente nel tempo.

Come esempio, può essere utile ricordare, con riferimento alla recente catastrofica crisi della compagnia di trasporto pubblico Alitalia che in realtà il vero tracollo si è determinato più di 10 anni fa, quando la Compagnia ha smesso di acquistare nuovi aeromobili rinunciando così a investire sul proprio futuro.

Riduzione delle prestazioni e riduzione degli investimenti determinano una riduzione complessiva della qualità del sistema.

Stante le forti disparità fra le Regioni italiane, questa situazione porterebbe fra l'altro ad un ulteriore incremento della mobilità interregionale dei pazienti. D'altra parte già oggi questo fenomeno, peculiare della realtà italiana, è già molto rilevante. E non è casuale che la mobilità attiva si orienti verso i sistemi sanitari delle Regioni con i conti economici

migliori (in prima posizione La Lombardia, seguita da Emilia Romagna, Toscana e Veneto).

Non trascurabile è inoltre l'effetto negativo di una riduzione dei flussi economici sulla capacità di sviluppo qualitativo del sistema sanitario. Malgrado la crisi, la scienza e la tecnologia sanitaria nel mondo continuano a svilupparsi, ma per seguire questo sviluppo e non perdere opportunità di sviluppo sanitario occorre un sistema dinamico e in espansione.

Bisogna cioè continuamente acquisire e utilizzare le nuove tecnologie diagnostiche terapeutiche, rinnovare gli ospedali, investire in ricerca sia di base che traslazionale. E tutto questo non può avvenire se il sistema sanitario non dispone di risorse per espandersi. Ultimo punto critico è rappresentato dalle risorse umane. Oggi i 7/800.000 addetti alla sanità in Italia non risentono della crisi, con la sola esclusione di quanti – una piccola minoranza – hanno un rapporto di lavoro a termine. Questa situazione è determinata dalla assenza di licenziamenti dovuti a crisi aziendali, e dalla stabilità del rapporto di lavoro e delle retribuzioni. Dubito che la crisi economica, sal-

vo sviluppi drammatici, possa modificare significativamente questa situazione, ed eventuali riduzioni del numero di addetti potranno con ogni probabilità derivare solo da azioni sul turnover. E' però aperto il rischio, a medio termine, di una perdita complessiva del potere d'acquisto delle retribuzioni, se si svilupperà una forte inflazione post-crisi, che potrebbe colpire soprattutto il rapporto di lavoro dipendente e, in generale, tutti i compensi non legati alla produttività. Apprendo anche nuovi scenari sul versante dell'azione sindacale.

POSSIBILI RIMEDI

Come abbiamo visto, nel sistema sanitario la crisi economica che stiamo vivendo si innesta su una situazione strutturale complessa, caratterizzata da fattori positivi, (il costo più che ragionevole della sanità in Italia) e fattori negativi (inefficienze).

Questa situazione, salvo eventi imprevedibili, si mostra come difficile ma non priva di opportunità.

La difficoltà è rappresentata dai vincoli generali, che tendono e tenderanno a comprimere le risorse disponibili.

Le opportunità sono, oggi, le aree di inefficienza. Proprio la loro dimensione così ampia, infatti, consente di pensare ad una grande manovra che riduca le inefficienze mantenendo le risorse così risparmiate all'interno del sistema sanitario, per finanziare la qualità e lo sviluppo. Si tratta, in altre parole, di attivare il risparmio riducendo fortemente gli sprechi, e utilizzare le risorse che si liberano per investire sullo sviluppo qualitativo del sistema sanitario.

Questa linea, di alta politica sanitaria, presuppone a mio giudizio alcune scelte organizzative ben precise. Per evitare affermazioni velleitarie, inevitabilmente frustrate

dai localismi e dagli innumerevoli interessi di parte interni al sistema sanitario, occorre realizzare almeno tre condizioni:

- a) applicare risolutamente il federalismo sanitario, esaltandone le componenti di solidarietà e di responsabilità. Solidarietà nel senso che tutti i bisogni sanitari della popolazione di ogni Regione devono trovare copertura in un finanziamento adeguato e garantito. Responsabilità nel senso che gli sprechi devono essere impediti, il loro ripianamento non deve più avvenire a spese delle Regioni virtuose, gli amministratori responsabili del deficit debbono essere definitivamente allontanati. Ma le risorse che si libereranno debbono restare all'interno del sistema sanitario, e finanziarne lo sviluppo sottraendolo alla morsa della crisi economica.
- b) premiare la qualità, applicando regole che valorizzino i sistemi sanitari regionali, le aziende sanitarie e ospedaliere e gli operatori migliori. Questo significa, in sintesi estrema, non porre limiti alla mobilità sanitaria e anzi esaltare la libertà di scelta del paziente, rilanciare con forza il pagamento a prestazione come strumento fondamentale di finanziamento per le attività ospedaliere e specialistiche, promuovere una virtuosa competizione fra erogatori costringendo pubblici e privati ad adeguarsi ai più rigorosi standard di qualità.
- c) aumentare gli investimenti tecnologici e strutturali, a partire dalla rete ospedaliera che in Italia ha un grado di obsolescenza elevatissimo.

CONCLUSIONI

La crisi economica globale potrebbe avere effetti negativi sul sistema sanitario italiano, riducendo le risorse

economiche di cui oggi dispone, risorse per altro inferiori rispetto a Paesi nell'Unione Europea a noi simili.

Questa possibilità negativa deve oggi confrontarsi con la peculiarità della distribuzione della spesa sanitaria in Italia, che vede importanti aree di inefficienza in non poche Regioni. Questa riserva di risorse che oggi rappresenta lo spreco della sanità italiana potrebbe però rappresentare un vantaggio inatteso. Se si svilupperanno politiche sanitarie adeguate, sarà infatti possibile riportare grandi quantità di denaro alla loro giusta finalità sanitaria. In questo modo, sarebbe possibile evitare una eventuale contrazione del Fondo Sanitario Nazionale dovuta alla riduzione del PIL senza produrre ulteriore disavanzo pubblico. Probabilmente il risparmio sarebbe anche in grado di finanziare lo sviluppo del sistema sanitario italiano, che ha bisogno di risorse per investire in strutture e tecnologie per migliorare la qualità.

BIBLIOGRAFIA

1. G. Pelissero (2008) - *Sostenibilità del Sistema Sanitario Italiano - Panorama della Sanità*. 21 : 22 - 31
2. E. Anesi Pessina, E. Cantù (2007) - *Rapporto OASI 2007 L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia - Egea Edizioni*
3. F. Spandonaro e Coll (2008) - *Rapporto CEIS - Sanità - Health Communication*
4. V. Atella (2007) - *Sanità: per una ripresa del processo di riforma - CER Centro Europa Ricerche*
5. L. Ricolfi (2008) - *Profondo Rosso - Guerini*

Etica economica nella gestione delle Aziende Sanitarie

Riassunto

L'autore definisce la piattaforma etica i cui aspetti fondamentali sono il principio della dignità umana, del bisogno e della solidarietà e del costo efficienza.

Sono ancora da considerare nella piattaforma etica il principio dell'equità, del beneficio, della domanda e dell'autonomia in relazione alla libera scelta del paziente.

In via generale "costituiscono condizioni eticamente inaccettabili a livello gestionale" stabilire criteri di priorità sulla base dell'età avanzata, della diversità della patologia, dello stato dello stile di vita, delle possibilità economiche e della posizione sociale.

Giuseppe Matarazzo

Direzione Sanitaria AORN A.Cardarelli

Il titolo della relazione individua quattro parole chiave:

- Etica
- Economia
- Gestione
- Azienda sanitaria.

A ciascuna di esse diamo un contenuto ed un significato tecnico specifico e di relazione.

ETICA

È una branca della filosofia pratica che esamina criticamente e giustifica razionalmente la validità morale delle azioni umane (Iandolo e Hanau 1992).

Indica i principi e le norme che guidano la vita di un popolo in una determinata epoca dando fisionomia ed identità all'attività dell'uomo in termini di significato dell'esistenza e di valore della vita (Renzulli L et al. 2002).

Sul piano pratico ed applicativo da identità alla MORALE intesa come il modo di comportarsi ed agire in un

determinato tempo ed in una realtà specifica. Se per morale si intende la vita morale, questa non è altro che la vita umana collocata alla luce delle norme etiche.

ECONOMIA

Le politiche, le istituzioni e i comportamenti di tipo economico considerano la produzione di beni e servizi destinati a soddisfare le esigenze umane attraverso i mezzi più efficaci e sfruttando le conoscenze tecniche del momento (OMS – Planning terminology pag.4).

In questo contesto si colloca l'etica economica, che rappresenta uno studio specialistico di ciò che è moralmente giusto o sbagliato in relazione alla considerazione e all'applicazione dei criteri morali ai sistemi produttivi in generale e quindi anche al sistema sanità e salute per l'uomo.

L'etica economica in sanità quindi studia come si applicano i criteri morali alla condotta degli individui che operano nelle organizzazioni sanitarie at-

traverso cui il sistema paese produce e distribuisce quel particolare contenuto di beni e servizi che definiscono il sistema salute e sanità.

GESTIONE

La gestione intesa come governo e monitoraggio dei processi produttivi implica la determinazione degli scopi e degli obiettivi ed un esame periodico dei programmi compiuti verso la loro realizzazione. Per venire ad una chiara definizione degli scopi facilita la predisposizione di un piano razionalizzato; verificare i progressi compiuti in rapporto a tali scopi induce a fare un esame continuo ed ad intervenire ove necessario (Conferenze on health information system. Copenhagen – Euro 4819 pag 38-39).

AZIENDA SANITARIA

Sul piano metodologico in economia aziendale il concetto di azienda è mutuato dal concetto cardine di "istituto" inteso come "un complesso di elementi e di fattori, di energie e di risorse personali e materiali, che presenta la caratteristica peculiare di essere orientato al conseguimento di un fine comune".

Nell'ambito delle categorie di istituti orientati verso il perseguimento di finalità non economiche, vanno collocate le organizzazioni sanitarie finalizzate a soddisfare il bisogno di salute manifestato nelle realtà e nei sistemi di governo nazionali, sulla base dei complessi ed interdipendenti bisogni da soddisfare.

L'Azienda sanitaria quindi rappresenta sul piano concettuale l'ordine eco-

**PAROLE CHIAVE:**

Etica, economia, gestione sanitaria

nomico di un istituto che programma e produce servizi sanitari destinati al consumo di una popolazione ed allo standard di qualità della vita compatibile con le risorse disponibili in una prospettiva di visualizzazione e valutazione degli aspetti economici connessi (Zanetti, 1990).

La ragione della caratterizzazione in senso economico dell'organizzazione sanitaria attraverso l'Istituto Aziendale trova la sua ragione nella realtà di una sanità che attraversa l'attuale fase storica in cui, a fronte di una domanda di assistenza e salute in costante crescita, l'offerta di servizi deve essere continuamente calibrata in relazione alla disponibilità economica.

Ne deriva la presenza di un mercato sanitario in cui i comportamenti in relazione alle finalità da perseguire si caratterizzano per la esistenza di una competizione-concorrenza tra aziende per cui occorre necessariamente stabilire dei principi e dei metodi di attuazione delle procedure che sul piano etico diano connotazione morale alle scelte, cioè alle priorità di destinazione delle risorse e quindi ai correlati risultati da conseguire.

LA PIATTAFORMA ETICA

Va, in primo luogo, richiamata l'attenzione su quali principi etici devono essere individuati e applicati nella scala dei valori che guidano l'assegnazione delle priorità nell'allocazione ed impiego delle risorse in campo sanitario.

Alcuni principi semplici e quindi di diffusa comprensione, come quello del fare il bene e del non fare il male, di

essere equi, di rispettare l'autonomia e l'integrità, esprimono significati di carattere troppo generico e estensivo e sul piano pratico si prestano a pluralità di interpretazioni.

In alcuni sistemi sanitari (inglese, svedese) sono stati formulati criteri di applicazione ai comportamenti di scelta delle priorità in sanità (Priorities in health care).

I principi fondamentali che costituiscono la piattaforma etica sono:

1. Il principio della dignità umana
2. Il principio del bisogno e della solidarietà
3. Il principio del costo/efficienza.

A) IL PRINCIPIO DELLA DIGNITA' UMANA

Si basa sull'affermazione che tutti gli esseri umani hanno uguale dignità e gli stessi diritti, indipendentemente da razza, sesso, religione, appartenenze politiche, posizione sociale nella comunità.

Non costituisce di per sé una condizione sufficiente di assegnazione delle priorità, in quanto in presenza di risorse contingentate, è evidente che non tutti i cittadini possono ricevere quanto stabilito in base ai loro diritti.

B) IL PRINCIPIO DEL BISOGNO E DELLA SOLIDARIETA'

Le risorse vanno impiegate nelle attività sanitarie che sul piano politico amministrativo sono considerate secondo una scala di priorità effettuata su una graduazione del rilievo dei bisogni da soddisfare.

Il principio della solidarietà consiste nel riconoscimento dei bisogni anche nei confronti di gruppi di popolazione che non sono in grado di esercitare i

loro diritti per particolari situazioni del loro status e che quindi presentano un affievolimento se non una perdita del diritto della dignità umana. È questo il caso dei migranti.

C) IL PRINCIPIO DEL COSTO EFFICIENZA

In caso di scelta tra tipi differenti di offerta o differenti interventi bisogna sempre perseguire l'obiettivo di un rapporto ragionevole ed equilibrato tra costi e risultati.

I risultati possono essere misurati in termini di miglioramento della salute o di miglioramento della qualità della vita.

La graduatoria di questi tre principi comporta il rilievo del principio della dignità umana su quello del bisogno e della solidarietà che a sua volta è preminente sul principio del costo/efficienza.

In questo contesto le malattie gravi e la diminuzione sostanziale della qualità della vita devono ricevere riconosciuta priorità rispetto alle malattie meno gravi, anche se la cura delle patologie gravi risulta più costosa.

Il principio del costo/efficienza non può giustificare l'interruzione o la diminuzione dell'assistenza erogata ai pazienti moribondi, agli ammalati gravi e cronici, agli anziani, ai pazienti affetti da demenza, agli handicappati gravi, e in genere a tutti quei soggetti per i quali l'assistenza non procura vantaggi misurabili secondo criteri economici.

Sono ancora da considerare nella piattaforma etica altri principi che concorrono nella loro coesistenza di valutazione alla definizione dei comportamenti morali e sanitari; vengono richiamati:

1) Il principio dell'equità

basato sulla correttezza della distribuzione delle risorse (giustizia distributiva) e/o sulla correttezza dell'applicazione delle procedure (giustizia delle procedure).

Vi sono tre possibilità di definire l'equità in sanità: eguaglianza in termini di salute, eguaglianza in termini di utilizzo della sanità, eguaglianza nell'accesso all'assistenza.

Nella maggior parte dei sistemi sanitari il bisogno, e non la domanda, costituisce la variabile di graduazione delle priorità, correlabile alla misura dell'equità.

Con il termine di equità orizzontale si fa normalmente riferimento ai bisogni che possono essere considerati uguali se espressi in relazione a qualche criterio, ad esempio il grado di severità della malattia.

Si parla invece di equità verticale in presenza della condizione di soddisfare bisogni diversi in modi diversi.

2) Il principio del beneficio

Le scelte devono cadere su ciò che arreca il massimo beneficio al maggior numero di persone.

Viene quindi rifiutata l'idea di mettere a disposizione risorse per aiutare molte persone con patologie non gravi invece di poche persone con patologie gravi, oppure persone in attività produttiva rispetto a persone anziane (criterio dell'utilità).

3) Il principio della domanda

Ciò che è maggiormente richiesto viene erogato. Di solito domanda e bisogno coincidono, in alcuni casi peraltro sussistono difficoltà di identificare e presentare i bisogni.

A volte l'assistenza viene richiesta per un bisogno irrilevante o per situazioni in cui l'assistenza sanitaria non costituisce la risposta più appropriata.

4) Il principio di autonomia in relazione alla libera scelta del paziente

Il paziente ha diritto a non ricevere un trattamento scientificamente non valido, e quindi diritto a ricevere le migliori cure possibili in relazione allo stato dell'organizzazione sanitaria

e delle scienze medico-biologiche. La piattaforma etica deve fare riferimento a valori oggettivi, comunemente accettati e discussi continuamente a tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria.

Valori etici chiari devono essere correlati in sanità a comportamenti morali a livello politico, amministrativo, clinico e nella relazione e comunicazione con il paziente.

L'ETICA ECONOMICA NEL SISTEMA DELLE AZIENDE SANITARIE

Richiamati, esaminati e discussi i principi fondamentali e i criteri che guidano i comportamenti morali delle azioni volte alla tutela della sanità e salute dell'uomo in consonanza con i dettami dell'etica, passiamo ora a considerare il quadro di riferimento delle aziende sanitarie nell'intento di prospettare ed illustrare le metodologie applicative secondo i gradi di libertà assegnati dal quadro legislativo.

È di tutta evidenza infatti che nelle aziende sanitarie viene praticata un'attività di governo che consiste nella capacità della Direzione Strategica di esprimere una visione di sviluppo, di indirizzare l'organizzazione verso obiettivi di salute utilizzando risorse strutturali, tecnologiche, umane finalizzate, non in un contesto di totale ed assoluta autonomia, ma in un mercato regolato da normative precise, sia Statali che Regionali.

Và ora qui sottolineato che la riforma al punto V° della Costituzione (L. Cost. 18 ottobre 2001 n° 3 Modifiche al titolo V° della parte seconda della Costituzione) ha comportato i seguenti effetti:

1. È competenza esclusiva dello Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, tra cui ricadono

i diritti alla sanità e salute. Questi diritti sono stati garantiti attraverso i "livelli essenziali di assistenza" (LEA) che costituiscono le prestazioni ed i servizi che il SSN è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. I LEA sono stati definiti con il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" entrato in vigore il 23 febbraio 2002 e presentano l'articolazione nei tre settori della prevenzione collettiva e sanità pubblica; assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera. Oltre alle prestazioni incluse nei LEA, è previsto che le singole Regioni possono stabilire prestazioni da erogare con stanziamenti autonomi. Attualmente le prestazioni previste dai LEA sono in corso di revisione e di aggiornamento da parte del ministero della Salute.

2. La potestà legislativa delle Regioni risulta in sanità concorrente con quella dello Stato ed esclusiva residuale, sicchè siamo in presenza di una accentuazione delle competenze regionali in tema di

- programmazione in senso lato, quindi anche economico
- indirizzo e controllo
- gestione

con una responsabilizzazione finanziaria che comporta potestà impositiva di tasse, con uno strumento di governo che è costituito dal piano sanitario regionale da applicare attraverso il servizio sanitario regionale, che sul piano operativo agisce attraverso le aziende sanitarie, con il vincolo di una omogeneità aziendale nella stessa regione.

In questo contesto sono stati sviluppati differenti modelli organizzativi regionali di gestione delle Aziende, che, in ogni regione, sono tenute ad attuare i principi ed i criteri della normativa regionale, espressi attraverso l'atto aziendale

da formulare secondo specifici criteri di indirizzo.

L'etica economica quindi per ogni singola azienda consiste innanzitutto nella specifica applicazione delle direttive regionali, calibrando gli assetti interni in strutture e tecnologie secondo le risorse assegnate, governando i flussi di produzione e di impiego e impegno delle risorse, secondo gli standard della valutazione economica da applicare con un monitoraggio continuo delle metodologie di analisi economica (analisi costo efficacia, costo utilità, costo beneficio).

Lo strumento del controllo di gestione costituisce il mezzo di intervento attraverso il quale è possibile valutare l'aderenza dei risultati ai criteri di piano, con opportunità e possibilità di intervento in caso di scostamenti.

In questo contesto l'autonomia aziendale ai fini gestionali risulta dovutamente riferita per le singole aziende al sistema regionale in cui operano, sicché, ad esempio come nel caso delle ASL, se la stessa azienda produce servizi e vende servizi a se stessa (come nel caso di aziende che non hanno ospedali incorporati) questo è etico se la normativa regionale stabilisce questa realtà organizzativa, anche se per altre regioni questa gestione non è considerata etica.

In ogni caso ed in via generale costituiscono condizioni eticamente inaccettabili a livello gestionale stabilire criteri di priorità sulla base:

- Dell'età avanzata: il principio della dignità umana stabilisce che ciascuno deve ricevere l'assistenza di cui ha bisogno da cui si attende dei benefici. Quindi una scarsa considerazione nella destinazione delle risorse per le patologie della vecchiaia (Residenze sanitarie, specie per non autosufficienti); o la scelta di tecnologie (es. pace-maker) che tengano conto della probabilità di vita residua, sono eticamente da condannare.

- Della diversità della patologia, come nel caso delle malattie rare e in quanto tali, di notevole rilievo ai fini dell'assorbimento delle risorse. Se infatti la valutazione clinica evidenzia che le cure mediche sono appropriate, esse devono essere fornite in modo completo.

- Dello stato dello stile di vita, che quando negativo non può essere preso in considerazione in relazione al tipo di assistenza da erogare, anche se sul piano del metodo il servizio sanitario ha facoltà di chiedere impegni di comportamento quando ciò sia essenziale per l'erogazione di prestazioni appropriate ed efficaci.

- Delle possibilità economiche, per cui la "ricchezza" del paziente può influenzare i periodi di attesa e la qualità dell'assistenza sanitaria. In ogni caso nelle moderne democrazie difficilmente può essere impedito che i cittadini ricerchino l'assistenza sanitaria, in particolare se implica costi rilevanti o poco giustificabili, a proprie spese. I sistemi di assicurazione privata dell'evento malattia incoraggiano queste scelte.

- Della posizione sociale, per cui si è in presenza di status che orientano percorsi differenziati, in contrasto con i principi di equità, uguaglianza, dignità. Quindi specie verso la poliarticolata popolazione dei migranti va riservata ogni dovuta attenzione al fine di non impedire o limitare l'accesso alle cure.

In molti di questi contesti, che presentano situazioni in continuo divenire di condizioni umane e sociali, le normative esistenti non risultano, per la loro mancanza di evoluzione, adeguate per soddisfare la domanda e quindi le scelte sul piano etico appartengono alla residua autonomia di intervento delle aziende che sono sollecitate dalla domanda che in questi ed altri campi di volta in volta si presenta per

programmare e dare risposte di assistenza correlate al bisogno.

Queste evidenze risultano particolarmente prioritarie specie nella cura delle malattie acute che minacciano la vita, ma vanno studiate ed affrontate anche in presenza di necessità di cure per motivi diversi dalle malattie o lesioni (es. cambiamento di sesso), oppure nel caso di cure che non portano benefici documentati, che sono contrari al principio costo efficienza (es. cura Di Bella per i tumori).

Concludiamo col dire che l'etica economica a livello di gestione aziendale raggiunge il suo standard di valori in un sistema di governo, quando gli attori di ogni qualifica improntano i loro comportamenti alla più ampia considerazione delle loro competenze professionali nei confronti del rispetto della centralità del paziente – utente e quando la normativa di quadro e quella di regolamentazione sul piano attuativo risultano coordinate e convergenti sugli stessi obiettivi etici.

BIBLIOGRAFIA

1. Renzulli L. "Istituzioni e Direzione in Sanità" *Tecnica ospedaliera* n. 7 p. 50, 2004; n. 8 p. 80, 2004; n. 9 p. 88, 2004; n. 10 p. 72, 2004
2. Teseleanu G. – Renzulli L. "Etica Salute Economia"
3. *Biblioteca Nazionale di Romania ISBS 973 – 8260 – 37 – X*
4. Zanetti M. et Al. "Il medico e il management" *Accademia Nazionale di Medicina*, 1996
5. C. Iandolo, C. Hanau "Etica ed economia nella "Azienda" Sanità" *Franco Angeli* 1992



PAROLE CHIAVE:
Etica, responsabilità

per l'Europa: la responsabilità del provider"; mi sono dovuto ricredere perché questo aspetto, ad esempio, non era mai stato trattato. A ulteriore supporto potrei citare la responsabilità di chi gestisce la pubblicità, basti pensare ai famosi manifesti di Oliviero Toscani e al dibattito che si è acceso sulla responsabilità dell'artista per gli effetti che le immagini proposte potevano aver prodotto nella popolazione.

Ecco perché ho ritenuto che una trattazione in chiave antropologica possa trovare una giusta collocazione tra le relazioni di questo Seminario e offrire qualche spunto di riflessione.

Sul tema della responsabilità sono stati versati fiumi di inchiostro ma, leggendo gli scritti di due autori famosi il sociologo tedesco Max Weber morto nel 1920 ed il filosofo tedesco di origine ebraica Hans Jonas morto nel 1993, ho tratto alcuni spunti di riflessione che porto alla vostra attenzione e che, a me sembra, rispondano meglio all'impostazione che ho prima enunciato.

Cominciamo da Max Weber il quale, ad esempio, ha introdotto, per illustrare il suo teorema, il concetto della distinzione tra "etica della responsabilità" ed "etica della convinzione".

L'etica della responsabilità si basa sulla valutazione delle conseguenze delle nostre scelte e delle nostre condotte.

L'etica della convinzione, si basa invece sui principi che valgono di per sé, indipendentemente dalle

conseguenze. Secondo Weber solo l'etica della responsabilità potrà essere un'etica veramente politica, intesa nella sua accezione più nobile, mentre quella della convinzione che guarda ai principi puri, assoluti, senza preoccuparsi delle conseguenze, sarà impolitica.

L'etica di un uomo che vive nella "polis" non potrà che essere un'etica responsabile in quanto deve tener conto di quali saranno le conseguenze, gli effetti di ciò che si fa, del proprio operato.

Per l'etica della convinzione il bene scaturisce solo dal bene mentre per l'etica della responsabilità il bene può derivare anche dal male, da un cattivo metodo.

Chi segue l'etica della responsabilità assume come massima: "queste conseguenze saranno imputate al mio operato". Torniamo al concetto espresso prima: responsabile è la persona che, in quanto consapevole del proprio agire, diviene suscettibile di giudizio o di sanzione.

L'etica della responsabilità implica comunque, secondo Weber, un'etica della convinzione ma non viceversa.

La vera etica della responsabilità è quella in cui le convinzioni vengono commisurate ai mezzi, l'etica della convinzione è invece unilaterale.

Gli stati moderni governati dalla democrazia si fondano proprio sul teorema dell'etica della responsabilità e della convinzione.

Infatti un sistema socio-politico che funziona bene non potrà che basarsi su una diffusa moralità

che riesca a conformare l'aspetto legalitario e quello partecipativo di coloro che debbono vivere insieme cercando di realizzare il soddisfacimento del "bene comune". L'attualità di questi concetti è sotto gli occhi di tutti noi soprattutto perché vengono così sistematicamente disattesi da coloro che dovrebbero invece applicarli.

Le regole del convivere sociale si basano infatti, dice sempre Weber, essenzialmente su due fondamenti: il principio di legalità e quello di responsabilità.

Le grandi tragedie che hanno colpito, anche recentemente l'umanità, sono una conseguenza del mancato rispetto di queste regole e di questi principi.

La democrazia riesce a garantire contestualmente lo "stato di diritto" e la "democrazia rappresentativa" e quindi a salvaguardare la libertà fondamentale dell'uomo-cittadino nel rispetto della volontà politica generale. Se tra gli uomini non è diffuso e radicato il principio di responsabilità non potrà esserci libertà.

La differenza tra i totalitarismi e la democrazia si fonda proprio sul fatto che nel primo l'etica della responsabilità è prerogativa di uno o di pochi, nell'altro della collettività.

Da queste considerazioni scaturisce il concetto che l'etica della responsabilità è alla base del liberalismo e della democrazia. Quando questa viene a mancare il rischio di involuzione è fortemente presente.

Questi concetti possono naturalmente trovare applicazione anche quando ci troviamo ad affrontare quelle tematiche di ordine medico alle quali facevo riferimento prima.

Pensiamo per un attimo cosa potrebbe succedere se la scienza nel momento in cui affronta il tema

dell'ingegneria genetica non fosse guidata dall'etica della responsabilità.

Anche il filosofo Hans Jonas, morto nel 1993, si è imposto all'attenzione degli studiosi oltre che per le sue ricerche storiche in campo religioso soprattutto per i suoi saggi sull'"etica della responsabilità". Jonas si è interessato a questo problema perché l'uomo aveva cominciato ad avere effetti attivi sul mondo fisico attraverso l'uso delle tecnologie ed allora l'etica era diventata parte integrante della responsabilità umana nei confronti del mondo circostante.

Le sue considerazioni scaturivano da un principio di origine morale atto a garantire la preservazione della natura e l'etica della collettività in una società moderna che doveva affrontare le gigantesche incognite che potevano derivare dagli effetti della tecnologia.

Apro una breve parentesi, oggi si tenta talvolta di sostituire questo principio della responsabilità con quello della precauzione "la limitazione piuttosto che la crescita". Questo principio ha oggi valenza legale e viene spesso invocato dai comitati etici, dai Parlamenti e dalle commissioni scientifiche. Trattasi di un perfetto alibi per chi mira al controllo della ricerca se pensiamo che questo principio può essere applicato tutte le volte che la valutazione scientifica ed obiettiva non è in grado di determinare il rischio con sufficiente certezza.

Ma torniamo a noi.

Il principio della responsabilità, secondo Jonas, deve guidarci come fosse la stella polare nelle scelte e nelle condotte in un mondo in cui è sempre più rilevante l'insieme degli effetti imputabili alla crescita delle conoscenze scientifiche e dell'innovazione tecnologica.

Pertanto se accettiamo questo concetto di responsabilità dobbia-

mo essere disposti a confrontare diversi criteri di valutazione etica delle conseguenze.

Jonas ci chiede anche di estendere la valutazione alle conseguenze di lungo termine delle nostre azioni tenendo conto che, come ha scritto John Passmore "all'aumento dei nostri poteri causali, deve corrispondere l'aumento delle nostre responsabilità morali".

A dimostrazione della grande attualità di questo concetto vi segnalò l'espresso richiamo che fece qualche anno l'allora Capo dello Stato Carlo Azeglio Ciampi "il servitore dello Stato ha il compito di pensare agli effetti nel lungo periodo delle proprie azioni, a come verranno tradotte in pratica, a come potranno essere utilizzate dai Governi e dalle generazioni che succederanno ai governi presenti".

In sostanza possiamo attribuire un peso importante alla valutazione delle conseguenze in termini di utilità sociale o benessere collettivo o di equità sociale o ancora in termini di diritti individuali. Se accettiamo questa considerazione possiamo riconoscere che un ingrediente importante di una cultura etica della responsabilità è costituito dal pluralismo dei valori.

La grande attualità del pensiero di Jonas risiede nell'aver individuato le ripercussioni dell'esagerato sviluppo tecnologico sia sulla nostra condizione umana sia sull'ambiente.

Ecco allora l'importanza che si deve dare al principio dell'etica della responsabilità con particolare riguardo alle diverse istanze culturali e soprattutto con lo sguardo rivolto alle generazioni future.

Jonas pone l'accento sul fatto che l'uomo non è responsabile solo verso se stesso ma anche verso gli altri suoi simili intesi in senso

globale, indistintamente, ossia di qualsiasi razza, sesso, religione. In tale prospettiva si richiede all'uomo di esercitare un definito impegno etico-morale che si traduce nel rispetto del valore e della dignità degli altri.

Certo che questo concetto non può e non deve significare per l'individuo perdere la propria identità e differenza, ma solo attuare, costruire relazioni interumane dove la differenza è assunta quale principio regolatore per realizzare l'unità e l'unione nel rispetto delle diversità.

L'etica della responsabilità non potrà che essere alla base di tale comportamento per tutti quegli uomini che in questo credono.

Dice sempre Jonas che nessuno può esimersi dall'essere partecipe di quello che è il compito della responsabilità nei confronti di se stesso, degli altri, dell'umanità.

Un tale compito richiede un forte impegno etico che si può edificare solo se l'uomo si pone con la totalità di se stesso di fronte al bene. Questo bene è il sentimento e la concreta assunzione di responsabilità che dobbiamo provare per coloro che ci sono affidati e la cui sorte dipende dalla nostra azione in vista della loro conservazione e protezione.

La responsabilità, letta in questa chiave antropologica, esige pertanto una continuità in quanto essa non si ferma in un determinato contesto o periodo storico.

Termino con una riflessione che mi sembra possa compendiare tutto quanto ho detto fin qui "per tutelare l'uomo garantendogli sviluppo, integrità, benessere e felicità è necessario avere acquisito, nelle proprie azioni, il coraggio della responsabilità".

Sviluppo sostenibile e Sanità. Modello applicativo

Riassunto

L'Azienda USL di Cesena, su indirizzo e coordinamento dell'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna, ha intrapreso alcune azioni volte a ridurre l'impatto ambientale della propria organizzazione: gli interventi descritti sono di tipo gestionale e formativo. Il lavoro svolto ha prodotto un miglioramento del grado di applicazione delle disposizioni normative, una riduzione dei rifiuti sanitari a rischio infettivo (-30% dal 2004 al 2008) ed una maggiore sensibilizzazione del personale sui temi ambientali. L'obiettivo è quello di promuovere e inserire concretamente lo sviluppo sostenibile all'interno nell'organizzazione.

A. Venturi Casadei*, **M. Minghetti***, **Davide Sgarzi****

* Azienda USL di Cesena, Direzione Medica di Presidio

** Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna

INTRODUZIONE

Consapevole dell'importanza di attuare una politica ambientale volta a minimizzare gli impatti causati dalla propria organizzazione, l'Azienda USL di Cesena ha aderito alle iniziative promosse e coordinate dall'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna.

L'intervento descrive le principali azioni messe in campo ed i risultati ottenuti dall'Azienda sanitaria nell'ambito di questo percorso, iniziato con la gestione dei rifiuti e che oggi affronta il tema nel suo complesso con il programma "Il Sistema Sanitario Regionale per uno sviluppo sostenibile".

MATERIALI E METODI

Nel 2002, l'Azienda partecipa al Gruppo Regionale Rifiuti e alla stesura delle Linee Guida per la gestione dei rifiuti sanitari (1).

Nel 2004, la Direzione Medica di Presidio avvia un progetto di miglioramento della gestione dei rifiuti sanitari, nato dall'esigenza di verificare il grado di conformità alle disposizioni normative (D.Lgs. 22/97, DPR 254/03) e alle Linee guida della Regione Emilia-Romagna, nonché di interpretare l'aumento di produzione dei rifiuti a rischio infettivo verificatosi negli ultimi cinque anni (+20% dal 1998 al 2003). Il progetto si articola nelle fasi seguenti:

- analisi dello stato dell'arte (esame dei dati quantitativi, controllo della documentazione in particolare formulari e registri, osservazione delle modalità di separazione dei rifiuti nelle Unità Operative (UU.OO.), interviste agli operatori);
- individuazione delle criticità principali (mancanza di una procedura specifica, mancanza di formazione al personale, mancanza di alcune tipologie di contenitori);

- risoluzione delle criticità (elaborazione di una procedura aziendale, organizzazione di corsi di formazione, acquisto e posizionamento di contenitori idonei);
- controlli sul grado di applicazione della procedura e monitoraggio dei dati di produzione. Ottenuti i primi risultati significativi, il progetto entra a far parte dell'organizzazione aziendale che prevede ogni anno:
 - corsi di formazione rivolti a tutte le figure sanitarie: il coinvolgimento dal 2004 al 2008 riguarda circa il 50% degli operatori;
 - controlli qualitativi nelle UU.OO. e dei servizi in appalto svolti principalmente in concomitanza con le verifiche effettuate per l'appalto pulizie mediante la compilazione di una checklist. Nel 2008, il modulo di registrazione viene perfezionato nell'ambito di una tesi di laurea che implementa un sistema di audit in grado di esprimere una valutazione semiquantitativa degli aspetti esaminati al fine di predisporre un programma di miglioramento, rivolto sia agli operatori sia alle ditte in appalto,
 - monitoraggio trimestrale della produzione, con un livello di dettaglio per sede: per migliorare l'efficienza della raccolta ed elaborazione degli stessi, viene creata una corrispondenza tra i fattori produttivi relativi ai costi di gestione di tutte le tipologie di rifiuti prodotti in Azienda, e l'aggregazione dei dati richiesta annualmente dalla Regione.

**PAROLE CHIAVE:**

Sviluppo sostenibile, rifiuti sanitari, impatto ambientale

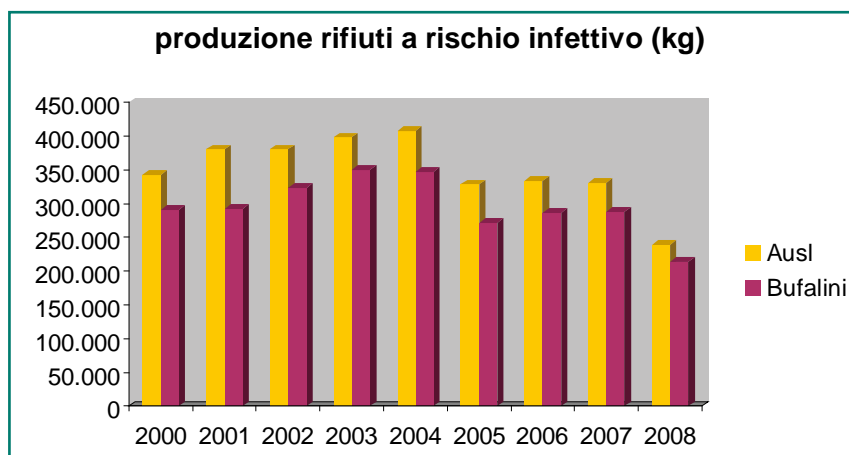


Figura 1: andamento della produzione dei rifiuti a rischio infettivo all'Ausl di Cesena e nell'ospedale Bufalini

Nel 2007, l'Azienda inserisce all'interno del Bilancio di Missione una descrizione dei principali impatti ambientali (consumo di combustibili fossili, acqua e produzione rifiuti) derivanti dalla propria organizzazione. Nello stesso anno la Regione Emilia-Romagna attiva il programma "Il sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile", a cui l'Azienda aderisce partecipando in primo luogo ai Gruppi Tecnici costituiti:

- Gruppo Regionale Energia, a cui partecipa l'Energy Manager dell'Azienda USL, figura individuata ai sensi della legge 10/91;
 - Gruppo Regionale Gestione Ambientale, a cui partecipano, per la DMP, un medico e un esperto in Scienze Ambientali.
- Per il perseguimento degli obiettivi di Programmazione, l'Azienda sviluppa diverse azioni in campo energetico ed ambientale, tra cui

si segnala la costituzione nel 2007 del Gruppo "Campagna Informativa per il Risparmio Energetico" il cui obiettivo è sensibilizzare i dipendenti sull'uso razionale delle risorse e che opera nell'ambito della campagna regionale "Io spengo lo spreco". Il gruppo, coordinato dall'U.O. Pubbliche Relazioni e Comunicazione, è composto da rappresentanti delle seguenti articolazioni aziendali: U.O. Tecnico Patrimoniale (Energy Manager), U.O. Direzione Medica di Presidio, U.O. Qualità e Accreditamento, U.O. Programmazione e Controllo Aziendale. Il gruppo realizza interventi di comunicazione per agire sui comportamenti individuali:

- messa a punto di un "vademecum del risparmio energetico e della tutela ambientale", diffuso a tutti i dipendenti
- gestione di una casella di posta elettronica per suggerimenti e segnalazioni

- organizzazione di specifici corsi di formazione
- adesione annualmente alla campagna di Caterpillar "M'illumino di meno", con varie iniziative tra cui nel 2009 la promozione del concorso "Accendi un'idea per diminuire gli sprechi".

Nel 2008, l'Azienda partecipa all'aggiornamento delle Linee Guida regionali per la gestione dei rifiuti e degli scarichi idrici nelle aziende sanitarie, portando l'esperienza maturata nei cinque anni di applicazione della prima edizione delle linee guida e della DGR 1360/2006 che le ha recepite.

Nel secondo semestre 2008, su indirizzo dell'Assessorato alle politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna si realizza un passaggio organizzativo importante per migliorare la gestione di tematiche ambientali che hanno carattere trasversale ed interessano articolazioni aziendali differenti: l'istituzione del Gruppo Gestione Ambientale, coordinato dalla Direzione Medica di Presidio e composto da rappresentanti delle seguenti strutture aziendali: DMPO, U.O. Tecnico Patrimoniale, U.O. Acquisti e Logistica, Servizio di Prevenzione e Protezione.

Il gruppo, che può essere integrato con professionisti appartenenti ad altre articolazioni in funzione della specificità dei temi trattati (es. Fisica Sanitaria per i rifiuti radioattivi), si pone l'obiettivo di affrontare le problematiche ambientali con un approccio sistemico e non solo specialistico, tenendo conto di tutti i numerosi fattori che intervengono e interagiscono tra di loro.

RISULTATI

Nell'ambito della gestione dei rifiuti sanitari, si è ottenuto

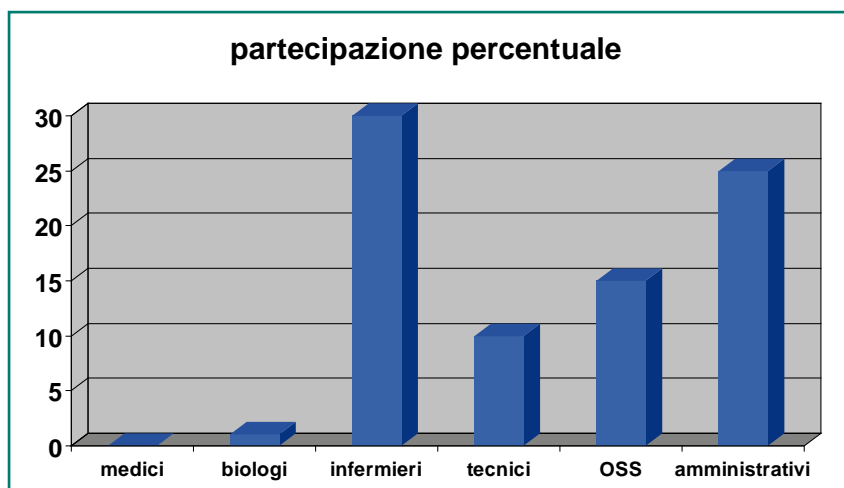


Figura 2: partecipazione percentuale dei dipendenti alle prime due edizioni del corso riguardante il risparmio energetico e la tutela ambientale

- un miglioramento del grado di applicazione delle disposizioni normative e Linee guida della Regione, sia a livello sanitario (es. separazione rifiuti) sia a livello amministrativo (es. compilazione registri di carico e scarico);
- una diminuzione della produzione di rifiuti a rischio infettivo e del relativo costo sostenuto per smaltirli (- 30%);
- maggiore sensibilizzazione del personale al tema “rifiuti”.

Questo progetto ha ricevuto il premio Best Practice, sezione rifiuti, nell’ambito della manifestazione Internazionale CleanMed Europe, tenutasi a Stoccolma nel maggio 2006.

La figura 1 mostra l’andamento della produzione dei rifiuti a rischio infettivo dal 2003 ad oggi. A distanza di un anno dall’inizio del progetto (2004) si registra un calo del 20%, il dato si mantiene sostanzialmente stabile nei due anni successivi. Nel 2008 la quantità prodotta diminuisce ulteriormente (-28%) di cui solo il 15% è attribuibile alla sostituzione dei contenitori monouso con un modello riutilizzabile, segno

che lo strumento della formazione mantiene la sua validità anche a distanza di anni. Il risultato raggiunto ha permesso di risparmiare risorse (il costo complessivo di smaltimento di questi rifiuti è di circa 1,45 €/Kg) che possono essere utilmente impiegate per azioni di miglioramento degli impatti ambientali dell’Azienda.

Il grafico mette in evidenza la produzione del maggiore ospedale dell’Azienda, che rappresenta oltre l’85% della produzione totale: la formazione ha coinvolto prima i dipendenti del presidio Bufalini e successivamente è stata estesa a tutta l’Azienda, nel 2008 è visibile l’effetto di una riduzione anche a livello territoriale e degli altri presidi.

Riguardo la partecipazione agli eventi formativi, l’attenzione generale sull’argomento è alta: i dipendenti manifestano apprezzamento ed interesse intervenendo numerosi e scrivendo proposte e suggerimenti anche per ridurre gli sprechi all’interno dell’Azienda. Il grafico in figura 2 seguente mostra la partecipazione, espressa in percentuale, delle diverse figure professionali al corso riguardante

il risparmio energetico e la tutela ambientale, si evidenzia una scarsa partecipazione da parte del personale medico dirigente, come del resto accade per i corsi sulla gestione dei rifiuti sanitari.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Le organizzazioni che promuovono la salute pubblica devono essere in prima linea nell’avviare internamente e promuovere all’esterno processi di miglioramento ambientale, estendendo il principio guida della prevenzione dal settore prettamente sanitario a quello ambientale, con conseguente vantaggio in termini di riduzione dei costi di gestione, di risparmio energetico, di recupero di risorse e diminuzione degli sprechi e, in definitiva, di salvaguardia della salute, se tuteliamo l’ambiente in cui viviamo. Il percorso è indubbiamente lungo e, per ottenere risultati significativi, è necessario il coinvolgimento di tutti i livelli organizzativi e di tutte le figure professionali.

BIBLIOGRAFIA

“Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti dalle Aziende sanitarie dell’Emilia-Romagna”, Dossier 77-2003, Agenzia Sanitaria Regionale

Progresso medico scientifico ed etica

Riassunto

Nell'ultimo ventennio, ai rapidi sviluppi della scienza medica hanno spesso fatto seguito lunghe ed accese discussioni a livello tecnico, con un forte coinvolgimento dell'opinione pubblica.

Gli esperti concordano sul fatto che in ambito socio-sanitario, a prescindere dalle varie ideologie, una buona ricerca biomedica, epidemiologica e organizzativa non potrà prescindere dalla validità scientifica e, quindi, dalla metodologia adottata, dal valore morale, da un'adeguata valutazione del rapporto rischi - benefici, dal consenso informato, da criteri di equità nella selezione dei soggetti e, non per ultimo, dalla valutazione preliminare di un comitato etico.

Le Dichiarazioni di Helsinki del 1964, successivamente più volte emendate dall'Assemblea Mondiale Medica, rappresentano il principale punto di riferimento per una ricerca medica corretta in termini scientifici ed ammissibile da un punto di vista etico, nel rispetto della libertà e della dignità umana.

Nel dicembre 2006, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha approvato il VIII del Codice deontologico dei medici italiani, adeguandolo alle nuove esigenze presenti e future.

Riguardo la contrapposizione di ideologie, l'autore condivide il pensiero di Palmaro (6) che non dovrebbero esistere divergenze tra "etiche laiche" ed "etiche religiose", in quanto nella cultura europea, sviluppatasi nei secoli, la morale dovrebbe essere una sola.

Karl Kob

Membro Consiglio Direttivo e Segreteria scientifica A.N.M.D.O.

Membro Commissione Nazionale Ricerca Sanitaria Ministero della Salute

INTRODUZIONE

Mai in passato la storia ha vissuto una così rapida evoluzione della scienza biologica e biomedica come nell'ultimo ventennio. Spesso le scoperte più innovative e clamorose sono anticipate al mondo dai grandi mezzi di comunicazione e solo successivamente sono confermate o smentite dalle riviste scientifiche specializzate.

Data la rapidità dello sviluppo e dell'innovazione in campo medico scientifico, talvolta manca il tempo per poter sufficientemente riflettere da un punto di vista etico e filosofico. La nostra società, sempre più complessa ed eterogenea, non riesce a raggiungere con altrettanta rapidità un consenso su temi a forte impatto morale ed etico. Di conseguenza, anche l'iter legislativo è tutt'altro che rapido ed il susseguirsi di cambiamenti politici ritarda ulteriormente l'emanazione di norme.

I lunghi tempi di vuoto normativo possono creare situazioni caotiche, difficilmente controllabili. (Tab.1)

Progressi della scienza medica e problemi etici

- Rapida evoluzione della scienza biologica e biomedica
- Mezzi di comunicazione (mass media, internet)
- Riflessioni di ordine etico, filosofico, giuridico
- Iter legislativo molto lungo (idee contrastanti, cambiamenti scenario politico....)
- Tempi lunghi di vuoto normativo causano speculazioni, situazioni incontrollabili

Tabella 1

Progressi della scienza medicina e problemi etici

- Clonazione
- Ingegneria genetica
- Cellule staminali embrionali
- Accanimento terapeutico
- Eutanasia
- Sangue cordone ombelicale, raccolta autologa
- Xenotrapianto
- Procreazione assistita

Tabella 2

**PAROLE CHIAVE:**

Progresso medico scientifico, principi etici, ricerca medica, Dichiarazione di Helsinki, Commissione Nazionale di Bioetica

Quasi giornalmente i mass-media riportano notizie clamorose e promettenti, ma talvolta anche allarmanti, su grandi tematiche a forte impatto etico, quali la clonazione, l'ingegneria genetica, la procreazione assistita, lo xenotrapianto, l'accanimento terapeutico, l'eutanasia. (Tab.2)

È legittima la preoccupazione che, in mancanza di rapidi interventi legislativi sugli sviluppi e sul controllo della scienza medica, l'Uomo possa trasformarsi da protagonista ad oggetto di manipolazione, sperimentazione incontrollata, trasformazione della sua intima natura. Per quanto concerne, infine, il delicato problema del conflitto d'interessi nel campo della ricerca biomedica, si rimanda alla lettura del documento approvato dalla Commissione di Bioetica nella seduta dell'8 giugno 2006 (4).

RIVOLUZIONE SCIENTIFICA E BIOETICA

Dopo la scoperta della struttura molecolare del DNA, nel mondo scientifico è nata la consapevolezza

che ciò poteva offrire alla comunità nuove prospettive nella diagnosi e cura di malattie gravemente invalidanti ed a prognosi infausta, ma che nello stesso tempo l'applicazione delle nuove conoscenze andava controllata (4, 8, 9).

Quando, infatti, nel 1997 nacque Dolly, la prima pecora clonata, il mondo scientifico e l'opinione pubblica sapevano che la scienza possedeva ora gli strumenti per fare altrettanto sull'uomo. Ciò ha creato non poche ansie e preoccupazioni ai vari livelli. (Tab.3)

LA BIOETICA, VISIONE ECOLOGICA E "PONTE VERSO IL FUTURO"

Nel 1971, nel suo libro intitolato "Bioethics: Bridge to the Future?" (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1971) l'oncologo americano Van Rensselaer Potter, di fronte ai rapidi progressi della scienza, si pone la domanda se "l'uomo è diventato per la terra vivente ciò che il cancro è per l'Uomo" (2). Nasce così la bioetica,

basata su riflessioni problematiche in chiave ecologica della vita, in quanto attraverso la tecnica la biologia poteva mutare il terreno su cui si esplicita l'azione dell'Uomo. Già allora Potter aveva intuito che la sopravvivenza della vita sulla terra sarebbe stata garantita solamente attraverso la creazione di "un ponte verso il futuro" tra cultura scientifica ed umanistica. Da allora, nei vari Paesi si sono formati numerosi centri ed organismi di bioetica nonché specifici gruppi di studio, che attraverso libri, riviste specializzate e pagine web, hanno reso pubblico il proprio pensiero su tematiche complesse (8,9). Nascono e si diffondono, con il tempo, ideologie rispettivamente "laiche" e "religiose" che non di rado entrano in contrapposizione tra di loro. A tale riguardo, Mario Alessandro Cattaneo, Ordinario di Filosofia del Diritto presso l'Università degli Studi di Milano (7), ritiene che ai sostenitori dell'idea "che la legislazione in ambito biomedico deve lasciare al ricercatore la più ampia sfera di decisioni autonome compatibili con l'interesse della collettività", vada contrapposta la tesi che il legislatore debba invece "tutelare la libertà e la dignità degli esseri umani che sono o che possono essere oggetto di sperimentazioni genetiche a vari livelli della loro vita o possibilità di vita; siano essi malati gravi, embrioni, esseri umani non ancora concepiti..." (Tab.4) Verso la seconda metà degli

Rivoluzione scientifica e bioetica

- nuove prospettive/ attese/ speranze nella diagnosi e cura di malattie gravemente invalidanti e, finora, a prognosi severa, ma, crescente esigenza di
- controllo sull'applicazione delle nuove scienze

Tabella 3

Idee etiche contrastanti

- "La legislazione in ambito biomedico deve lasciare al ricercatore la più ampia sfera di decisioni autonome, compatibile con l'interesse della collettività",
- versus
- "a legislazione deve tutelare la libertà e la dignità degli esseri umani...; siano essi malati gravi, embrioni, esseri umani non ancora concepiti"

[Mario Alessandro Cattaneo (7)]

Tabella 4

anni '80, in Italia nasce la consapevolezza che a livello nazionale doveva essere creato uno specifico organismo chiamato ad esprimere autorevoli pareri su questioni di particolare rilevanza etica. Ed ecco che nel 1990 viene istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Comitato Nazionale di Bioetica.

IL COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA

Il Comitato Nazionale di Bioetica è un organo consultivo della Presidenza del Consiglio dei Ministri che svolge funzioni di consulenza nei confronti del Governo, del Parlamento e delle altre istituzioni. È collegato ad analoghi organismi di altri Paesi, dell'Unione Europea e del Consiglio d'Europa. Possono rivolgersi al Comitato anche associazioni, centri di ricerca, comitati etici locali, studiosi e singoli cittadini per informazioni riguardanti la bioetica. (Tab.5) Al Comitato Nazionale di Bioetica è affidata la funzione di orientare gli strumenti legislativi ed amministrativi volti a definire i criteri da utilizzare nella pratica medica e biologica per tutelare i diritti umani ed evitare gli abusi. Il Comitato ha inoltre il compito di garantire una corretta informazione dell'opinione pubblica sugli aspetti problematici e sulle implicazioni dei trattamenti terapeutici, delle

tecniche diagnostiche e dei progressi delle scienze biomediche. A titolo di esempio, nell'ultimo triennio, la Commissione ha espresso pareri sulle seguenti tematiche di particolare rilievo sia etico che sociale:

- Adozione per la nascita degli embrioni crioconservati e residui derivanti da procreazione medicalmente assistita, PMA (2005)
 - Problemi bioetici relativi all'impiego di animali in attività correlate alla salute e al benessere umani (2005)
 - I conflitti d'interesse nella ricerca biomedica e nella pratica clinica (2006)
 - Biobanche e ricerca sul materiale biologico umano (2006)
 - Nanoscienze e nanotecnologie (2006)
 - Etica, salute e nuove tecnologie dell'informazione (2006)
 - Bioetica e riabilitazione (2006)
 - Bioetica e diritti degli anziani (2006)
 - Destino degli embrioni derivanti da PMA e non più impiantabili (2007)
 - I grandi prematuri (2008)
- (Tab.6)

DICHIARAZIONE DI HELSINKI E CONSENSO INFORMATO

Il più importante documento a valenza internazionale nel campo dell'etica della ricerca medica è la "Dichiarazione

di Helsinki" (1), adottata dalla 18a Assemblea Generale dall'Associazione Medica Mondiale a Helsinki nel giugno 1964. Nel periodo 1975-2002, la "Dichiarazione" è stata più volte emendata risp. a Tokyo 1975, Venezia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West/Sud Africa 1996, Edimburgo 2000 e Washington 2002.

La Dichiarazione di Helsinki è articolata in quattro capitoli distinti:

- A.) Introduzione
- B.) Principi di base
- C.) Ricerca biomedica associata alla cura professionale (ricerca clinica)
- D.) Ricerca biomedica non terapeutica sull'uomo (ricerca biomedica non clinica).

La Dichiarazione di Helsinki, elaborata dall'Associazione Medica Mondiale, costituisce una dichiarazione di principi etici, il cui obiettivo è quello di fornire consigli ai medici e ad altri partecipanti alla ricerca medica, che coinvolge i soggetti umani.

In particolare, il testo indica che:

- lo scopo della ricerca biomedica deve essere il miglioramento delle procedure diagnostiche, terapeutiche e di prevenzione e la conoscenza della eziologia e della patogenesi delle malattie;
- nella pratica medica attuale la maggior parte delle procedure diagnostiche, terapeutiche o di prevenzione

Comitato Nazionale di Bioetica (dal 1990)

Principali compiti

- Orientare gli strumenti legislativi ed amministrativi volti a definire i criteri da utilizzare nella pratica medica e biologica per tutelare i diritti umani ed evitare gli abusi
- Garantire una corretta informazione dell'opinione pubblica sugli aspetti problematici e sulle implicazioni dei trattamenti terapeutici, delle tecniche diagnostiche e dei progressi delle scienze biomediche

Tabella 5

Esempi di pareri del Centro Nazionale di Bioetica (periodo 2005-2008)

- Adozione per la nascita degli embrioni crioconservati e residui derivanti da procreazione medicalmente assistita, PMA (2005)
- I conflitti d'interesse nella ricerca biomedica e nella pratica clinica (2006)
- Biobanche e ricerca sul materiale biologico umano (2006)
- Nanoscienze e nanotecnologie (2006)
- Etica, salute e nuove tecnologie dell'informazione (2006)
- Bioetica e riabilitazione (2006)
- Bioetica e diritti degli anziani (2006)
- Destino degli embrioni derivanti da PMA e non più impiantabili (2007)
- I grandi prematuri (2008)

Tabella 6

comportano rischi;

- il progresso della medicina è basato sulla ricerca che in definitiva deve essere basata almeno in parte sulla sperimentazione sull'uomo;
- la ricerca biomedica sull'uomo non può essere legittimamente eseguita se l'importanza degli obiettivi non è proporzionale ai rischi inerenti;
- la ricerca biomedica sull'uomo deve conformarsi ai principi scientifici generalmente accettati e dovrebbe essere basata su sperimentazioni di laboratorio e sull'animale adeguatamente eseguite su una completa conoscenza della letteratura scientifica;
- il diritto del soggetto della ricerca di salvaguardare la sua integrità deve essere sempre rispettato;
- ogni precauzione va presa per rispettare la riservatezza del soggetto e per minimizzare l'impatto dello studio sulla sua integrità fisica e mentale e sulla sua personalità;
- la ricerca biomedica sull'uomo dovrebbe essere condotta solo da persone scientificamente qualificate e sotto la supervisione di un medico clinicamente competente;
- in ogni ricerca su esseri umani, ciascun potenziale soggetto deve essere adeguatamente informato sugli scopi, i metodi, i benefici previsti e i potenziali pericoli dello studio e dei disturbi che esso può comportare. Essi dovrebbero essere informati che è libero di astenersi dal partecipare allo studio e di ritirare il suo consenso in qualsiasi momento. Il medico dopo una adeguata informazione dovrebbe ottenere un libero consenso preferibilmente scritto.

La nuova versione della Dichiarazione di Helsinki, aggiornata al 2002, sottolinea l'importanza del consenso informato, quale requisito fondamentale per le attività di ricerca biomedica sull'Uomo. Il rilascio del consenso non rappresenta un semplice documento richiesto dalla burocrazia da allegare

al protocollo di ricerca, ma l'espressione di una nuova cultura dell'etica che salvaguarda la dignità umana. Spetta ai Comitati etici vigilare, con particolare attenzione, a tali aspetti non solo prima, ma anche durante ed alla fine dell'espletamento della ricerca.

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

Il Capitolo VIII del Codice di deontologia medica (3) è dedicato alla "sperimentazione" ed è articolato in sei articoli, risp. negli articoli 43-48. Il Codice è stato approvato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in data 16 dicembre 2006 e prevede quanto segue:

Il progresso della medicina è fondato sulla ricerca scientifica che si avvale anche della sperimentazione sull'animale e sull'uomo (articolo 47, Sperimentazione scientifica).

L'articolo 48 (Ricerca biomedica e sperimentazione sull'uomo) indica che la ricerca biomedica e la sperimentazione sull'uomo devono ispirarsi all'inderogabile principio della salvaguardia dell'integrità psicofisica e della vita e della dignità della persona. Esse sono subordinate al consenso del soggetto in esperimento, che deve essere espresso per iscritto, liberamente e consapevolmente, previa specifica informazione sugli obiettivi, sui metodi, sui benefici previsti, nonché sui rischi potenziali e sul diritto del soggetto stesso di ritirarsi in qualsiasi momento dalla sperimentazione.

Nel caso di soggetti minori, interdetti e posti in amministrazioni di sostegno è ammessa solo la sperimentazione per finalità preventive e terapeutiche.

Il consenso deve essere espresso dai legali rappresentanti, ma il medico sperimentatore è tenuto ad informare la persona documentandone la volontà e tenendola comunque

sempre in considerazione.

Ogni tipologia di sperimentazione compresa quella clinica deve essere programmata e attuata secondo idonei protocolli nel quadro della normativa vigente e dopo aver ricevuto il preventivo assenso da parte di un comitato etico indipendente.

L'articolo 49 (Sperimentazione clinica) prevede che la sperimentazione può essere inserita in trattamenti diagnostici e/o terapeutici solo in quanto sia razionalmente e scientificamente suscettibile di utilità diagnostica o terapeutica per i cittadini interessati. In ogni caso di studio clinico, il malato non potrà essere deliberatamente privato dei consolidati mezzi diagnostici e terapeutici indispensabili al mantenimento e/o al ripristino dello stato di salute. I predetti principi adottati in tema di sperimentazione sono applicabili anche ai volontari sani.

L'articolo 50, infine, è riferito alla "Sperimentazione sull'animale" e prevede che la sperimentazione sull'animale deve essere improntata a esigenze e a finalità di sviluppo delle conoscenze non altrimenti conseguibili e non a finalità di lucro, deve essere condotta con metodi e mezzi idonei a evitare inutili sofferenze e i protocolli devono avere ricevuto il preventivo assenso di un Comitato etico indipendente.

Sono fatte salve le norme in materia di obiezione di coscienza.

CONCLUSIONI

Da quanto finora esposto, emerge che i rapidi sviluppi della scienza medica e della ricerca scientifica in campo medico non potranno prescindere da un rigoroso rispetto dei principi etici sanciti dalle Dichiarazioni di Helsinki da Parte dell'Associazione Mondiale Medici e recepiti dalle varie Federazioni mediche. Tali principi sono un patrimonio della nostra società, della nostra cultura

Etica e cultura europea

Non devono proprio esistere divergenze tra "etiche laiche" ed "etiche religiose". In quanto per gli uomini la morale dovrebbe essere "una sola" (Immanuel Kant, 1724-1804), cit. di Mario Palmaro, 2006)

"Gli uomini hanno, anche indipendentemente dalla ragione, una scienza morale concernente le idee del giusto e dell'ingiusto" (Alessandro Manzoni, 1785-1873)

Esiste solo "una morale che è la stessa per tutti gli uomini che fanno uso della propria ragione: la morale viene da Dio come la luce" (Voltaire, 1694-1778)

Tabella 7

Requisiti fondamentali per la ricerca biomedica, epidemiologica ed organizzativa in sanità

- validità scientifica
- valore morale
- adeguata valutazione del rapporto rischi-benefici
- consenso informato
- equità nella selezione dei soggetti
- valutazione di un comitato etico

Tabella 8

europea.

Antropologia ed etica, infatti, sono collegati strettamente tra di loro, per cui diventa difficile pensare che dopo secoli di storia di una società evoluta come la nostra, possano svilupparsi contemporaneamente etiche consolidate in netta contrapposizione tra di loro. (Tab.7)

A tale riguardo, Mario Palmaro, dell'Istituto di Filosofia del Diritto dell'Università degli Studi di Milano, collegandosi al pensiero di Immanuel Kant (1724-1804), sottolinea che, a suo parere, non devono esistere divergenze tra "etiche laiche" ed "etiche religiose", in quanto per gli uomini la morale dovrebbe essere "una sola."

Dello stesso avviso era a suo tempo Alessandro Manzoni (1785-1873), secondo il quale gli uomini hanno, anche indipendentemente dalla ragione, una scienza morale concernente le idee del giusto e dell'ingiusto.

Anche per Voltaire (1694-1778) esisteva solo "una morale che è la stessa per tutti gli uomini che fanno uso della propria ragione: la morale viene da Dio come la luce."

Tuttavia, i rapidi sviluppi della scienza medica esigono anche interventi più rapidi e tempestivi del legislatore nell'affrontare tematiche di grande rilievo etico. In caso contrario, ven-

gono fermati o rallentati gli sviluppi della ricerca medico-scientifica e nello stesso tempo disconosciuti dei diritti dell'uomo e della comunità. Un eccessivo vuoto normativo può creare situazioni incontrollabili e speculative. Sui seguenti aspetti esiste un accordo comune: una buona ricerca biomedica, epidemiologica e organizzativa in ambito socio-sanitario non potrà prescindere dalla validità scientifica, dal valore morale, da un'adeguata valutazione del rapporto rischi-benefici, dal consenso informato, da criteri di equità nella selezione dei soggetti e, non per ultimo, dalla valutazione di un comitato etico.

Nella ricerca in medicina, il rispetto della dignità umana ed il diritto all'integrità psicofisica rappresentano valori indiscutibili e prioritari.

Ricerca ed etica, infatti, sono inscindibili tra di loro. (Tab.8)

BIBLIOGRAFIA

1. Dichiarazione di Helsinki, adottata dalla 18a Assemblea Generale dall'Associazione Medica Mondiale a Helsinki (Finlandia), giugno 1964. Emendata: Tokyo 1975, Venezia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West Sud Africa 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002.

2. *Bioethics: Bridge to the future*. Potter, Van Rensselaer, Englewood Cliffs, N. J.

Prentice-Hall, 1971

3. *Codice di deontologia medica, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri*, in data 16 dicembre 2006

4. *Ethik und Recht, Bundesministerium für Bildung und Forschung*, 2008

5. *Bioetica e ricerca scientifica, Introduzione*, Aldo Mazzoni, Direttore del Centro di Iniziativa Culturale (Bologna) e Direttore Scientifico del Portale di Bioetica, <http://www.portaledibioetica.it/documenti>

6. Mario Palmaro, Istituto di filosofia del Diritto Università degli Studi di Milano, <http://www.portaledibioetica.it/documenti>

7. Mario Cattaneo, Ordinario di Filosofia teoretica Università Cattolica di Milano, <http://www.portaledibioetica.it/documenti>

8. *Ergebnisse der Tagung zum Thema "Ethik in der Forschung"*, 26. Mai 2008, Wien

9. *Ethikberatung in der klinischen Medizin, Deutsches Ärzteblatt/Jg. 1003/Heft 24/16.06.2006*

10. *Conflitti d'interesse nella ricerca biomedica e nella pratica clinica, Parere Comitato Nazionale per Bioetica (2006)*

La via italiana al Servizio Sanitario Federale

Riassunto

??

Pietro Manzi

Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Rieti

INTRODUZIONE

Il settore sanitario presenta elementi di continua trasformazione sia in Italia che all'estero. Le nazioni sviluppate dell'Occidente industrializzato sono da anni alla ricerca di un modello di funzionamento di erogazione dell'assistenza sanitaria in grado di conciliare il rispetto dei valori di fondo dei sistemi di tutela della salute con gli obiettivi di responsabilizzazione e razionalizzazione nell'impiego delle risorse e i risultati di tale ricerca non sono sempre soddisfacenti. In Italia le politiche degli inizi degli anni '90 si sono dimostrate in gran parte incapaci di innescare un processo di riforma orientato al miglioramento dei livelli di efficacia e di equità dell'intero sistema. Anzi secondo alcuni commentatori (1) le politiche di riforma del siste-

ma sanitario sono state solo apparentemente orientate ad una vera riforma del sistema, bensì hanno avuto come interesse preminente quello del controllo del pareggio di bilancio unito a quello del mantenimento di alcuni privilegi esistenti. Scopo del mio intervento è, per quanto possibile, sulla base di elementi di letteratura e sulla base dell'esperienza di chi si cimenta quotidianamente con il governo dei servizi sanitari, di riassumere gli elementi critici del sistema, ma anche di indicare alcune vie di possibile uscita dall'attuale stagnazione.

LA CRISI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il Servizio Sanitario Nazionale, istituito con l'ormai famosa legge n.833/1978, nonostante gli inter-

venti successivi di riforma (Legge 502/1992 e Legge 229/1999), mostra ampiamente tutte le sue criticità, sia in termini di efficacia che di efficienza che di equità di accesso alle cure.

Le due principali leggi di riforma del sistema sopra citate, non hanno infatti modificato l'impianto generale del servizio sanitario, che rimane totalmente universalistico; sono state modificate le modalità applicative di un servizio, che *in teoria* dovrebbe erogare a tutti i cittadini assistenza sanitaria senza distinzioni di censo, di convinzioni religiose, di appartenenza politica e di etnia, garantendo su tutto il territorio nazionale almeno una possibilità di accesso alla cure *uniforme*.

In realtà l'attuale Servizio Sanitario Nazionale, se è capace di raggiungere discreti livelli in termini di efficacia, difetta sicuramente in termini di efficienza (visto che più della metà delle regioni italiane non riesce da anni a chiudere il bilancio annuale in pareggio) (2) e in termini di accesso alle cure, al di là delle dichiarazioni di circostanza formulate dai rappresentanti politici, sembra che le disparità siano ben presenti e secondo alcuni in aumento (1).

Le riforme che si sono succedute hanno fatto svanire quello che era il pensiero dominante della Legge 833, "pensiero forte" (1) di una politica al servizio del cittadino, che esprimeva la sua forza e la sua presenza attraverso il SSN, sostituendolo progressivamente con una tecnica al servizio della politi-


PAROLE CHIAVE:

?????????????????????????????????????

ca. Il passaggio dalla USL (Unità Sanitaria Locale), che al suo interno comprendeva il comitato di gestione con i relativi rappresentanti politici, alla ASL (Azienda Sanitaria Locale), che invece sposta sul governo tecnico del Direttore Generale la responsabilità tecnica e sul solo assessore regionale la responsabilità politica, di fatto tende a ridurre la partecipazione politica vera di tanti altri soggetti locali alla gestione della sanità e quindi la impoverisce di partecipazione attiva.

In questi anni la mancanza di partecipazione di soggetti interessati alla fruizione della sanità ha da un lato favorito alcune operazioni di concentrazione di potere economico (passaggio al privato di alcune prestazioni sanitarie) e dall'altro deresponsabilizzato molti altri soggetti (enti locali, sindaci, organi di stampa, società scientifiche, associazioni di categoria, assicurazioni ecc), che sono poi diventati solo dei critici della sanità, come se gli stessi non avessero alcuna responsabilità neppure sui meccanismi indiretti di funzionamento. Inoltre, a sia a livello nazionale che parzialmente a livello regionale, la politica si è progressivamente ritirata dalla responsabilità di effettuare delle scelte di strategia generale demandando la soluzione dei problemi della sanità ai Direttori Generali della ASL, con l'errata asserzione che i problemi della sanità fossero riducibili soltanto a tecniche di gestione.

Da tale impostazione è scaturita una messe di iniziative, anche lo-

devoli e che hanno prodotto buoni risultati di amministrazione, volte a migliorare ad esempio, la contabilità analitica, la gestione della produzione ospedaliera mediante l'utilizzo dei DRG, la riduzione della spesa farmaceutica attraverso l'introduzione dei farmaci generici o attraverso l'utilizzo dei protocolli terapeutici, la riduzione della degenza media attraverso il miglioramento della appropriatezza dei ricoveri (e se ne potrebbero citare altri).

Ma una pur corretta amministrazione non può sostituire una carenza di fondo che è quella dell'indirizzo politico, che la spesa sanitaria deve avere, nel senso che soltanto la rappresentanza di cittadini può e deve scegliere *come* utilizzare le risorse disponibili, tenendo conto che le stesse sono limitate e che quindi è necessario effettuare delle scelte.⁽³⁾ Scaricare la scelta su terzi non risolve i problemi della sanità, anzi li aggrava.

L'errore che è stato commesso, non si comprende se in modo consapevole, è stato anche quello di non applicare pienamente ciò che le stesse leggi di riforma stabilivano. Il D.Lgs. 299/1999 nella definizione dei Livelli essenziali di assistenza all'art.1 comma 6-bis recita infatti "Sono posti a carico del Servizio Sanitario Nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni di rischio, evidenze scientifiche di significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo a fronte delle risorse impie-

gate".

Tale indicazione normativa avrebbe implicato una definizione *precisa e non approssimata* dei livelli essenziali di assistenza, basata su tutte le evidenze e le linee guida disponibili, che ormai sono veramente tante, e soprattutto avrebbe dovuto attivare una serie di valutazioni costo-beneficio, di cui, invece, i piani sanitari regionali sono desolatamente privi. Nella migliore delle ipotesi, qualora lo studio costo-beneficio venga effettuato, allo stesso non segue nessuna consequenzialità operativa, che è lo specifico della scelta politica.

Nei fatti si è deciso di scaricare, non solo sul Direttore Generale, ma spesso direttamente sugli operatori sanitari la scelta di indirizzare i pazienti verso l'una o l'altra strada terapeutica, sganciando in modo netto tra l'altro il decisore politico dall'ordinatore di spesa, che in tal modo, suo malgrado, è diventato lo stesso operatore sanitario.

Tra l'altro la normativa sopra citata affidando al SSN le competenze in materia di salute e di valutazione di appropriatezza delle cure, avrebbe dovuto scongiurare l'intervento dei pretori in questa materia, che invece stranamente, sotto la pressione dei "media", hanno emesso ordinanze che obbligano le ASL alla esecuzione di trattamenti sanitari dimostratamente inefficaci (mi riferisco al caso Di Bella).

E' evidente che in tale situazione la spesa sanitaria non è governabile e il permanere dell'incertezza proroga la situazione di ingovernabilità.

Né d'altro canto le Organizzazioni Sindacali mediche hanno saputo giocare un ruolo forte nel contrastare l'assenza del pensiero di governo, in quanto alla richiesta di maggiori prestazioni hanno opposto di regola richieste di aumenti economici ed il mantenimento di

alcune situazioni di autonomia (ve- di libera professione), dimentican- do che prima o poi l'applicazione di una banale economia di mercato alla sanità avrebbe prodotto effetti che non potevano e non possono essere compensati con pochi euro di compensi aggiuntivi. Inoltre la funzione della dirigenza medica soprattutto in alcune figure apicali, quali i Direttori di Dipartimento, non ha saputo fare un salto di qualità nella direzione del governo del sistema.

Ma ciò che probabilmente ha pro- dotto ulteriori e gravi effetti nel senso della disgregazione del Servizio Sanitario Nazionale è stata l'applicazione della modifica del titolo V della Costituzione, attuata con la Legge n. 3 del 18 ottobre 2001, confermata con l'accordo stato regioni dell' 08 Agosto 2001, che ha conferito alle Regioni piena auto- nomia in materia di organizzazione della sanità, nonché una notevole autonomia nella legislazione con- corrente (2).

Posto che non vi sono dubbi sulla legittimità della scelta effettuata dal Parlamento, il dubbio rimane sulle modalità applicative di tale auto- nomia e sulla possibilità reale che le Regioni possano effettivamente mettere in pratica la stessa, dato che le condizioni geografiche, eco- nomiche, sociali, culturali e politi- che di alcune di esse non sempre consentono (o quantomeno non lo consentono in tutti i settori) una totale autonomia.

E' questo il caso della sanità, di cui mi accingo a parlare.

Ma l'autonomia regionale ha pro- dotto indirettamente altre deforma- zioni del sistema, in quanto le Re- gioni, ovviamente si sono assunte l'onore e l'onere di organizzare i propri servizi, dimenticando però che i meccanismi di finanziamento della spesa pubblica erano basati, al momento della riforma del titolo

V, su *un certo livello organizzati- vo*, che in virtù di tale autonomia è stato variato.

La spinta autonomistica, in vari casi clientelare e afinalistica, ha portato al mutamento del livello organizzativo, del quale non sono stati calcolati gli effetti a distanza sulla spesa; in definitiva si sono dissociati i rapporti tra servizi, or- ganizzazione e allocazione delle risorse. (1)

Alcune Regioni poi, nell'acquistare l'autonomia organizzativa, hanno dimenticato di rinforzare l'ossatura del sistema di studio e di analisi (tecnostruttura), che è alla base di qualunque organizzazione in- dustriale, tecnica o scientifica che sia. (4)

In questo senso, in ambito sani- tario, è stata colpevole l'assenza degli igienisti, degli operatori di sanità pubblica e degli amministratori del sistema sanitario, di coloro cioè cui attiene per competenza profes- sionale l'interpretazione delle di- namiche sanitarie, che non hanno messo in guardia la politica o non lo hanno fatto con la dovuta ener- gia, rispetto al possibile rischio di una *deregulation* del sistema. (5)

Da un punto di vista meramente economico la regionalizzazione del sistema sanitario introdotto una notevole situazione di varia- bilità con le seguenti conseguenze (3):

- Contrasto tra le Regioni sulle regole del finanziamento (pre- valentemente dimostrata nella sede della conferenza stato- regioni)
- Produzione di differenze dei si- stemi di contabilità regionali
- Redazione dei conti consuntivi predisposti con notevole ritardo
- Applicazione di meccanismi di compensazione effettuati a po- steriori e notevolmente tardivi
- Ritardo nel pagamento dei for- nitori e sovraccarico di oneri

finanziari che dal privato si sca- ricano (seppure tardivamente) sul sistema pubblico

- Assenza di una politica condivi- sa nell'acquisto delle tecnologie sanitarie.

Tale situazione economica si ripercu- te sui servizi sanitari in modo tale che invece di aver ottenuto dei livelli uniformi di assistenza abbiamo oggi livelli di assistenza, che sono funzione della capacità organizzativa delle singole regio- ni, in alcuni casi anche a parità di finanziamento.

L'ulteriore conseguenza di tale situazione è che l'attuale organiz- zazione sta facendo crescere le diseguglianze, a dispetto di un sistema che, almeno nelle inten- zioni doveva garantire servizi sa- nitari, se non uguali, quanto meno paragonabili.

La conclusione di tale breve disa- mina mi porta a concludere che non abbiamo costruito un sistema sanitario federale ma un sistema sanitario regionale, o meglio ab- biamo realizzato 21 sistemi sanitari regionali, che hanno notevolissime difficoltà a mantenere rapporti di proficua collaborazione, poiché in virtù di un principio autonomistico hanno anteposto il rispetto dei vin- coli interni all'interesse preminente del cittadino.

La riprova di quanto sopra la si può avere nel burocratico sistema con il quale le Regioni attuano il go- verno della *mobilità passiva*, che sarebbe il movimento di denaro in uscita da una asl verso l'altra o da una regione verso l'altra a com- pensazione di prestazioni sanitarie erogate.

Le Regioni italiane non sono grandi come gli stati americani e soprat- tutto non hanno confini netti come negli Stati Uniti; le interpolazioni territoriali di comuni e di province lungo le linee di confine determi- nano situazioni di attrazione (o di

fuga) che sono, ovviamente, legate non alla appartenenza regionale, ma alla collocazione geografica dell'Ospedale e/o del Distretto, ovvero alla offerta di servizi di quelle strutture. Orbene le Regioni stimolano le ASL frontaliere (e in Italia sono veramente tante) ad organizzare i propri servizi in modo tale da favorire la mobilità attiva proponendo in tal modo una sorta di concorrenza tra le ASL. Tale concorrenza non solo è spesso inefficace, ma inoltre non tiene conto dell'interesse del paziente, al quale viene magari offerto un servizio mediocre in ambito regionale, quando c'è n'è già uno molto efficiente al di là del confine regionale, magari non molto lontano da casa. La conclusione è che le Regioni non essendo capaci di imporre una modifica strutturale del proprio servizio si limitano ad attuare dei meccanismi di compensazione in denaro, ovvero scelgono una soluzione di basso profilo e omettono di formulare una vera politica sanitaria.

IPOTESI PER UN SERVIZIO SANITARIO FEDERALE

Nella necessità di porre in essere azioni volte a mutare l'attuale stato di stagnazione del sistema è opportuno osservare ciò che accade all'estero.

Innanzitutto è importante rilevare che la produzione di diseguaglianze sembra essere una costante dei sistemi sanitari moderni. (3)

L'evidenza indica infatti che il tasso di mortalità delle classi meno abbienti è superiore a quello dei gruppi sociali abbienti e che i divari interessano anche i fattori di rischio prevenibili e le morti evitabili. (6)

Inoltre la definizione delle diagnosi e il ricorso a cure specialistiche in ospedale si verificano in uno stadio più avanzato della patologia per gli

individui che appartengono a classi sociali più povere (7)

Gli effetti di tali diseguaglianze sui tassi di mortalità sono rilevanti e sembrano accrescersi anche nei paesi sviluppati (8).

Di fronte a tale situazione la maggior parte dei sistemi sanitari del mondo occidentale sviluppato (con varie sfumature a seconda della prevalenza politica di questo o quel governo) tenta di contenere tali diseguaglianze allo scopo di mantenere elevato lo standard di salute della popolazione e anche con essa di mantenere un equilibrio tra le classi sociali, il che contribuisce a sua volta al mantenimento della pace e della aggregazione sociale.

Volendo ancora analizzare la situazione dei principali paesi europei (posto che il sistema statunitense è troppo differente dal nostro per costituire un valido modello di riferimento), in particolare quelli che per dimensioni geografiche e popolazione assomigliano di più all'Italia, vedremo che l'ossatura dei sistemi sanitari europei, a dispetto della più generale politica di decentramento, è costituita dalla rete ospedaliera, tanto che la Francia conta 3055 ospedali, la Germania conta 3600 ospedali, la Gran Bretagna ne ha più di 1000 (dopo la durissima cura Thatcher) e la Spagna invece conta circa 800 ospedali. (9)

A prescindere quindi dai sistemi di finanziamento generale dei servizi, che prevedono nei paesi europei una maggiore presenza di assicurazioni sanitarie obbligatorie e facoltative e una più articolata serie di rapporti con il privato, la differenza sostanziale sarebbe nei meccanismi di gestione delle aree sanitarie e nei meccanismi di finanziamento di tali attività.

Mi riferisco un particolare al sistema tedesco e a quello svedese,

che suddividono il servizio facendo riferimento ai "Laender" e al sistema spagnolo, che da sempre conferisce una notevole autonomia alle suddivisioni regionali interne. La caratteristica essenziale di tali aree sanitarie e che le stesse sono dotate di una effettiva autonomia gestionale e funzionale interna, ovvero, poiché sono costituite da aree geografiche sufficientemente ampie da garantire una rilevante quota di popolazione e detengono all'interno *una rete completa di servizi sanitari*, le stesse sono effettivamente in grado di garantire, in modo efficiente ed efficace, ai cittadini residenti l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno. Ne consegue che la necessità per il paziente di uscire dal "laender" per motivi sanitari è eccezionale e quindi può essere gestita come caso particolare.

In tali sistemi quindi si è cercato di temperare l'esigenza di assicurare l'assistenza sanitaria con quella di contenere la spesa e soprattutto di *programmare la spesa*, attuando quelle che in economia si definiscono *economie di scopo*, si è cercato inoltre di limitare la variabilità della spesa, che è una delle cose più difficili in sanità.

E' evidente che tali sistemi prevedono un limite alla libertà di scelta individuale del cittadino, perché prevedono una gratuità del servizio in alcune aree geografiche, mentre disincentivano il ricorso di cure sanitarie al di fuori della stessa area geografica.

Tale sistema da solo non basta per determinare una riduzione della spesa, ma certamente migliora l'organizzazione perché consente di determinare le prestazioni in base alla popolazione di riferimento, consente alcune economie di scala, consente la concentrazione delle conoscenze mediche, tecniche ed amministrative nelle strutture

che da un punto di vista geografico o geo-politico sono strategiche per l'erogazione del servizio (quindi consente l'aggregazione della tecnostuttura), minimizza la variabilità della spesa e dà maggiore certezza agli investimenti.

In qualche modo il suddetto sistema dà maggiore stabilità alla azione sanitaria, perché una regione sanitaria vasta, con sufficienti autonomie economiche e tecniche, può fronteggiare meglio il confronto con il governo centrale e si sottrae più facilmente alla variabilità della azione politica, soprattutto se la tecnostuttura di riferimento è in grado di elaborare una sua proposta di politica sanitaria condivisa con le parti sociali. In sintesi quindi il modello che vorrei proporre per iniziare una inversione di tendenza rispetto alla attuale stagnazione è il modello delle Regioni Sanitarie in analogia con gli analoghi sistemi sanitari europei.

Si tratterebbe di aree sanitarie in cui accorpate più regioni in modo da costituire un sistema sanitario funzionale al suo interno, con una popolazione di riferimento di circa otto-nove milioni di abitanti, sufficienti ad organizzare un servizio che preveda servizi anche di alta specializzazione (e quindi di alto costo) ma tali da soddisfare interamente la domanda interna. Applicando tale ipotesi all'Italia ne risulterebbe (ad esempio) la costituzione di sei Regioni Sanitarie: Nord Est, Nord Ovest, Tosco-Emiliana, Centrale, Meridionale, Isole, organizzazione in cui a quest'ultima, sarebbe necessario lasciare uno statuto più flessibile dato dalla particolarità geografica.

Nell'intraprendere tale strada dovrebbe essere modificato l'articolo 8 bis comma 2 della legge n. 502/1992, che consente ai cittadini di scegliere il luogo di cura, nel senso che tale scelta potreb-

be continuare ad essere libera nell'ambito della Regione Sanitaria di appartenenza, ma fortemente limitata e filtrata in caso di richiesta di trattamento al di fuori di essa.

Per quanto attiene il territorio si deve rilevare che le principali indagini di soddisfazione dell'utenza (tra cui il CENSIS) continuano a dimostrare che i cittadini italiani preferiscono rivolgersi all'ospedale piuttosto che ad altri operatori sanitari del territorio. Una delle ragioni di tale preferenza è data dalla continuità di erogazione del servizio ospedaliero, che come è noto funziona sulle 24 ore, mentre tale continuità non viene garantita dal servizio territoriale. Bisogna infatti rilevare che l'istituzione della guardia medica (DPR 27 marzo 1992 e ACNL 2005) ha interrotto la continuità di servizio dei medici di famiglia, ma non è stata in grado di soddisfare compiutamente la domanda di salute in urgenza come era negli auspici, né d'altro canto i medici di famiglia hanno saputo coltivare la gestione unitaria del paziente, arroccandosi molto spesso su posizioni sindacalmente difensivistiche.

È impossibile in questa sede analizzare ulteriormente tutti i motivi di criticità del territorio, ma mi sembra di poter dire che quanto sopra citato abbia avuto un'influenza superiore ad altre dinamiche sanitarie e/o organizzative.

Un ulteriore elemento che influisce sulla impossibilità di governo della spesa è la eccessiva autonomia dei medici di famiglia nel suggerire percorsi di cura che prescindono dalle organizzazioni sanitarie locali, tale autonomia è peraltro legata al rapporto convenzionale, che impedisce di formulare una organizzazione sanitaria che preveda orari definiti e armonizzati di servizio.

Pertanto ritengo che nel modello delle Regioni Sanitarie andrebbe

mantenuta l'attuale suddivisione distrettuale, ma si dovrebbe procedere alle seguenti azioni:

- Revisione del rapporto di convenzione con i medici di famiglia con l'introduzione dell'obbligo della partecipazione alla *guardia distrettuale*
- Eliminazione della guardia medica e suo assorbimento all'interno dell'organico dei medici di famiglia
- Organizzazione dell'attività dei medici di famiglia sulle 24 ore con turni guardia in analogia con quanto accade in ospedale (guardia distrettuale)
- Collocazione della guardia dei medici famiglia presso il Distretto sanitario (guardia distrettuale)
- Dotazione del Distretto sanitario di tecnologie di base tali da consentire una diagnostica semplice
- Attivazione di punti di primo intervento presso tutti i distretti sanitari in collegamento con i Dipartimenti di Emergenza Ospedalieri (sistema hub and spoke).
- Introduzione del sistema di DRG territoriale
- Integrazione della rete informativa tra ospedale e territorio (anche a mezzo della tessera sanitaria).

Tale organizzazione verrebbe a delineare due servizi paralleli uno dato dalla rete ospedaliera (dedicato ai casi effettivamente acuti) e l'altro dalla rete territoriale (dedicato alle situazioni patologiche cronico-degenerative) che pur manterrebbe buona parte della prerogative vigenti.

La variante fondamentale sarebbe costituita dalla revisione del rapporto di convenzione, dall'obbligo di svolgere una presenza verificabile sia dall'Amministrazione sanitaria che dal cittadino e dalla possibilità di controllo data dal sistema DRG

e dalla rete informatica.

In definitiva il servizio territoriale comincerà ad essere apprezzato dall'utenza quando diventerà credibile non solo dal punto di vista della professionalità, che nessuno mette in dubbio, ma soprattutto dal punto di vista della affidabilità (accountability come piace agli anglosassoni) sia nel tempo e che nello spazio, ovvero, nella mia ipotesi concreta quando la guardia distrettuale potrà essere un punto di riferimento per i cittadini per le comuni patologie e per i cosiddetti "codici bianchi" di cui al DM 15 maggio 1992 (G.U. n.121 del 25 maggio 1992), che spesso intasano i pronti soccorsi d'Italia.

CONCLUSIONI

L'accessibilità dei servizi sanitari è una condizione che riduce le diseguaglianze sociali e accelera il percorso diagnostico, evitando le conseguenze più gravi, e quindi in tal modo contrasta la tendenza generale, che è stata rilevata dai principali studi epidemiologici europei.

Garantire l'accessibilità mantenendo elevati standard di qualità (in una economia dalle risorse finite) significa selezionare le strutture accreditate, far convergere su di esse i flussi principali di attività, finanziare le stesse in modo adeguato.

Questo significa sostanzialmente tre cose : A) effettuare delle scelte legate alla qualità delle prestazioni e non alla politica locale B) affermare che i cittadini hanno una possibilità di scelta limitata e guidata in funzione di una programmazione di attività che è stata effettuata a monte C) lasciare alla politica il compito di stabilire il miglior compromesso possibile, senza però derogare dalla linea fondamentale.

L'eventuale formazione di un Ser-

vizio Sanitario Federale non può nascere soltanto dalla necessità di trovare una quadratura ai bilanci regionali e comunque tale motivazione, sebbene ben condotta da un punto di vista amministrativo, porterebbe comunque in breve tempo ad una riproduzione degli squilibri esistenti, se non preceduta da una *riprogrammazione e riorganizzazione del servizio* stesso.

In definitiva è il ripensamento in senso federale del servizio che porterà al riequilibrio finanziario e non viceversa, ovvero in altri termini è la riforma strutturale e senza compromessi della modalità di erogazione dei servizi che porta al risanamento dei bilanci.

La politica dovrà inoltre ammettere che tale metodologia è più faticosa, probabilmente più lenta, ma sicuramente più duratura e dovrà accettare che i risultati di tale indirizzo non potranno essere rapidamente monetizzati a scopo elettorale da questo o quel governo, in quanto la portata delle trasformazioni indotte si vedrà nell'arco di almeno dieci anni. L'economista Federico Boccia in una recente intervista afferma che "il federalismo non può essere ridotto a una mera questione economica" (10) ed esattamente di questo che stiamo parlando ed è di questo che dobbiamo continuare a parlare.

Anche l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico afferma che "i Paesi sviluppati non possono limitarsi ad intervenire attraverso i programmi tradizionali di contenimento della spesa pubblica, ma devono procedere in un'ottica globale, individuando le risposte politiche nel contesto democratico in cui operano i servizi..." (11).

Gli operatori della sanità pubblica hanno il diritto e il dovere di intervenire su tali tematiche con l'auspicio di determinare un'influenza sulle scelte politiche finali. (12)

La discussione sul federalismo in Italia è arrivata probabilmente in Italia ad un punto di svolta, il nostro compito è riempirla di contenuti.

BIBLIOGRAFIA

1. Cavicchi I. "Il pensiero debole della sanità" Ed Dedalo 2008 pag. 70, 149
2. Bruno P. "La competenza manageriale in sanità" Franco Angeli Ed. 2006 pag.17-47
3. Dirindin N., Vineis P. "Elementi di economia sanitaria" II ed 2004; pag 76-77, 213-214
4. Bergamaschi M. "L'organizzazione nelle aziende sanitarie" McGraw-Hill 2000; pag. 160
5. Manzi P. "Igienisti e politici: un rapporto da recuperare" Bollettino dell'Ordine dei Medici della Provincia di Perugia Anno XLIII n. 1 /2006; pag.9-10
6. Feinstein J.F. 1992 "The relationship between socioeconomic status and health: a review of literature" Cambridge Mass. N. Additional Papers
7. Vineis P, Fornero G, Magnino A, Giacometti R, Ciccone G, "Diagnostic delay clinical stage and social class : a hospital based study" in Journal of epidemiology and community health 1993 n.47, pp 229-231
8. Valkonen T e al. "Socioeconomic differences in mortality 1981-1990" 1992, Helsinki central statistic office of Finland, Population n.8
9. ANAAO "Analisi dei sistemi sanitari nei 25 paesi UE" Iniziativa Ospedaliera n.1 /2007 ;pag22-55
10. Piana L. "Choc federale" su L'Espresso 21 Agosto 2008 ; pag. 44-47
11. OECD "Health care reform: controlling spending and increasing efficiency" 1996, Paris, Economic papers 24; pg.8-53
12. Wall Patrick "Manuale Oxford della pratica in Sanità Pubblica" Centro Scientifico Editore 2004; pag.168

La soddisfazione degli utenti nei Presidi Ospedalieri della ASL AV1

Riassunto

Nei tre presidi ospedalieri afferenti alla ASL AV1 è stata condotta una indagine di *patient satisfaction* mediante un questionario somministrato per telefono a 969 pazienti dimessi dai tre presidi nelle 2-3 settimane precedenti. Le aree indagate sono state: area prenotazione e accettazione; area prestazioni sanitarie; area prestazioni alberghiere; area struttura ospedaliera; area post dimissioni; area soddisfazione globale. Le possibili risposte da parte dei pazienti erano: attese insoddisfatte (la percezione del servizio è inferiore alle attese); attese soddisfatte (la percezione del servizio è in linea con le attese); attese superate (la percezione del servizio è superiore alle attese).

Il 53.3% degli intervistati è di sesso femminile, il 41.1% è ultrasessantacinquenne e il 78.7% non ha più della scuola media. La quasi totalità dei pazienti si dichiara soddisfatta rispetto alle aspettative per tutte le variabili indagate (valore medio 97.8%), con l'unica eccezione della qualità dei pasti (insoddisfatti il 12.7%). L'eccessiva omogeneità ed appiattimento dei risultati sul valore centrale viene discusso soprattutto in rapporto al concetto di aspettative. Questi risultati, infine, non consentono di attuare interventi di miglioramento della qualità percepita.

MNV. Ferrante*, **P. Melito***, **G. Franciosi***, **V. Famiglietti***, **V. Galdo****, **F. Attena****

* U.D.C. Epidemiologia Statistica VRQ Formazione - ASL AV1

** Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Il Università di Napoli

INTRODUZIONE

Nell'ambito della valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria, la soddisfazione del paziente, la cosiddetta customer satisfaction, rappresenta una delle questioni più controverse e dibattute, in particolare quando riferita al paziente ospedalizzato (6). E ciò per diversi motivi. In primo luogo essa ripropone l'antico incontro-scontro fra le due culture, umanistica e scientifica, ovvero fra sociologi e medici. Nella sua forma più elementare i primi sostengono metodi di rilevamento qualitativi, mentre i secondo metodi quantitativi. In secondo luogo, e conseguentemente al punto precedente, vi sono opinioni assai diverse, nonché numerosi tentativi di teoriz-

zazione, su cosa sia e come debba essere misurata la soddisfazione del paziente, anche perchè le variabili in grado influenzare il punteggio di soddisfazione sono tantissime. Sul versante socio-psicologico, ad esempio, Linder-Pelz (13) ha identificato le seguenti variabili: expectations (le aspettative sui risultati); value (il valore o l'importanza attribuita a determinati aspetti dell'assistenza); entitlement (il ritenere di aver diritto a determinate prestazioni); occurrences (la percezione degli eventi che hanno avuto luogo); interpersonal comparisons (ciò che ha avuto luogo confrontato con altri, o con precedenti esperienze). Ad esse riteniamo di poter aggiungere: il livello socio-culturale dell'intervistato; il tipo di patologia; le condizioni di anoni-

mato; il tipo di questionario; la modalità di raccolta e le modalità di formulazione delle domande; etc.

Fra tutte queste variabili un ruolo fondamentale è svolto dalle aspettative, per la loro notevole dipendenza dal contesto (4,17). Esse, a seconda di come sono vissute o percepite dal paziente, possono influenzare enormemente il giudizio finale di soddisfazione. Basti pensare alla distinzione fra aspettative reali, ovvero ciò che ci si aspetta da *quel servizio*, o a quelle ideali, ovvero quale dovrebbe essere la migliore risposta di *un servizio* in quella particolare circostanza (9). Tanto basta per far ritenere a molti che tali questionari non sono capaci di rappresentare realmente l'opinione del paziente all'interno del nostro sistema sanitario (10). A sostegno di questa fondamentale critica vale la nota osservazione riguardante il divario che esiste tra il grado elevato di soddisfazione ai questionari e la generale sfiducia verso la sanità italiana rilevata con altre modalità (18). Sulla base di queste premesse l'ASL AV1 ha voluto sperimentare per la prima volta un'indagine di customer satisfaction, basata sul modello delle aspettative, presso i suoi tre presidi ospedalieri.

MATERIALE E METODI

L'ASL AV1 è una Azienda con un contesto territoriale di medio-alta collina e montagna, e con un bacino di utenti di 164.380 distribuiti in 54 piccoli e medi Comuni ricadenti nella parte della Provincia di Avellino definita "Alta Irpinia". L'Azienda dispone di tre presidi ospedalieri: P.O. di Ariano Irpino, P.O. di Bisaccia, P.O. di S. Angelo dei

**PAROLE CHIAVE:**

Ospedale, soddisfazione del paziente, miglioramento della qualità

UNITA' OPERATIVA	NUMERO DIMESSI (GENN-DIC 2007)	NUMERO UTENTI INTERVISTI
CARDIOLOGIA	721	84
CHIRURGIA	1911	276
MEDICINA	2718	324
GINECOLOGIA OSTETRICIA	1330	144
ORTOPEDIA	416	45
PEDIATRIA	724	96
TOT	7820	969

Tabella 1: Distribuzione dei pazienti per Unità Operative

Lombardi. Nel corso del 2007 è stato effettuato un campionamento sistematico sulle Cartelle Cliniche dei tre P.O., relative a tutti i pazienti dimessi che avevano effettuato un periodo di ricovero di almeno due giorni, per un totale di 1000 utenti. Sono stati quindi esclusi gli utenti sottoposti a regime di Day Hospital. A distanza di circa 2-3 settimane dalle dimissioni gli utenti selezionati venivano sottoposti ad un'intervista telefonica. L'intervista era effettuata da una sociologa precedentemente formata sull'argomento per aver partecipato ad un corso presso il Centro di Formazione Studi "Formez", dove veniva anche fornito il questionario utilizzato nella presente indagine. Gli utenti che non rispondevano o non erano in casa dopo tre tentativi, o che rifiutavano di rispondere venivano sostituiti con altri utenti scelti a caso.

Il questionario somministrato è composto da una parte anagrafica e da 25 domande a risposta chiusa relative alle diverse aree oggetto di studio. Le aree indagate sono: area prenotazione e accettazione; area prestazioni sanitarie; area prestazioni alberghiere; area struttura ospedaliera; area post

dimissioni; area soddisfazione globale. Per rendere più semplice all'utente l'espressione di un giudizio rispetto ai servizi si è scelto di utilizzare una scala semantica, con tre possibili risposte: attese insoddisfatte (la percezione del servizio è inferiore alle attese); attese soddisfatte (la percezione del servizio è in linea con le attese); attese superate (la percezione del servizio è superiore alle attese).

RISULTATI

Su 7820 dimessi dai tre P.O. dell'ASL AV1 nell'anno 2007 sono stati intervistati 969 pazienti (12.4%) la cui distribuzione per tipo di reparto è mostrata in tabella 1.

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche degli intervistati il 53.3% è di sesso femminile, la classe d'età più rappresentata è quella degli ultra sessantacinquenni (41.1%), infine la maggior parte di essi (78.7%) non ha più della scuola media inferiore (tabella 2). I risultati del questionario (tabella 3) mostrano che la quasi totalità dei pazienti si dichiara soddisfatta dell'assistenza ricevuta (valore medio

97.8%), per tutti i parametri, e tale valutazione era uniformemente distribuita per reparto e per P.O. (dati non riportati in tabella). Pochissimi sono, pertanto, sia i casi di soddisfazione superiore alle aspettative (valore medio: 0.2%) che di insoddisfazione (valore medio: 2.0%). Nel primo caso i pochi giudizi superiori alle aspettative sono equamente distribuiti per tutte le variabili; nel secondo caso vi è una maggiore difformità, con un solo lieve picco d'insoddisfazione per la qualità dei pasti (12.7%). Data l'elevata concentrazione di risposte sul valore centrale non è stato possibile valutare l'eventuale influenza sul grado di soddisfazione di altre variabili.

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati della presente indagine mette in evidenza che la quasi totalità degli utenti dichiara soddisfatte le proprie aspettative in rapporto all'assistenza ricevuta (con l'unica eccezione della qualità dei pasti). Non

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE	
SESSO	%
MASCHI	47,6
FEMMINE	53,3
ETA'	
0-15	10,5
16-45	24,2
46-65	18,2
66-85	41,1
OLTRE	6,0
TITOLO DI STUDIO	
ANALFABETA	11,0
ELEMENTARE	38,4
MEDIA INFERIORE	29,3
DIPLOMA	19,2
LAUREA	1,8

Tabella 2: Caratteristiche socio-demografiche dei pazienti

FATTORI DI SODDISFAZIONE	ATTESE INSODDISF.		ATTESE SODDISF.		ATTESE SUPERATE	
	N°	%	N°	%	N°	%
AREA PRENOTAZIONE E ACCETTAZIONE						
Efficienza servizio prenotazione	3	0,3	966	99,7	0	0
Velocità di ricovero	4	0,4	965	99,6	0	0
Gentilezza/disponibilità infermieri al ricovero	8	0,8	961	99,2	0	0
AREA PRESTAZIONI SANITARIE						
Disponibilità e cortesia infermieri per necessità durante la degenza	26	2,7	939	96,2	4	0,4
Presenza/reperibilità dei medici per necessità	16	1,7	949	97,9	4	0,4
Capacità dei medici di comprendere i suoi bisogni	24	2,5	942	97,2	3	0,3
Capacità degli infermieri di comprendere i suoi bisogni	34	3,5	932	96,2	3	0,3
Chiarezza/continuità informazioni su cure e salute	26	2,7	940	97,0	3	0,3
Efficienza/organizzazione ospedaliera	16	1,7	952	98,2	1	0,1
AREA PRESTAZIONI ALBERGHIERE						
Pulizia stanza	13	1,3	954	98,4	2	0,2
Pulizia servizi igienici	12	1,2	955	98,6	1	0,2
Ricambio biancheria da letto	6	0,6	962	99,3	1	0,1
Tranquillità/riservatezza della stanza	22	2,3	946	97,6	1	0,1
Qualità dei pasti	123	12,7	845	87,2	1	0,1
Quantità dei pasti	9	0,9	959	99,0	1	0,1
Qualità piatti/posate ecc.	6	0,6	961	99,2	2	0,2
Organizzazione tempi del reparto	7	0,7	960	99,1	2	0,2
AREA STRUTTURA OSPEDALIERA						
Parcheggio	9	0,9	960	99,1	0	0
Accessibilità alla struttura	5	0,5	964	99,5	0	0
Chiarezza tabelle ed indicazioni	11	1,1	958	98,9	0	0
AREA SODDISFAZIONE GLOBALE						
Considerando il periodo di degenza globale lei ritiene...	25	2,6	942	97,2	2	0,2
TOTALE	405	2,0	19913	97,8	31	0,2
AREA POST DIMISSIONI						
	SI		NO			
	N°	%	N°	%		
Impegno dell'ospedale per risolvere i suoi problemi	946	97,6	23	2,4		
Completezza informazioni su terapia post dimissioni	948	97,8	21	2,2		
Suggerimenti su strutture a cui rivolgersi	946	97,6	23	2,4		
Consiglierebbe questo Ospedale	943	97,3	26	2,7		
TOTALE	3783	97,6	93	2,4		

Tabella 3: Risultati del questionario di soddisfazione

risulta, in altre indagini analoghe alla nostra condotte sia in Campania che in altre parti di Italia (1,3,5,7,12,16), un così generale livello di soddisfazione, e un così elevato appiattimento su un unico tipo di risposta. Questo dato, riscontrato, peraltro, in strutture sanitarie dove non risultano esserci situazioni di riconosciuta eccellenza, necessita di qualche approfondimento. La prima considerazione riguarda l'appiattimento delle risposte sul valore centrale, che sembra dimostrare una tendenza a rispondere in modo formale e sbrigativo alle domande poste dall'intervistatore. Un limite delle inchieste telefoniche, infatti, è che il paziente contattato presso la propria abitazione può essere influenzato dalla mancanza di tempo e di voglia, che può generare risposte frettolose e poco accurate (15).

La formulazione delle domande, che fa riferimento ad un giudizio rispetto a delle aspettative, apre poi un capitolo estremamente delicato e dibattuto.

A parte la differenza tra aspettative reali ed ideali, che già può influenzare di molto il giudizio, molti cittadini potrebbero non avere aspettative oppure essere disinteressati alla valutazione (8). In altri casi, la soddisfazione può essere vissuta come "non violazione" di aspettative negative; cioè, se non accadono eventi negativi di cui si ha il timore, si è soddisfatti. Infine, il concetto di soddisfazione rispetto alle aspettative si basa su una tipologia di cittadino attivo, attento e consapevole, ma non è detto che tutti i cittadini hanno sviluppato tale evoluzione nella relazione medico-paziente, e, più in generale, nel rapporto con l'istituzione sanitaria. Per molti di essi può ancora valere il vecchio approccio dell'"affidarsi" più o meno acriticamente alle cure dei sanitari, senza riporre particolari aspettative, in un ottica di delega completa di compiti e responsabilità (14).

Due sono gli indicatori che nella nostra indagine potrebbero far propendere verso quest'ultima ipotesi. In primo luogo la bassa scolarità degli intervisti-

stati in un contesto generale di cultura contadina fondamentalmente passiva e ossequiosa verso un sapere medico vissuto come alieno, superiore ed incontestabile. Tuttavia, una stretta correlazione fra livello socio-economico è giudizio di soddisfazione non è stata mai dimostrata con evidenza (11). Il secondo indicatore che sembra confermare questa ipotesi è il basso tasso di contenzioso rilevabile nell'ospedalità dell'AV2. Come ulteriore considerazione dobbiamo, infine, rilevare che la presente indagine non consente, a causa della generale soddisfazione riscontrata, di intervenire per migliorare il livello della qualità assistenziale dal punto di vista del paziente (19).

In conclusione, i risultati della nostro lavoro ripropongono le difficoltà di conduzione, di interpretazione e di utilizzazione ai fini del miglioramento dei questionari di soddisfazione, mettendo in evidenza l'opportunità di meglio contestualizzare queste indagini rispetto a variabili ambientali sociali e culturali (2).

BIBLIOGRAFIA

1. Agozzino E, Granito C, Mercogliano P, Palmisano L, Attena F. *Aspetti strutturali e organizzativi e giudizio dell'utenza dell'ambulatorio di ortopedia del centro traumatologico ortopedico di Napoli*. QA 2001; 12:19-25.
2. Altieri L. *A quali condizioni la valutazione della qualità percepita dai cittadini influisce positivamente sulla qualità dei professionisti e delle organizzazioni?*. QA 2001; 12:3-12.
3. Attena F, Agozzino E, De Paola L, Forte G. *Valutazione del gradimento dell'assistenza in pazienti ospedalizzati*. L'Ospedale 1995; 48:175-82.
4. Avis M, Bond M, Arthur A. *Questioning patient satisfaction*. Soc Sci Med 1997; 44:85-92.
5. Bovo C, Baldantoni E, Padoan A, Boscolo MR, Iazzetta G, Molena G, Boscolo Nata M. *Indagine sulla qualità percepita dai degenti negli ospedali dell'Azienda ULSS 14 del Veneto: strumento per il miglioramento dell'assistenza sanitaria o aporia?*. QA 2002; 13:145-54.
6. Carr-Hill R. *The measurement of patient satisfaction*. J Public Health 1992; 14:236-49.
7. De Paola L, Schettini G, De Paola A, Torre I. *Customer satisfaction indagine al "S. Maria degli Incurabili" Napoli*. Tecnica Ospedaliera 2004; 11:54-61.
8. Fitzpatrick R, Hopkins A. *Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration*. Sociology of Health and Illness 1983; 5:297-311.
9. Freidson E. *Patient's views of medical practice*. New York: Russel Sage Foundation, 1975.
10. Giarelli G. *Oltre la "customer satisfaction": il problema di cogliere la complessità di un punto di vista*. In Cipolla C, Giarelli G, Altieri L (a cura di). *Valutare la qualità in sanità* 2002; 127-60.
11. Hall JA, Doman MC. *Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis*. Soc Sci Med 1990; 30:811-18.
12. Letterio G, Chiaramonte G, Villari P, Sapio M, Passafiume M. *Qualità del trattamento anestesico: le risposte dei pazienti sull'esperienza perioperatoria*. QA 2003; 14:223-28.
13. Linder Pelz S. *Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses*. Social Science and Medicine 1982; 16:583-89.
14. Parson T. *Il sistema sociale*. Milano: Comunità, 1965.
15. Schiavi G. *La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie*. Milano: Franco Angeli, 2004:204.
16. Tabolli S, Molino N, Renzi C, Fodde PG, Puddu P. *La valutazione della soddisfazione del paziente ricoverato, uno strumento per il miglioramento della qualità dell'assistenza*. QA 2003; 14:247-53.
17. Thompson AGH, Sunol R. *Expectation as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence*. Int J Qual Health Care 1995; 7:127-41.
18. Trabucchi M. *I cittadini e il Sistema Sanitario Nazionale. Dalla qualità percepita all'impegno per il cambiamento*. Bologna: Il Mulino, 1996.
19. Vuori H. *Patient satisfaction-Does it matter?*. Int J Quality in Health Care 1991; 3:183-9.

35° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O. “LA DIREZIONE DELLA SANITÀ”

Gianfranco Finzi

Presidente Nazionale ANMDO

Il 35° Congresso Nazionale ANMDO, svoltosi a Torino dal 27 al 30 maggio 2009, si è concluso con grande successo pubblico e piena soddisfazione da parte degli organizzatori. Anche per il 2009 si è voluto dare ampio spazio alla sessione dedicata alla presentazione dei migliori poster e comunicazioni presentati al Congresso al fine di dare voce a tutti i soci per sostenere e diffondere su tutto il territorio nazionale le migliori pratiche dal punto di vista delle Direzioni Sanitarie.

E' un giusto riconoscimento per valorizzare il continuo ed assiduo lavoro che i medici delle direzioni ospedaliere svolgono con serietà ed onestà quotidianamente. La Commissione, composta dal Presidente, Segretario Scientifico e Segreteria Scientifica, ha quindi scelto fra tutti i Poster i migliori 7 lavori di cui di seguito riportiamo i titoli:

1° classificato: Verso la costruzione di una cartella clinica integrata. Esperienza di audit sulla cartella clinica nei P.O. dell'ASL TO5;

2° classificato: La qualità dell'acqua in ospedale: aspetti microbiologici e chimico/fisici, un approccio moderno per la sorveglianza ed il controllo;

3° classificato: La vaccinazione antinfluenzale come strumento di sanità pubblica e di prevenzione. Esperienza dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico (A.O.U.P.) "P. Giaccone" di Palermo. Analisi e confronto della copertura vaccinale negli anni 2005-2009.;

4° classificato: Applicazione di un sistema di verifica alla procedura per la sterilizzazione del materiale chirurgico;

5° classificato: Proposta di un codice etico della sicurezza nelle strutture sanitarie;

6° classificato: La gestione del rischio clinico: nuovo modello organizzativo nelle aziende sanitarie;

7° classificato: Il S. Maria della Misericordia di Perugia: la tecnologia al servizio dell'accoglienza;

7° classificato a parimerito: Una rete ospedaliera per una sanità sostenibile.

La Commissione ha inoltre scelto tra tutte le Comunicazioni, le migliori 5 di cui riportiamo i titoli:

1° classificato: Progetto della azienda sanitaria di Firenze per l'attuazione della delibera della Regione Toscana sui modelli della discharge room e delle agenzie per i servizi per la continuità ospedale-territorio

2° classificato: La valutazione della Clinical Competence: Quali interrelazioni con i Percorsi di Accreditamento all'Eccellenza? L' Esperienza pilota dell' UO di Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza

3° classificato: Gli assetti dipartimentali ospedalieri tra strutture formali e organizzazione informale. Analisi relazionale sui dipartimenti del Presidio Ospedaliero dell'AUSL di Bologna

3° classificato a parimerito: L'applicazione delle raccomandazioni ministeriali n° 2/2008 e n° 3/2008 per la gestione del rischio attraverso l'implementazione di un nuovo registro operatorio

3° classificato a parimerito: Il sistema LuMiR e la Clinical Governance.

35° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.

La Commissione ha ritenuto inoltre opportuno pubblicare gli abstract dei poster e delle comunicazioni vincenti, valorizzando ancora una volta il lavoro svolto dai colleghi premiati.

1° classificato

Verso la costruzione di una cartella clinica integrata. Esperienza di audit sulla cartella clinica nei P.O. dell'ASL T05

V. Di Legami*, **P. Artoni*****, **L. Castrignanò*******, **B. Centofanti***, **R. Guillevin*****, **C. Marengo******, **G. Messori Ioli***, **D. Morabito****, **P. Pasquino*******, **M. Perlo*****, **M. Rinaldi****, **L. Setti****, **C. Trasmunti******, **P. Panarisi****, **M. Borsotti***

*ASL T05 - Direzione Sanitaria di Presidio Ospedale di Chieri

**ASL T05 - Direzione Sanitaria di Presidio Ospedali di Moncalieri e Carmagnola

***ASL T05 - S.C. Medicina Generale Ospedale di Carmagnola

****ASL T05 - S.C. Medicina Generale Ospedale di Chieri

*****ASL T05 - S.C. Medicina Generale Ospedale di Moncalieri

INTRODUZIONE

L'impostazione tradizionale della cartella clinica, si rivela talvolta inadeguata a consentire una facile ricostruzione del processo di cura e la tracciabilità degli atti sanitari compiuti. Ciò si è accentuato soprattutto in seguito allo sviluppo del modello organizzativo di assistenza ospedaliera centrato sul paziente, posto all'interno di un processo diagnostico-terapeutico-assistenziale continuo, in cui agiscono contemporaneamente diversi professionisti sanitari. Pertanto, assume importanza progettare uno strumento di lavoro, la cartella integrata, con un ruolo strategico ai fini del governo della presa in carico del paziente e della valorizzazione della multi professionalità, nonché documento chiave ai fini della verifica di qualità, dell'appropriatezza e della gestione del rischio clinico.

In Azienda, dove sono in uso cartelle cliniche di impostazione tradizionale, con format differenti per Struttura Complessa, è attivo un gruppo di lavoro per la progettazione della cartella integrata. La valutazione della situazione base-line è stata condotta nell'ambito di un corso di formazione interno sulla metodologia dell'audit, il cui tema per il tirocinio sul campo è stato la gestione della cartella clinica.

PAROLE CHIAVE

Cartella integrata, audit, miglioramento qualità.

CONTENUTI

Obiettivo generale del progetto per l'integrazione del-

la cartella clinica è fornire agli operatori sanitari uno strumento di lavoro di semplice gestione, di utilità clinica, il più possibile uniforme tra S.C. e tale da facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali nel processo diagnostico-terapeutico-assistenziale. Le prime Strutture coinvolte sono state le Medicine Generali, in cui è stata condotta una prima valutazione delle cartelle in uso da parte del gruppo di lavoro; mediante l'audit, l'analisi si è poi estesa ad un campione rappresentativo di cartelle di altre Strutture Complesse. I risultati dell'analisi hanno consentito di individuare alcune criticità, che saranno valutate per individuare i requisiti e gli elementi essenziali del contenuto della cartella clinica integrata, da utilizzarsi anche ai fini di una successiva informatizzazione della stessa.

CONCLUSIONI

L'introduzione dello strumento operativo cartella clinica integrata potrà supportare l'approccio multidisciplinare integrato al processo di cura del paziente, favorendo il coordinamento e la collaborazione tra i diversi professionisti sanitari impegnati in esso, ciascuno con precisi ambiti di autonomia e responsabilità. Si prevede un miglioramento della qualità della documentazione sanitaria, con standardizzazione aziendale, eliminazione della doppia registrazione dei dati (medico/infermieristica) e aumento della tracciabilità e della trasparenza degli atti sanitari. Attraverso il coinvolgimento diretto ed il confronto tra operatori in contesti organizzativi reali, l'audit clinico si è confermato quale utile ed apprezzato strumento per il miglioramento della qualità, anche per la revisione della documentazione sanitaria.

2° classificato

La qualità dell'acqua in ospedale: aspetti microbiologici e chimico/fisici, un approccio moderno per la sorveglianza ed il controllo

C.Lazzari, R.Belgiovine, P.Cugini

Direzione Medica Ospedaliera, Settore Igiene Ospedaliera – Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi

INTRODUZIONE

La trasmissione di infezioni legate alla contaminazione delle acque in ambiente nosocomiale è un problema ad oggi molto sentito. Gli ospedali sono infatti ambienti particolarmente a rischio per quanto riguarda la trasmissione delle infezioni, sia per la tipologia dei pazienti ricoverati che per le diverse tipologie di ambiente. Le procedure per il controllo e la sorveglianza della contaminazione delle acque in una struttura ospedaliera devono essere attentamente coordinate e pianificate con l'ausilio ed il supporto delle competenze "cliniche" e "tecniche", a maggior ragione in fase di progettazione o ristrutturazione di locali o impianti.

MATERIALI E METODI

Nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna è stato istituito nel 2001 un gruppo di lavoro che ha definito una procedura di sorveglianza ambientale che prevede il monitoraggio microbiologico (secondo le indicazioni del D. Lgs, 31/2001) nel tempo di diversi punti di erogazione dell'acqua nelle aree a rischio ospedaliere, tra cui i 9 blocchi operatori, in quanto ambienti a contaminazione microbica controllata. Le analisi sono arrivate nel corso degli anni a prevedere il campionamento di tutti rubinetti per il lavaggio chirurgico della mani presenti nei blocchi operatori 2 volte l'anno. A seguito di un eventuale positività riscontrata si procede alla disinfezione chimica della parte terminale del rubinetti e del sifone del lavandino ed alla ripetizione dei controlli fino alla risoluzione della positività (massimo 2 volte).

RISULTATI

Nell'arco dei 8 anni di attivazione del protocollo di sorveglianza è stata registrata almeno una positività per ogni

campionamento effettuato in ogni blocco operatorio che si è risolta con l'applicazione del protocollo di cui sopra. In un solo caso di un blocco operatorio di nuova costruzione la positività è persistita nonostante gli opportuni interventi ambientali. Si è pertanto deciso di applicare in sala operatoria filtri terminali certificati e validati che sono risultati una valida soluzione per l'abbattimento dei valori evidenziati ed il mantenimento della qualità dell'acqua ai punti di utilizzo. Nel periodo di osservazione iniziale, la durata effettiva del filtro è risultata essere inferiore alla durata dichiarata a causa di solidi sospesi (particolato) presenti nell'acqua, nello specifico materiale siliceo e ferro in sospensione rinvenuti a seguito di analisi chimico fisiche che assieme all'utilizzo massiccio di acqua nei lavelli del blocco operatorio determinava una riduzione di flusso dopo circa 7-10gg dall'installazione. Per garantire una corretta ed idonea portata all'uscita dei filtri terminali è stato quindi necessario posizionare a monte dei rubinetti n.2 pre-filtri idoneamente dimensionati per quanto riguarda la porosità e la scelta dei materiali (sul circuito dell'acqua calda e fredda).

CONCLUSIONI

L'utilizzo dell'acqua nel blocco operatorio merita un elevato livello di attenzione. Per questo motivo è stato istituito un gruppo di lavoro multicentrico per lo studio e la definizione di comuni procedure di sorveglianza e di controllo della qualità dell'acqua, e per la valutazione dell'efficacia della filtrazione terminale per la produzione di acqua microbiologicamente controllata conformemente agli standard Nazionali ed Internazionali. Nell'ottica di contribuire inoltre ad un miglioramento della qualità dell'acqua generalmente distribuita nella rete delle strutture ospedaliere valuteremo l'eventuale applicazione di sistemi di "pre-filtrazione" o filtrazione "centralizzata" al fine di abbattere la presenza contaminante particellare.

3° classificato

La vaccinazione antinfluenzale come strumento di sanità pubblica e di prevenzione. Esperienza dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico (A.O.U.P.) "P. Giaccone" di Palermo. Analisi e confronto della copertura vaccinale negli anni 2005-2009.

A. Firenze, V. Torregrossa, L. Aprea, E. Amodio, G. Calamusa, L. Cannova, M. Morici, G. Anastasi, G. Lipari, V. Gelsomino, P. Safina, N. Romano.

PAROLE CHIAVE

Copertura vaccinale, prevenzione, personale sanitario.

INTRODUZIONE

Le linee guida per la prevenzione e controllo dell'influenza, emanate ogni anno dal Ministero della Salute, raccomandano la vaccinazione per tutti coloro che svolgono funzioni lavorative di primario interesse collettivo. Il personale sanitario rappresenta, a tal riguardo, un target strategico della campagna vaccinale antinfluenzale sia per la possibile trasmissione dell'influenza ai pazienti sia perché l'eventuale assenteismo potrebbe inficiare la qualità e la capacità dell'assistenza erogata. La trasmissione dell'influenza ad un paziente è sicuramente un importante rischio nosocomiale in quanto l'infezione virale può portare ad un aggravamento dello stato di salute del paziente, se non addirittura al suo decesso. Per ridurre questi rischi, il metodo di prevenzione più efficace è la vaccinazione. Tenuto conto del trend decisamente in calo dell'adesione da parte dei dipendenti dell'A.O.U.P. registrato negli anni 2005/2008, si è sperimentata una nuova strategia vaccinale per la stagione 2008/2009. Si è posta in essere una proposta vaccinale sul posto di lavoro che ha portato i nostri medici vaccinatori in giro per i singoli reparti dell'A.O.U.P. al fine di ottenere un'adesione più ampia.

CONTENUTI

Obiettivo principale del presente studio è stata l'analisi della correlazione tra l'adesione alla campagna vaccinale e la diversa metodica adottata nelle stagioni 2005/2008 e 2008/2009. È stata valutata la percentuale di operatori sanitari che per ogni stagione ha aderito all'iniziativa, in relazione ad alcune varia-

bili socio-demografiche e alla ragione che ne ha motivato la scelta. I dati socio-demografici analizzati hanno riguardato l'età media, il sesso, la residenza, l'unità operativa di appartenenza ed in particolare la mansione lavorativa, al fine di evidenziare un'eventuale differenza di adesione tra il personale che presta o meno assistenza ai pazienti. Dall'analisi dei dati è emersa una riduzione dell'età media dei soggetti vaccinati nella stagione 2008/2009 (48,3) rispetto agli anni 2005/2008 (49,4). Il rapporto uomo-donna è stato: 62,9% M 37,1% F nel 2005/6; 58,1% M 41,9% F nel 2006/7; 57,2% M 42,8% F nel 2007/8; 59,1% M 40,9% F nel 2008/9. Il rapporto in termini percentuali di residenti in provincia di Palermo e non è stato: 81,7% R 18,3% NR nel 2005/6; 85,1% R 14,9% NR nel 2006/7; 84,2% R 15,8% NR nel 2007/8; 94,2% R 5,8% NR nel 2008/9. Il rapporto in termini percentuali di vaccinati che si occupano di assistenza ai pazienti rispetto a coloro i quali lavorano in altri ambiti è stato: 66,3% A 33,7% NA nel 2005/6; 68,8% A 31,2% NA nel 2006/7; 68,8% A 31,2% NA nel 2007/8; 51,5% A 48,5% NA nel 2008/9.

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati mostra come a fronte di un trend di adesione in calo, pressoché costante, nel triennio 2005-2008 (14,7% 2005/6; 10,8% 2006/7; 8,24% 2007/8) con la modalità di somministrazione del vaccino presso il nostro dipartimento, nell'ultima campagna si sia ottenuto un rialzo, verosimilmente, legato al nuovo metodo di vaccinazione adottato, come la somministrazione presso le sedi lavorative (11,28% 2008/9). Questi risultati incoraggiano a proseguire nell'azione di promozione dell'adesione alla vaccinazione tra il personale operante nelle strutture sanitarie attraverso interventi mirati, che abbiano nella formazione ed informazione del personale e dei degenti il punto di forza, migliorandone la proposta vaccinale.

4° classificato

Applicazione di un sistema di verifica alla procedura per la sterilizzazione del materiale chirurgico

G. Olivieri, V. Rossi, P. Ciaramella, M. D'Urzo, S. Ricciardelli, R. Abbate, A. Galdieri, C. Parmeggiani, A. Gimigliano

IRCCS - Fondazione "G. Pascale"

PAROLE CHIAVE

Procedura, disinfettanti, responsabilità.

INTRODUZIONE

Nell'anno 2009 il Servizio Infermieristico ha condotto un'indagine tra il personale infermieristico tra i cui obiettivi risiedeva la rilevazione dell'ottemperanza alla procedura validata nel 2006 per la sterilizzazione del materiale chirurgico.

CONTENUTI

Il campione è stato rappresentato dal personale infermieristico delle strutture di degenza ordinaria, ambulatoriali e di chemioterapia D.H. Sono di seguito riportati i dati relativi alla sola parte di degenza ordinaria.

La partecipazione è stata richiesta a 100 infermieri; il rifiuto a partecipare all'indagine ha riguardato 51 infermieri che hanno addotto come motivazione la "mancanza di tempo", anche laddove si rilevava la non veridicità per la scelta degli orari di effettuazione dell'indagine. È stato usato un questionario anonimo, strutturato a risposta multipla/aperta composto da 9 items; una volta compilato è stato posto direttamente dall'intervistato all'interno di un contenitore sigillato per assicurare un totale anonimato. Le domande hanno riguardato la definizione di sterilizzazione, modalità di conservazione del materiale sterile, decontaminazione prima dell'invio alla centrale di sterilizzazione, i disinfettanti presenti per il lavaggio delle mani e per la decontaminazione, etichettatura dei kit monopaziente, responsabilità della compilazione della scheda di consegna/ritiro del materiale.

Si è utilizzata l'occasione anche per rilevare le esigenze formative del personale.

L'analisi dei risultati ha mostrato la necessità di un approfondimento in relazione, in particolare, a due domande:

c. La procedura dell'Istituto prevede la decontaminazione del materiale chirurgico in reparto:

1 - sempre, prima di inviare il materiale in sala operatoria

2 - mai, non è prevista

3 - solo nei fine settimana

La procedura validata in Istituto non prevede la decontaminazione da parte del personale utilizzatore in conseguenza della presenza di lava strumenti.

Dall'osservazione c/o la centrale di sterilizzazione si è rilevata l'aderenza a quanto disposto, ma il 65% del personale ha risposto "sempre, prima di inviare il materiale in sala operatoria."

e. I disinfettanti presenti in reparto per la decontaminazione del materiale chirurgico sono:

1. neoxidina

ammonio quaternario

polifenolo

nessuno di questi, ma: _____

A questa domanda solo il 22% del campione ha risposto correttamente (è in uso il Fenplus), il 31% ha risposto "neoxidina", il 10% ammonio quaternario ed il 12% ha indicato altri disinfettanti.

CONCLUSIONI

I risultati dell'indagine fanno propendere per la necessità di una revisione complessiva della procedura e la predisposizione di un piano per la formazione specifica. È emerso come il personale infermieristico abbia risposto secondo quanto ritenesse fosse più "corretto" e non considerando la realtà organizzativa del contesto. In particolar modo ciò si evince dalle risposte inerenti la decontaminazione dello strumentario chirurgico dove la stragrande maggioranza ha risposto di effettuare una procedura che nella realtà non è in uso. Per le indagini future si provvederà a strutturare il disegno tenendo conto della necessità di prevedere strumenti di verifica diretta ad obiettivi intermedi. Nella costituzione dei gruppi di lavoro per l'implementazione e revisione delle procedure si provvederà ad un maggiore coinvolgimento del personale infermieristico di assistenza diretta.

5° classificato

Proposta di un codice etico della sicurezza nelle strutture sanitarie

D. Laddaga, A. Sanguedolce, M. Formoso

Ospedale Ente Ecclesiastico "F. Miulli" Acquaviva delle Fonti (Ba)

PAROLE CHIAVE

Codice, etico, sicurezza

Il Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231, recante "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300" ha introdotto per la prima volta nel nostro ordinamento la responsabilità in sede penale degli enti, che si aggiunge a quella della persona fisica che ha realizzato materialmente il fatto illecito.

L'adozione di principi etici rilevanti ai fini della prevenzione dei reati ex D. Lgs. 231/2001 costituisce un elemento essenziale del sistema di controllo preventivo.

Tali principi possono essere inseriti in un codice etico (o codice di comportamento).

In termini generali i codici etici sono documenti ufficiali dell'ente che contengono l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dell'ente nei confronti dei "portatori d'interesse" (dipendenti, fornitori, clienti, Pubblica Amministrazione, azionisti, mercato finanziario, ecc.).

Tali codici mirano a raccomandare, promuovere o vietare determinati comportamenti, al di là ed indipendentemente da quanto previsto a livello normativo, e possono prevedere sanzioni proporzionate alla gravità delle eventuali infrazioni commesse.

I codici etici sono documenti voluti ed approvati dal massimo vertice dell'ente.

Nel caso specifico è stata predisposta una struttura minima - focalizzata sui comportamenti rilevanti ai fini del D. Lgs. n. 231/2001 e distintamente formulata in relazione alla generalità delle fattispecie dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose commessi con violazione delle norme di tutela della salute e sicurezza sul lavoro - che può costituire una porzione di un più ampio codice etico eventualmente esistente.

La struttura proposta - ovviamente non vincolante - è rappresentata da una serie di regole con cui la struttura sanitaria dovrebbe esplicitare chiaramente e rendere noti, mediante un documento formale, i principi e criteri fondamentali in base ai quali vengono prese le decisioni, di ogni tipo e ad ogni livello, in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

6° classificato

La gestione del rischio clinico: nuovo modello organizzativo nelle aziende sanitarie

Egidio Sesti, Giuseppe Saieva, Gabriella Nasi

Roma

INTRODUZIONE

Rispetto al passato il Risk Management si è oggi aperto ad un campo molto ampio d'applicazioni, con ambiti operativi interfacciati con tutte le unità e funzioni aziendali sanitarie.

Contenuto. Fermo restando che nell'applicazione di un proprio modello organizzativo, ogni Azienda può decidere di muoversi in autonomia, garantendo tuttavia i requisiti eventualmente definiti dalle linee d'indirizzo regionali, la gestione del rischio clinico è una funzione strategica in primo luogo, ed operativa nell'attuazione.

L'assetto organizzativo deve quindi distinguere più "livelli" di responsabilità. Livello strategico: Direzione Generale, Collegio di Direzione, Direttore Sanitario Aziendale, Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero, Direttore di Servizi/Dipartimenti;

Livello operativo: Risk Manager. Livello attuativo: Direttori di Dipartimenti Assistenziali, di Struttura Complessa e di UU.OO, Gruppo di Coordinamento per l'Attività di Gestione del Rischio, Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS), Gruppi Operativi Interdisciplinari, Comitati e Commissioni.

Il risk management va inteso come una struttura organizzata, che lavora, eroga prestazioni e servizi, determina risultati secondo criteri di buona qualità delle cure, favorisce i sistemi di convivenza, gli ambiti e le regole tra paziente e professionista sanitario. Può rappresentare uno strumento di semplificazione della realtà sanitaria complessa, caotica, dinamica ed in continua evoluzione..

Livello strategico - La Direzione Generale Identifica il risk Manager in possesso di specifiche e qualificate. Istituisce un servizio d'ingegneria.

Il Collegio di Direzione - approva il "piano d'attività annuale per la gestione del rischio".

CONCLUSIONI

Il risultato di questo modello è una rete integrata e gli effetti sono:

- costruire rapporti funzionali tra i servizi e canali di comunicazione continuativi, che garantiscono disponibilità e collaborazione. Ciò permette la circolazione delle informazioni, la formazione e l'aggiornamento degli operatori sul campo.
- creare le condizioni affinché i professionisti collaborino, confrontino i risultati clinici ottenuti e concordino comuni strategie di comportamento clinico.

Lo scenario è in definitiva una mappa operativa, con le indicazioni pratiche per orientarsi nel groviglio della complessità, delle novità, dei linguaggi e delle tendenze emergenti senza operare tagli e semplificazioni riduttive.

Come scrive Mark Taylor nel libro "Il momento della complessità" stiamo vivendo un momento straordinario dove i sistemi e le strutture che hanno a lungo organizzato la nostra vita mutano a una velocità senza pari. Una metamorfosi così rapida e invasiva rende necessari nuovi modelli di comprensione del mondo e della nostra esperienza.

7° classificato

Il S. Maria della Misericordia di Perugia: la tecnologia al servizio dell'accoglienza

M. Pioppo*, **W. Orlandi****, **E. Duca*****, **C. Di Maio******

* Responsabile Staff Controllo di Gestione e Sistema Informativo Azienda Ospedaliera di Perugia;

** Direzione Generale Azienda Ospedaliera di Perugia;

*** Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera di Perugia;

**** Medico in Formazione Specialistica - Direzione Medica Azienda Ospedaliera di Perugia.

INTRODUZIONE

La struttura dell'Ospedale S. Maria della Misericordia nuovo Polo Ospedaliero di Perugia, si estende su una superficie di 130 mila metri quadrati e rappresenta un complesso articolato e dinamico di attività sanitarie con 823 posti letto e 51 strutture complesse. Non è certo semplice districarsi, né per gli addetti ai lavori, tanto meno per gli assistiti molto spesso anziani, in questa molteplicità di percorsi, ambulatori e multi professionalità.

La riorganizzazione del servizio accoglienza/informazione ha costituito un obiettivo prioritario per la direzione aziendale perché costituiva una forte criticità il fatto che molti cittadini, all'interno della struttura, dimostravano un alto livello di disorientamento per raggiungere i vari servizi assistenziali.

Si è reso necessario quindi conciliare la complessità e la tecnologia della "macchina ospedale", con aspetti quali la dimensione umana, la fiducia, l'accoglienza: in una parola l'*umanizzazione*.

PAROLE CHIAVE

Complessità, Tecnologia, Accoglienza

CONTENUTI

Il *Progetto Accoglienza* punta agli aspetti relazionali di comunicazione e informazione come punto cruciale di incontro tra il Cittadino e l'Ospedale. L'intera struttura ospedaliera è stata suddivisa in blocchi e percorsi di accesso individuati con lettere e codici colore. Per il nuovo Servizio Accoglienza sono stati allestiti 5 punti informativi negli ingressi e nei principali snodi di maggior flusso di utenti. Ogni punto è presidiato da personale appartenente ad Associazioni di Volontariato che rispondono alle richieste dei cittadini tutti i giorni feriali,

otto ore al giorno, garantendo l'accoglienza, l'informazione e l'orientamento. Con l'apertura del nuovo ingresso è nato il sistema integrato d'orientamento composto da un maxi pannello consultabile nell'ingresso principale, come un elenco telefonico, con servizi e reparti disposti in ordine alfabetico, un touch screen interattivo che selezionando il reparto desiderato permette la visualizzazione della mappa e l'indicazione del percorso consigliato – il navigatore nel sito web con possibilità di consultazione dal proprio cellulare o dal computer di casa per stampare la mappa con il percorso dove viene indicato al cittadino anche il parcheggio e l'ingresso consigliati – frecce a pavimenti con gli stessi codici colore dei percorsi.

CONCLUSIONI

Con la realizzazione di questo progetto la struttura ospedaliera, che viene visitata ogni giorno da oltre 10.000 persone, è stata ripensata come una piccola città: così l'ingresso principale è diventato *piazza Raffaello Silvestrini*, il vecchio nome dell'Ospedale ancora molto usato dai cittadini; i corridoi di collegamento tra i vari blocchi sono la *via Fortebraccio*, *via del Grifo*, *via del Leone*, *via della Pace*, *via Augusta (Perusia)*, con richiami ai luoghi urbani cari e riconoscibili e alla storia lontana e recente della città di Perugia al fine di rendere gli spazi ospedalieri meno ostili e in grado di riprodurre luoghi e percezioni familiari. Il *Progetto Accoglienza* è stato un passo importante di quel complesso processo che ha portato l'Ospedale S. Maria della Misericordia ad avere sempre di più una valenza positiva per la città ed essere vissuto come una struttura aperta al territorio, recuperando quel senso di appartenenza alla comunità sociale che è stato molto forte nel passato anche per il Policlinico di Monteluce.

7° classificato a parimerito

ASL1 IMPERIESE

SANITÀ & SVILUPPO SOSTENIBILE

Tra 10 anni ... sarà troppo tardi!!!



- L'80% della produzione mondiale è consumata dal 20% della popolazione
- Gli ospedali sono "AZIENDE INQUINANTI"
- Bisogna agire SUBITO: UNIAMOCI per fare *insieme* qualcosa di concreto

Creiamo *insieme* **una rete** di Aziende Ospedaliere e Territoriali per elaborare ed attuare azioni che mettano in moto una dinamica salute-ambiente orientata ai settori produttivi ospedalieri, per creare un approccio **sostenibile e solidale** alle attività assistenziali. Ecco alcune **idee di azione** :



- Acquisti responsabili
- Rifiuti
- Energia e Acqua
- Lotta alle infezioni
- Ecocostruzioni
- Formazione
- Management sostenibile
- Gas con effetto serra
- Educazione e promozione della salute

Contattaci ed entra anche tu nella ECO-RETE della SANITÀ SOSTENIBILE:
perché... un'altra sanità è possibile!

ASL 1 Imperiese
dottor Gian Paolo PAGLIARI
telefono 0184/536.535 - e-mail g.pagliari@asl1.liguria.it

Comunicazioni

1° classificato

Progetto della azienda sanitaria di Firenze per l'attuazione della delibera della Regione Toscana sui modelli della discharge room e delle agenzie per i servizi per la continuità ospedale-territorio

A. Alessandri*, **S. Naldini***, **S. Brugnoli***, **S. Guarducci****, **M.T. Mechi*****

Azienda Sanitaria di Firenze - Ospedale San Giovanni di Dio

**Direzione Sanitaria - Progetto Umanizzazione e Accoglienza,*

***Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva,*

****S.C. Sviluppo e innovazione dei Servizi Sanitari*

ABSTRACT

La Regione Toscana ha richiesto alle Aziende Sanitarie un progetto per l'applicazione della Delibera GRT n.1010 del 01.12.2008 che ha per oggetto: "Interventi ed iniziative per il miglioramento dell'efficacia ed efficienza nelle attività del Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie Toscane secondo i modelli della Discharge room e delle Agenzie per i Servizi per la continuità ospedale-territorio". Tale Delibera nasce dall'esigenza di risolvere il problema del sovraffollamento del Pronto Soccorso (e la relativa qualità percepita dal cittadino), condizione sostanzialmente determinata dalla mancanza di una specifica organizzazione per la gestione dei posti letto, e dalla mancanza di una struttura funzionalmente dedicata alle dimissioni difficili, che richiedono non solo la revisione dei processi interni alla struttura ospedaliera, ma anche e soprattutto, l'integrazione con attività svolta dai servizi socio-sanitari territoriali.

Presentiamo in questo lavoro il progetto della ASF 10.

PAROLE CHIAVE

Discharge room, flussi DEA

INTRODUZIONE

La Delibera GRT n.1010 del 01.12.2008 della Regione Toscana recita: "il sistema ospedaliero con la sua orga-

nizzazione interna, tende a lavorare con una tempistica che può determinare la presenza di "colli di bottiglia"... Il problema del sovraffollamento del Pronto Soccorso (e la relativa qualità percepita dal cittadino) è una condizione sostanzialmente determinata dalla mancanza di una specifica organizzazione per la gestione dei posti letto ospedalieri..." e ancora: "la "presa in carico" dei bisogni dei cittadini e la continuità ospedale-territorio, in particolare per le dimissioni ospedaliere difficili, richiedono non solo la revisione dei processi interni alla struttura ospedaliera, ma anche e soprattutto, l'integrazione con attività svolta dai servizi socio-sanitari territoriali, con una organizzazione funzionalmente dedicata. Pertanto prevede una serie di azioni che facilitino il passaggio dal DEA alla degenza e verso la dimissione.

MATERIALI E METODI

Esperienze consolidate mostrano che la risposta più efficace ad un problema complesso raramente risiede in una sola soluzione, ma generalmente in un mix di accorgimenti che messi in serie diventano sinergici, aumentando la valenza complessiva.

Il progetto dell'Azienda sanitaria di Firenze si articola in 3 sottoprogetti:

1. La "Zona Discharge"

Il problema dello scorrimento del flusso dei pazienti dal DEA ai reparti di degenza è stato analizzato all'interno dei presidi aziendali evidenziando come principali mo-

menti di rallentamento il picco orario delle decisioni di dimettere, dei pazienti pronti per essere dimessi e dei pazienti dimessi

Le soluzioni organizzative individuate prevedono:

- individuazione precoce dei pazienti dimissibili, per organizzare i documenti e l'eventuale trasporto in ambulanza il giorno precedente
- anticipazione del check out dei pazienti dimissibili in modo da assicurare le prime dimissioni nella prima parte della mattina
- realizzazione di zone Discharge, ovvero spazi in cui stazionino i pazienti dimessi, in attesa dei mezzi per essere trasportati al proprio domicilio

Non essendo possibile in questa fase realizzare una zona di discharge per ciascun presidio, per sono stati recuperati spazi di accoglienza per i pazienti dimessi all'interno dei blocchi di degenza adibiti ad altre attività, senza ridurre il numero dei posti letto. Tali spazi sono capaci di accogliere in modo confortevole i pazienti dimessi che devono lasciare il reparto, con la possibilità di poter guardare la TV, di consumare pasti, leggere o semplicemente riposare in attesa dell'arrivo del mezzo di trasporto. Il paziente rimane affidato al personale di reparto. Il progetto prevede una sperimentazione di 12 mesi nei principali presidi dell'Azienda.

2. Agenzia per la continuità ospedale territorio

Lo scopo del progetto è quello di ricercare la migliore collocazione spazio-tempo della risorse necessarie ad assicurare al paziente in dimissione un'assistenza senza interruzioni, senza passaggi di mano non governati dal sistema, senza duplicazioni e con la certezza che il livello di appropriatezza e competenza necessaria per affrontare il suo problema siano costantemente assicurati.

Si tratta quindi di assicurare al paziente un percorso snello e sicuro fra i vari livelli di assistenza e contestualmente garantire l'efficienza dell'organizzazione interna ospedaliera.

Il progetto propone un anno di sperimentazione per l'attivazione temporanea di una Agenzia aziendale per la continuità ospedale-territorio, formata da: referente dell'Osservatorio sull'appropriatezza, referente per il supposto alle Società delle Salute, Referenti delle Zone/SDS, responsabili ospedalieri delle funzioni di smistamento pazienti.

L'Agenzia assicura l'assegnazione ai team zonali per la continuità ospedale-territorio delle risorse di livello aziendale (giornate di lungodegenza, riabilitazione in struttura, cure intermedie), il controllo del loro utilizzo appropriato e del corretto svolgimento del processo della dimissione complessa. Quattro infermieri assicureranno la funzione di facilitatori nel team per al continu-

ità ospedale-territorio e due medici specialisti in igiene saranno assegnati all'Osservatorio appropriatezza per il monitoraggio della sperimentazione

3. Assistenza sociale all'interno del DEA

Tra le maggiori criticità presenti all'interno di alcuni DEA dell'Azienda, sicuramente una è costituita dall'accesso di una tipologia di utenza che presenta problemi legati principalmente ad una insufficiente tutela domiciliare (anziani fragili e popolazione migrante temporaneamente presente). Non risultano attualmente in Italia esperienze consolidate in merito alla presa in carico degli aspetti sociali anche nei DEA, ma è opinione condivisa che una corretta analisi del bisogno sociale e la conoscenza professionale della rete dei servizi, possa aiutare ad avviare la persona verso i percorsi di tutela.

L'intercettazione del problema sociale avviene nell'ambito del triage, attraverso strumenti di valutazione semplici, in modo da non interferire con l'accertamento clinico, ma che utilizzino criteri codificati per l'individuazione di soggetti a rischio sociale, per attuare azioni professionali volte ad accompagnare verso percorsi assistenziali adeguati e a facilitare l'integrazione con i servizi territoriali, oltre a facilitare la comunicazione fra sistema e famiglia.

RISULTATI ATTESI

Per il sottoprogetto 1: almeno una dimissione entro le ore 10.00 am per blocco di degenza e recupero medio di due ore nella messa in disponibilità del letto per ammissioni dal DEA

Per il sottoprogetto 2: monitoraggio appropriatezza ed efficienza del processo della dimissione complessa (rispetto dei tempi previsti, criticità nella comunicazione, corretto utilizzo delle risorse, allineamento tra bisogno e risposta)

Per il sottoprogetto 3: maggior cura degli aspetti relazionali nel momento "urgenza", con diminuzione delle tensioni soggettive ed oggettive, corretto avvio del processo di "uscita" dalla situazione complessiva di urgenza, contenimento delle recidive di accesso per motivi prevalentemente sociali.

CONCLUSIONI

Nella ASF ci aspettiamo un miglioramento dei flussi dal DEA verso i reparti e successivamente verso il territorio, grazie alla sperimentazione dei modelli di Discharge room e Agenzia/servizi per la continuità ospedale-territorio.

2° classificato

La valutazione della Clinical Competence: Quali interrelazioni con i Percorsi di Accredimento all'Eccellenza? L' Esperienza pilota dell' UO di Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza

M.Loizzo *, **S.Palazzo****, **R.Biamonte****, **A. Benvenuto***, **S.De Paola***, **O.Perfetti***

*Direzione Sanitaria, **Oncologia Medica Azienda Ospedaliera di Cosenza

PAROLE CHIAVE

Clinical Competence, Accredimento all'Eccellenza

INTRODUZIONE

La Qualità dell'assistenza sanitaria è fortemente condizionata dalla competenza professionale di chi la eroga. Essa come altri parametri può essere misurata. La clinical competence è un insieme articolato e complesso di variabili riconducibili a conoscenze teoriche (Knowledge), Competenze tecniche-pratiche (Skills) e attitudini (mentali, culturali, emotive). La maggior parte delle valutazioni della clinical competence coincide con la valutazione delle competenze tecniche (skills), ma vi sono altre dimensioni di competence afferenti per esempio alla componente integrativa e di contesto, alla componente cognitiva, relazionale, affettiva/morale e attitudini mentali tutte fortemente rilevanti. Nell'accredimento all'eccellenza un elemento fondante è rappresentato dalla competence clinica che garantendo il conseguimento di standard tecnico-professionali elevati condiziona fortemente gli esiti di salute sul paziente.

MATERIALI E METODI

Nell'UO di Oncologia medica dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza è stato realizzato un percorso sull'Accreditamento all'eccellenza promosso dal Collegio Italiano Primari Oncologi Ospedalieri (CIPOMO) che ha realizzato una valutazione inter pares nell'UO con una regolamentazione dell'esperienza di tipo professionale. Preliminarmente si è Redatto il Manuale di Accredimento della UO, secondo standard formalizzati e approvati dalla Società Scientifica e condivisi. L'Architettura del Manuale di accreditamento ha

previsto criteri generali e specifici, declinati per aree e con punteggi di valutazione adeguati alle migliori performance (eccellenza). Nell'ambito dei criteri specifici è stata analizzata la Competence professionale in merito a:

DIMENSIONE TECNICA

AREA RISORSE UMANE

Criterio 5. Sono definiti le competenze ed il training necessario per ogni figura professionale oltre alle modalità di acquisizione e di valutazione degli stessi.

Criterio 6. Esistono percorsi formativi, aziendali o di dipartimento o della U.O., per garantire il mantenimento delle competenze richieste, e ne è documentata la partecipazione.

Criterio 8. Nel caso di acquisizione di una nuova tecnologia deve essere documentata l'effettuazione di un periodo adeguato di formazione.

Criterio 15. Vi sono procedure atte a favorire l'inserimento operativo del personale medico ed infermieristico di nuova acquisizione (tutor, affiancamento, ecc.)

DIMENSIONE INTEGRATIVA

Prende in esame la valutazione dell'accesso all'informazione, la garanzia della privacy, della confidenzialità e dignità del paziente, il consenso ai trattamenti, le relazioni tra colleghi.

Area risorse umane

Criterio 9. Sono utilizzate procedure formalizzate di valutazione del Personale, in particolare per valutare:

- possesso di competenze previste per lo svolgimento delle attività
- attenzione al paziente
- relazioni con i colleghi e l'altro personale
- partecipazione ad iniziative di miglioramento della qualità.

Criteria generali. Organizzazione per il paziente

Criterio 1. Devono essere definiti:

- i programmi e le azioni per identificare i bisogni e le aspettative dei pazienti
- le necessità mediche ed infermieristiche del paziente, identificate nella valutazione iniziale, conferendo priorità ai bisogni di cura più urgenti ed importanti;
- le procedure di accesso e di prenotazione, ed i criteri per la definizione delle liste di attesa, differenziati per tipologia di problemi e di attività, approvati dalla Direzione Medica della struttura
- le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari nelle decisioni e nei piani di cura.

DIMENSIONE DI CONTESTO

(analizza il set assistenziale e l'uso del tempo)

Criterio 11: L'U.O. effettua riunioni periodiche di servizio di cui esiste documentazione con riassunto ed elenco dei partecipanti. È verificata la traduzione in pratica di quanto deliberato e delle azioni correttive intraprese.

DIMENSIONE EMOZIONALE/MORALE

(Preso in carico globale e Care del paziente dalla diagnosi alle fasi terminali con le problematiche delle terapie Palliative, Responsabilità nei confronti del paziente e della società)

Criterio 2. È documentato che il paziente ed i familiari sono informati in merito al diritto alle cure, alla condivisione delle cure, al diritto di rifiutare o sospendere le cure mantenendo il diritto a venire comunque seguiti dal team oncologico, sino alla possibilità che il paziente possa scegliere anticipatamente, nel periodo precedente a quello in cui le sue condizioni psico-fisiche non glielo consentono più, le cure cui essere o non essere sottoposto (c.d. "direttive anticipate").

Criterio 18. Esiste evidenza che la U.O. prevede la figura del *care giver* per tutti i pazienti "ad alto carico assistenziale".

Criterio 16. Vengono svolte periodiche iniziative di formazione mirate agli aspetti di diretto rapporto con il paziente, quali comunicazione, ascolto, umanizzazione, personalizzazione.

La verifica ha previsto l'utilizzo di strumenti quali l'Audit, l'osservazione diretta e l'Analisi del portfolio professionale. L'Audit si è concretizzato in una visita di verifica strutturata da parte di una Commissione multiprofessionale, individuata da CIPOMO che ha analizzato la corrispondenza tra il dichiarato e le evidenze riscontrate sul campo con osservazione diretta e attraverso una revisione del portfolio (documentazione della attività clinica effettuata dai professionisti)

A seguito dell'Audit è stata effettuata una valutazione positiva con concessione dell'Accreditamento all'eccellenza all'UO.

RISULTATI

Per arrivare alla certificazione d'eccellenza della UO si sono applicati alcuni ben collaudati strumenti: Applicazione di pratiche professionali EBM, linee guida, Percorsi diagnostici terapeutici, programmi di risk management. La novità è rappresentata dal focus sulla rilevazione degli standard professionali, sulla capacità di lavorare in team all'interno di un setting e timing assistenziale adeguato, l'implementazione di "reti" per il paziente e l'attenzione all'umanizzazione degli interventi e del rapporto medico-paziente.

CONCLUSIONI

L'integrazione di modelli di valutazione della qualità dell'assistenza è fondamentale se si vuole avere una visione a tutto campo dell'esistente e del migliorabile all'interno di un sistema sanitario. Ad oggi esiste un gap tra gli approcci alla qualità delle cure a secondo che essi siano manageriali o clinici. In sintesi documentare di lavorare bene è più facile che documentare l'outcome. È indispensabile che la cultura della valutazione entri a pieno titolo non solo nell'analisi di aspetti storicamente più verificabili e verificati (strutture, dotazioni tecnologiche, organizzazione), che sono solo precondizioni per fornire adeguati livelli di assistenza sanitaria, ma anche e principalmente nella determinazione di variabili quali la competenza professionale che rappresentano la criticità maggiore nell'erogazione di cure con esiti efficaci per i pazienti. Strumenti formalizzati ed EBM-based già riconosciuti ed applicati in letteratura per la valutazione della clinical competence (DOPS, MiniCex, osservazione diretta, simulazioni sui pazienti, Multisource feedback assessment) saranno, in fase di riverifica dell'accreditamento, sviluppati.

3° classificato

Gli assetti dipartimentali ospedalieri tra strutture formali e organizzazione informale. Analisi relazionale sui dipartimenti del Presidio Ospedaliero Dell'AUSL di Bologna

G. Pieroni*, M.P. Fantini**, A. Longanesi*, D. Mascia***, A. Cicchetti***

* Azienda USL di Bologna

** Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Alma Mater Studiorum. Università di Bologna

*** Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

ABSTRACT

Lo studio ha analizzato le relazioni professionali che intercorrono tra i medici di tre dipartimenti ospedalieri dell'Ausl di Bologna. Utilizzando i metodi di ricerca della social network analysis (Sna) l'indagine ha valutato l'entità e le caratteristiche di tali relazioni per verificare la corrispondenza tra assetto formale e organizzazione informale dei dipartimenti in esame. Attraverso appropriate tecniche di analisi è stata inoltre ricercata la correlazione tra caratteristiche attributive dei professionisti, indicatori relazionali e propensione dei medici ad utilizzare alcuni strumenti tipici del governo clinico.

PAROLE CHIAVE

Dipartimenti, Social network analysis, EBM, governo clinico

INTRODUZIONE

Dopo anni di dibattiti, proposte e sperimentazioni caratterizzati da apprezzabili contenuti teorici ma da scarsa rilevanza pratica e deboli legami con il contesto di riferimento, l'approvazione del D. Lgs. vo 229/99 ha dato l'avvio alla progressiva diffusione del modello di organizzazione dipartimentale, oggi riferimento indiscusso per la gestione degli ospedali del SSN. Diverse indagini hanno accompagnato e fotografato in itinere lo svolgersi del processo di dipartimentalizzazione evidenziando un panorama nazionale eterogeneo riguardo tempi di attivazione, modelli organizzativi adottati e risultati conseguiti nelle diverse realtà regionali ed aziendali. Allo stato attuale il dibattito scientifico è centrato sulle caratteristiche dei diversi modelli organizzativi e sulla capacità dell'organizzazione dipartimentale di promuovere un effettivo cambiamento nella gestione delle strutture sanitarie, orientandole sempre più verso obiettivi di governo clinico. La letteratura nazionale ed internazionale è ancora divisa nel riconoscere il ruolo dei dipartimenti come motore del cambiamento

e molti studi si pongono lo scopo di dare risposta alle seguenti domande (Cicchetti, 2004):

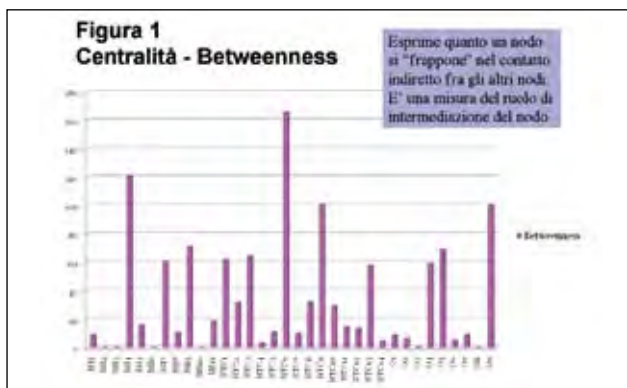
- La nuova "governance" è in grado di assicurare la sintesi tra obiettivi di tipo economico ed esigenze di natura clinica?
- La struttura organizzativa "formale" favorisce le interrelazioni "utili" al processo clinico - assistenziale?
- Il management (del dipartimento) è capace di "modificare" in modo efficace strutture organizzative che resistono al cambiamento in quanto soggette a regole e comportamenti tipici di una cultura "professionale"?

Sebbene la maggioranza degli autori sostenga la validità intrinseca del modello dipartimentale c'è anche chi non esita a sostenere e a voler dimostrare che l'asse principale sul quale poggia il processo decisionale in ospedale continua ad essere quello professionale, mentre l'assetto "formale" e le regole istituzionali disegnati per i dipartimenti, hanno scarsi effetti sui comportamenti dei singoli professionisti (Braithwaite, 2006).

Il confronto in corso tra gli esperti di management sanitario sui dipartimenti ospedalieri, la crescente attenzione sui modelli di organizzazione a rete e le indagini sui servizi sanitari condotte con strumenti di analisi dei network, hanno rappresentato la base su cui sviluppare il disegno dello studio. La *prospettiva relazionale* e le tecniche di *Sna* sono state impiegate in un'indagine empirica per osservare la struttura delle relazioni che intercorrono nell'ambito dei dipartimenti, tra le unità operative (UO) e tra i clinici, al fine di assicurare lo svolgersi dei processi clinico assistenziali.

L'indagine si è posta tre obiettivi.

- 1) Confrontare la rete delle relazioni "reali" che intercorrono tra UO e tra clinici con le relazioni "progettate" attraverso i criteri di aggregazione dei dipartimenti. In sostanza è stata confrontata, con intenti esclusivamente conoscitivi, la struttura organizzativa formale - istituzionale con quella "informale", che emerge dalle relazioni routinarie tra i professionisti.
- 2) Comprendere se e come i fattori di natura attributiva che caratterizzano i medici (es. età, sesso, laurea, anni di permanenza in



azienda, ecc.) incidano sulla natura e sull'intensità delle relazioni e delle collaborazioni professionali intrattenute con i colleghi all'interno dell'azienda.

3) Valutare se e come i fattori attributivi e/o relazionali siano in grado di spiegare l'attitudine mostrata dai singoli professionisti rispetto l'adozione di un approccio alla pratica clinica ispirato all'Evidence Based Medicine (EBM). Lo scopo è stato quello di verificare se la disponibilità / orientamento ad operare in una prospettiva EB sia più legata a caratteristiche personali piuttosto che all'influenza esercitata da coloro con i quali si entra in contatto per motivi lavorativi. La relativa semplicità della fase di indagine ha indotto ad arricchire gli obiettivi originari del lavoro allo scopo di correlare indicatori relazionali e attributivi con indicatori di "performance", in particolare di efficienza e appropriatezza.

MATERIALI E METODI

Le relazioni sono state rilevate tramite un questionario sociometrico somministrato via web e compilato online da parte dei medici target dello studio. Il questionario è stato organizzato in tre sezioni: la prima per la raccolta di informazioni anagrafiche e dati attributivi dei clinici; la seconda volta a raccogliere tramite due quesiti i dati relazionali, funzionali e di consulenza, verso le equipe di professionisti (unità operative) e verso i singoli colleghi; la terza sezione, articolata in tre domande, dedicata alla raccolta di informazioni sull'utilizzo delle evidenze scientifiche a supporto della propria pratica clinica (consultazione di riviste, banche dati, rapporti di HTA, etc.) e sulla effettiva possibilità di accesso a tali strumenti. L'azienda ha fornito i dati di struttura e la base dati degli indicatori di attività delle UO arruolate nello studio. La compliance complessiva è stata del 92% (302 rispondenti su un campione di 329 medici.), senza differenze significative tra i tre dipartimenti considerati. L'elaborazione dei dati è stata effettuata con SW specifici per l'analisi delle reti sociali, UCINET 6 per il

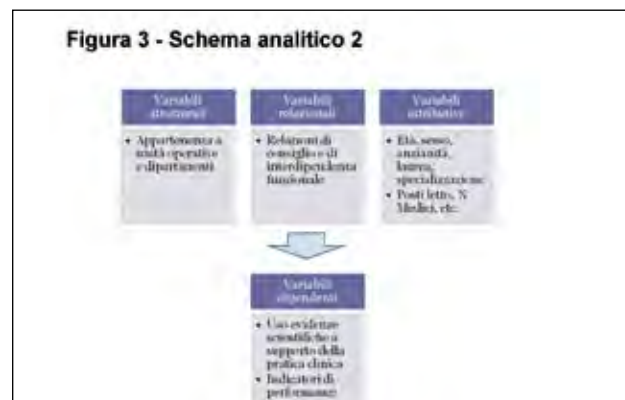
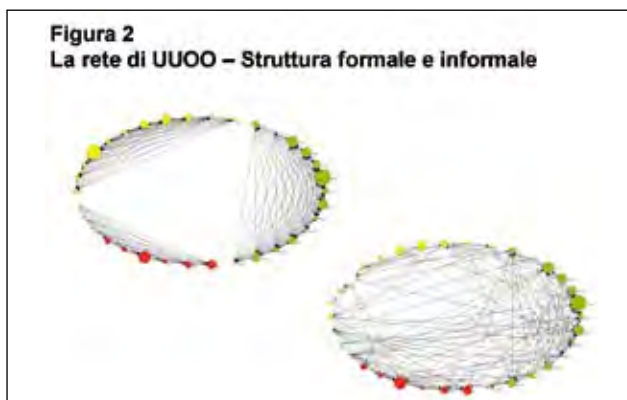
calcolo degli indicatori relazionali (centralità, densità, structural holes etc.), Pajek per l'analisi grafica dei network e con l'ausilio del software statistico STATA vers. 10.

RISULTATI

L'analisi dei risultati è distinta in due fasi principali. In primis è stato descritto il network di relazioni professionali rilevate, sono stati calcolati i relativi indicatori di centralità relazionale e verificato il grado di sovrapposizione tra struttura formale dei dipartimenti in studio (appartenenza dei clinici ai dipartimenti) con le relazioni informali (rapporti di collaborazione) che si stabiliscono nell'ambito clinico (Figure 1 e 2). Successivamente, attraverso l'analisi congiunta delle dimensioni attributive con quelle relazionali (prossimità sociale) è stato possibile correlare tali indicatori con la propensione e l'attitudine dei clinici ad utilizzare evidenze scientifiche a supporto della pratica clinica (Figura 3). I primi risultati forniscono un quadro ricco di informazioni ed evidenze, sia di ordine generale che direttamente riferite alla realtà aziendale indagata. In particolare si è rilevato un discreto grado di "sovrapposizione" tra struttura formale e informale dei dipartimenti in esame ma anche una ricca rete di relazioni tra clinici che non si esaurisce nel contesto operativo del proprio dipartimento. E' stata altresì dimostrata l'esistenza di significative correlazioni tra alcuni indicatori attributivi e relazionali e attitudine dei medici verso l'utilizzo dell'approccio EBM. A tale riguardo l'analisi del network consente di individuare dei "nodi" chiave della rete in grado di veicolare la diffusione delle conoscenze e svolgere con efficacia il ruolo potenziale di promotori, ad esempio, delle Best clinical practice, dell'EBM e quindi dei temi del governo clinico (Young, 2003). Altre evidenze, in specie la correlazione tra "centralità" degli attori organizzativi e alcuni indicatori di performance, meritano ulteriori approfondimenti e una definitiva validazione.

CONCLUSIONI

Lo studio dimostra che nella fase di indagine ed analisi organizzativa la prospettiva relazionale e la Sna consentono di porre in evidenza caratteristiche dei dipartimenti, dei suoi attori e delle loro reti di reciproche relazioni, in grado di favorire la comprensione di alcune dinamiche ricercate proprio attraverso l'organizzazione dipartimentale e quindi di specifico interesse per il management, i clinici e quanti altri impegnati nella gestione e nello sviluppo di questo modello organizzativo.



3° classificato a parimerito

L'applicazione delle raccomandazioni ministeriali n° 2/2008 e n° 3/2008 per la gestione del rischio attraverso l'implementazione di un nuovo registro operatorio

F. D'Agostino*, **A. Mottola****, **M. Rossi*****, **R. Lanzetta******, **P. Ferro*******

* Direzione Medica di Presidio - A.O. "G. Rummo" - Benevento

** Direzione Medica di Presidio - A.O. "G. Rummo" - Benevento

*** Direzione Sanitaria - A.O. "G. Rummo" - Benevento

**** Direzione Generale - A.O. "G. Rummo" - Benevento

***** Direzione Medica di Presidio - A.O. "G. Rummo" - Benevento

ABSTRACT

La ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico, nonché la non corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura chirurgica possono causare gravi danni, ma, al contempo, possono essere prevenute con adeguati interventi organizzativi. Lo stesso Settore Salute del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha emanato specifiche raccomandazioni in merito attribuendo alle direzioni aziendali la responsabilità di promuoverne lo sviluppo e l'implementazione a livello locale. Al fine di contestualizzare le indicazioni fornite a livello ministeriale e, soprattutto, di fornire al personale di sala operatoria uno strumento pratico per l'effettiva adozione di comportamenti sicuri nei confronti del paziente, presso l'A.O. "G. Rummo" di Benevento è stato realizzato un intervento non solo di redazione delle specifiche procedure aziendali, ma anche di elaborazione di uno strumento (nella fattispecie un nuovo registro operatorio) che supporti gli operatori in tutte le attività di sala, comprese quelle relative all'applicazione delle raccomandazioni ministeriali.

PAROLE CHIAVE

Sicurezza del paziente, raccomandazioni ministeriali, registro operatorio

INTRODUZIONE

La sala operatoria rappresenta il luogo dove per antonomasia si eseguono procedure altamente invasive a cui è correlato un rischio intrinseco di complicanze. Accanto a tale rischio, però, si può associare anche quello di errori non legati specificamente alla tecnica chirurgica, ma piuttosto ad una "complessità organizzativa" purtroppo talvolta ancora lontana dal potersi ritenere realmente ben organizzata. La presenza di profili professionali differenti che, pur lavorando nello stesso ambito operativo, ancora non sono perfettamente integrati tra loro e l'inserimento dell'attività di sala operatoria in processi che cominciano e terminano al di fuori di essa (pronto soccorso, reparti, rianimazioni, etc.) possono ulteriormente minare la sicurezza del paziente. Per tali motivi la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico, nonché la corretta

4 Raccomandazione Ministeriale n. 3 marzo 2008		
Fase 1 (accoglienza) Identificazione paziente	Infermiere di sala	Firma
Fase 2 (posizionamento) Identificazione Sito Chirurgico	Infermiere di sala	Firma
Fase 3 (incisione) Identificazione Sito Chirurgico	Primo chirurgo	Firma

Figura 1

Raccomandazione Ministeriale n. 2 marzo 2008			
Conteggio	Inizio intervento	Fine intervento	Firma
Garze lunghette			Infermiere Strumentista
Garze tamponi			Infermiere di sala
Garze laparotomiche			
Aghi			Primo Chirurgo
Strumentario			

Figura 2

identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura chirurgica sono state oggetto rispettivamente delle raccomandazioni ministeriali n° 2/2008 e n° 3/2008. Nella consapevolezza della rilevanza della tematica (si calcola che ogni anno 1 procedura su 1000-3000 sia aggravata da tali errori), della sua gravità (il tasso di mortalità conseguente alla ritenzione di materiale all'interno del sito chirurgico varia dall'11% al 35%) e, soprattutto, della sua prevenibilità attraverso interventi organizzativi, presso l'A.O. "G. Rummo" di Benevento si è proceduto all'applicazione delle relative raccomandazioni ministeriali attraverso l'implementazione di un nuovo registro operatorio che potesse rappresentare uno strumento operativo non solo di registrazione delle attività operatorie, ma anche di razionalizzazione ed integrazione delle stesse alla luce degli input ministeriali.

MATERIALI E METODI

Il nuovo registro operatorio e le procedure aziendali

Il nuovo registro operatorio adottato si compone non solo delle tipiche sezioni dedicate ai dati del paziente, del ricovero, dell'equipe chirurgica, dell'anestesia, dell'intervento e dei materiali utilizzati (protesi, etc.), ma anche di due specifiche sezioni dedicate all'applicazione delle raccomandazioni ministeriali. In particolare, la sezione n° 4 è dedicata all'applicazione della raccomandazione ministeriale n° 3/2008 (Figura 1); essa è a cura dell'infermiere di sala e del primo operatore che sono rispettivamente responsabili dell'identificazione del paziente nella fase di accoglienza in sala operatoria nonché dell'identificazione del sito chirurgico nelle successive fasi di posizionamento e di incisione.

La sezione n° 5, invece, è dedicata all'applicazione della raccomandazione ministeriale n° 2/2008 (Figura 2); essa è a cura dello strumentista, dell'infermiere di sala e del primo operatore che sono responsabili del conteggio del materiale utilizzato ad inizio e fine intervento.

Contestualmente alla elaborazione di questo nuovo strumento integrato, sono state redatte anche un'apposita procedura per la corretta gestione del nuovo registro ed una

istruzione di lavoro che colleghi le attività di corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura in sala operatoria con le analoghe attività che vengono effettuate in reparto e che rappresentano un elemento imprescindibile per contribuire al non verificarsi di errori.

Le fasi dell'implementazione

L'intervento organizzativo posto in essere ha previsto le seguenti fasi:

- individuazione del registro operatorio quale strumento per la gestione del rischio in sala operatoria;
- rielaborazione del registro in uso alla luce delle raccomandazioni ministeriali n°2 e n°3 attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare ad hoc;
- redazione della relativa procedura aziendali;
- sperimentazione del nuovo registro in uno dei blocchi operatori dell'azienda;
- monitoraggio della compliance rispetto all'utilizzo del nuovo strumento attraverso la conduzione di audit con il personale di sala operatoria e la valutazione della corretta compilazione del nuovo registro operatorio;
- adozione ufficiale del nuovo registro in tutte le sale operatorie dell'azienda.

RISULTATI E CONCLUSIONI

In base agli attuali risultati dell'esperienza avviata, l'implementazione del nuovo registro operatorio ha coinvolto positivamente gli operatori che hanno percepito l'intervento organizzativo come un'opportunità che ha permesso loro di soddisfare contemporaneamente le proprie esigenze e la tutela del paziente attraverso l'adozione di una forma grafica che non stravolgesse del tutto le abitudini consolidate, cosa che quasi sempre si rivela da ostacolo al cambiamento. In conclusione, dunque, ci si può ritenere soddisfatti del lavoro prodotto sino ad oggi pur consapevoli che occorra attendere un periodo più lungo di osservazione per valutarne l'efficacia e l'effettiva modifica nella realizzazione di pratiche assistenziali sicure.

3° classificato a parimerito

Il sistema LuMiR e la Clinical Governance

Mariangela Contenti, Gregorio Mercurio, Fabrizio L. Ricci, Luca D. Serbanati

Unità Sanità Elettronica, Istituto Tecnologie Biomediche, Consiglio Nazionale delle Ricerche (ITB-CNR)

ABSTRACT

Uno dei mattoni del Nuovo Sistema Informativo Sanitario è il Fascicolo Sanitario Elettronico. La specifica che ne è stata data dal Tavolo di Sanità Elettronica presenta alcune lacune riguardo all'uso statistico dei dati presenti nei documenti elettronici da esso gestiti. Per ovviare a ciò nel progetto LUMIR è stato definito un modello di riferimento per il dominio di interesse, basato sui concetti di contatto ed episodio assistenziale, a supporto dell'organizzazione dei dati clinici, e tale da facilitare il recupero ed il loro uso per fini di Clinical Governance.

PAROLE-CHIAVE

Sanità Elettronica, Fascicolo sanitario Elettronico, Governo Clinico

INTRODUZIONE

Nel settore sanitario si assiste a una forte innovazione nei sistemi informativi legata alla necessità di affrontare nel miglior modo possibile le problematiche dell'assistenza sanitaria. Nell'ambito del SSR l'obiettivo ultimo è la realizzazione di un Sistema Informativo Sanitario Integrato che riconduca a un unico macro-sistema tutte le metodologie e gli strumenti per l'operatività, la gestione e il governo del servizio sanitario locale. Uno dei mattoni di tale sistema è sicuramente il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): *una raccolta di informazioni derivate dalle cartelle cliniche originali, selezionate e strutturate per facilitare la condivisione di informazioni tra operatori sanitari, accessibile in rete alle sole persone autorizzate*. L'attuale specifica nazionale del FSE si basa su una raccolta di documenti elettronici organizzati secondo descrizioni intrinseche e non di natura clinica (es. per autore e data di creazione). Tale approccio può rivelarsi non particolarmente idoneo

per valutazioni di performance, tipiche della Clinical Governance (CG).

Il progetto LUMIR¹ (Lucania Medici In Rete) è la realizzazione lucana del programma RMMG, promosso dal DIT e finanziato con fondi CIPE. Ha come obiettivo l'implementazione di un sistema integrato per la comunicazione e la cooperazione tra i MMG e gli altri operatori sanitari. Per superare le limitazioni del FSE in LUMIR è stato definito un modello di riferimento per il dominio di interesse conforme con le metodologie e gli standard HL7, finalizzato alla gestione di dati clinici, al loro recupero ed al loro uso per fini di CG. Il sistema LuMiR, infatti, oltre che a basarsi su documenti *computer readable*, organizza le unità documentali e i dati clinici da essi estratti in contatti ed episodi assistenziali.

IL SISTEMA LuMiR E GLI INDICATORI IN SANITÀ

La realizzazione di un piano di CG prevede, tra le altre attività, l'identificazione di una combinazione eterogenea di indicatori clinici (esito finale e intermedio, processo) e di sistema (attuazione o struttura, equità, qualità percepita) attraverso cui procedere a misurazioni di performance.

Grazie all'integrazione telematica delle strutture e degli operatori il sistema LuMiR, permette la comunicazione e la condivisione delle informazioni tra gli operatori socio-sanitari che contribuiscono all'erogazione di servizi di assistenza territoriale e rende le informazioni routinarie disponibili ai vari livelli del sistema sanitario al momento in cui sono generate. Tuttavia per loro stessa natura non tutti gli indicatori possono essere valutati sulla base dei dati gestiti dal sistema LuMiR. Ad esempio gli indicatori di equità e di qualità percepita sono rispettivamente misurabili grazie ai database di servizio e grazie ad indagini ad hoc effettuate su campione sui cittadini, visti come utenti del servizio e portatori di bisogni. D'altra

parte per gli indicatori di processo sono possibili solo alcune valutazioni d'incidenza, rilevabili grazie all'organizzazione dei dati per diagnosi e problematiche cliniche. Altri indicatori possono invece essere appropriatamente misurati, specie se le valutazioni sono incrociate con dati raccolti da altre sorgenti informative. Ad esempio dalla descrizione delle attività svolte durante un contatto sanitario (es. dalla SDO per il ricovero ospedaliero) si ricavano gli indicatori di processo, dai dati presenti nei Patient Summary, redatti dal MMG, gli indicatori di esito finale e intermedio, e dalle informazioni presenti nei referti di visita MMG e specialistica altri indicatori di esito intermedio.

Ciò è possibile grazie al sistema LuMiR in quanto si conoscono:

- i singoli dati clinici estratti dai documenti;
- i percorsi di cura adottati per ogni episodio assistenziale;
- lo stato di avanzamento di un percorso aperto di cura.

Inoltre è possibile risalire allo stato di salute del paziente in base ai contatti sanitari occorsi e grazie a viste dinamiche basate su pochi dati. Ad esempio si consideri il set ristretto di informazioni che il MMG invia all'Agenzia Sanitaria Regionale per ciascuna delle malattie croniche monitorate (diabete, BPCO, ipertensione, asma) nell'ambito del progetto A.I.R. Abruzzo.

LA VALUTAZIONE ECONOMICA

Per conoscere i costi di un percorso di cura per un paziente cronico vi sono vari modelli; quello in via di adozione nel progetto LUMIR è stato originariamente sviluppato nell'ambito del progetto MobiDis del CNR. La base di partenza è il protocollo contenente indicazioni di carattere esclusivamente clinico sulle modalità di assistenza: si genera un elenco di attività cliniche da compiere, grazie alla suddivisione reiterata del percorso del paziente in fasi, e di fasi in attività più semplici. Ad ogni attività vanno poi imputati i costi direttamente ed indirettamente attribuibili.

Il modello economico prende a riferimento la metodologia dell'*Activity Based Costing* che vede l'azienda come insieme di processi e sottoprocessi e sulla base di questi contabilizza costi e ricavi. Esso è in grado di risalire al costo speciale di produzione del singolo percorso assistenziale (e di ogni sua fase) e di metterlo a confronto con altre alternative assistenziali evidenziando le eventuali convenienze in termini economici. Il vantaggio di questo modello risiede nel

fatto che ogni decisione di reengineering può essere isolata e valutata nell'impatto che ha sulle singole attività.

CONSIDERAZIONI FINALI

Negli anni passati il concetto di FSE, anche se oggetto di diverse ricerche e sperimentazioni, non era usuale negli ambienti della PP.AA. Oggi l'aspetto infrastrutturale viene sempre più affrontato anche grazie al Piano nazionale di eGovernment. Il FSE diverrà un servizio offerto da ogni Azienda Sanitaria ai propri assistiti, anche se l'approccio che sembra oggi prevalere nello Stato centrale è quello di un'infrastruttura che fornisce documenti burocratico-amministrativi (es. certificati di malattia).

Occorre uscire dall'ottica per cui il FSE è una raccolta di documenti per passare a quella per cui è un servizio software che fornisce informazioni cliniche su un individuo. Per far ciò occorre definire gli standard specifici della eSanità, migliorare il modo di organizzare le informazioni, approfondire la messaggistica e l'architettura del FSE, lavorare su terminologie e sistemi di codifica, e strutturare i principali documenti clinici. Questa è la condizione necessaria per un effettivo uso statistico del FSE.

Questo è stato uno degli obiettivi del sistema LuMiR: favorire la presa in carico del paziente nell'ambito dell'assistenza territoriale, fornendo la storia clinica del cittadino mediante informazioni relative a contatti ed episodi clinici (malattie, visite mediche, ricoveri, etc.), garantendo anche un possibile uso statistico dei dati clinici raccolti.

NOTE

- 1) Riferimento: <http://www.sanitaelettronica.cnr.it/lumir>

ISO-CEN-UNI EN12967 “HISA” La piattaforma DHE® (Distributed Healthcare Environment) per un sistema informativo sanitario dotato di un’architettura aperta, integrata e multi-vendor.

LO STANDARD HISA PER L’INTEGRAZIONE DEI DATI SANITARI

Risulta oramai largamente riconosciuto che l’integrazione del patrimonio informativo - sanitario, amministrativo ed organizzativo - costituisce un pre-requisito imprescindibile nelle aziende sanitarie per consentire il supporto e la continuità dei processi, ciò sia nell’interesse del paziente sia ai fini di una reale governance clinica ed amministrativa dell’azienda stessa. Spesso tuttavia tale sistema informativo sanitario delle aziende ospedaliere non si presenta come un blocco unico, bensì costituito da numerose ed eterogenee applicazioni, di frequente basate su modelli e tecnologie diversi, altamente specializzati nelle diverse aree specifiche. Se da un lato tale approccio consente di ottimizzare il supporto informatico rispetto alle esigenze specifiche di ogni singolo settore, dall’altra parte crea inevitabilmente un fattore di criticità legato all’integrazione fra le varie applicazioni.

Appare quindi necessario che il Sistema Informativo consenta, attraverso una struttura architettonica idonea, l’interazione e la cooperazione di tutte le soluzioni informatiche presenti. Solo in questo modo infatti risulterà possibile far confluire tutte le informazioni, generate dai diversi settori, all’interno del patrimonio informativo comune, consentendo a ogni utente di beneficiarne in

tempo reale e garantendo così l’integrazione complessiva necessaria. Al fine di facilitare l’evoluzione dei contesti sanitari verso questo obiettivo strategico di integrazione, la definizione di standard “de iure” sull’architettura dei sistemi sanitari, promulgati da parte degli organismi nazionali (UNI-10533 nel 1994), europei (CEN-12967 nel 1997 e 2004) e mondiali (ISO-12967 nel 2008), è stata uno fra i risultati più importanti mai raggiunti.

IL DHE® DISTRIBUTED HEALTHCARE ENVIRONMENT

Coerentemente con i nuovi standard architettonici, a partire dalla fine degli anni ’80, la **Gesi - Gestione Sistemi per l’Informatica srl** (per approfondimenti sull’azienda vedi ‘L’Ospedale’ N° 2/09 Aprile/Maggio 2009) e **l’Università Cattolica del Sacro Cuore** di Roma hanno deciso di basare il sistema informativo sanitario del Policlinico A.Gemelli di Roma su una banca dati in grado di integrare tutte le informazioni - cliniche, amministrative ed organizzative.

A tale scopo è stato progettato e sviluppato, fin dai primi anni ’90, il **DHE® (Distributed Healthcare Environment)**, quale base dati integrata e middleware di servizi. Il DHE® è una piattaforma completamente conforme allo standard HISA, che consente l’integrazione di tutti i dati - clinici, gestionali ed economici - sulla quale poggiano le diverse applicazio-

ni del sistema informativo sanitario del Policlinico A.Gemelli di Roma (reparti, laboratori, sale operatorie, ambulatori, etc.).

Su questa base dati operano le diverse procedure (anche di fornitori diversi) a supporto delle attività di tutte le unità aziendali, salvaguardando gli investimenti già effettuati e rendendo le informazioni disponibili dove e quando necessario nell’organizzazione.

La condivisione di un unico patrimonio informativo comune consente di abbattere sensibilmente i costi di integrazione, che rappresentano circa il 30% dei costi di gestione nella media delle aziende sanitarie. Presso il Policlinico Agostino Gemelli di Roma, dove questa strategia di integrazione del patrimonio informativo è in vigore da anni, i costi di integrazione sono costantemente inferiori al 3%. Fra i vari aspetti qualificanti del prodotto DHE®, vale inoltre sottolineare che:

- a) la struttura della base dati DHE è documentata e pubblica: il Cliente diviene realmente proprietario dei suoi dati, e può usarli (o farli usare) senza dipendenze né costi nei confronti della Gesi srl o altri fornitori;
- b) il modello della base dati comprende tutte le informazioni di interesse della struttura sanitaria a livello clinico, amministrativo e direzionale. Tutti i dati sono relazionati al paziente, consentendo quindi sia il monitoraggio che il calcolo analitico dei costi dei trattamenti che

l'implementazione di un "life-time patient record";

c) il DHE® opera indifferentemente sia con infrastrutture Microsoft (così come utilizzato presso il Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II" di Campobasso) che UNIX (in uso presso il Policlinico Agostino Gemelli di Roma), lasciando quindi al Cliente la possibilità di scegliere l'ambiente più consono alle sue esigenze senza vincoli di sorta;

d) il DHE® è uno strumento flessibile e aperto a ogni esigenza, può infatti operare indifferentemente da piccoli sistemi a grandi centri. Questo permette al Cliente di far crescere gradualmente il proprio sistema secondo le esigenze del momento, senza costi superflui e capitalizzando sugli investimenti effettuati;

e) i dati standard del DHE® sono accessibili tramite tecnologie diverse (es. Java, Web-Services, Microsoft .NET, etc.). Questo consente di mantenere applicazioni "vecchie" ma funzionanti ed al tempo stesso utilizzare nuovi sistemi, che risulteranno comunque integrati con i precedenti (es. postazioni fisse e wireless in reparto);

f) oltre ad essere totalmente conforme allo standard HISA, il DHE® supporta interamente anche i principali standard dell'informatica sanitaria (es. HL7, DICOM, OpenEHR, etc.), in modo da consentire l'interazione con una vastissima gamma di applicazioni.

Come schematizzato nella figura sottostante sono alcune decine le applicazioni di terze parti utilizzate nel Policlinico Agostino Gemelli di Roma che sono state in questo modo integrate con il sistema informativo. Il DHE® è utilizzato in diversi contesti sia in Italia che all'estero, gestendo di fatto le informazioni e i contatti di più di 20 milioni di cittadini in varie realtà europee.



Esempi di utilizzo

La Regione di Copenhagen, ha adottato dal 2002 la piattaforma DHE® per l'integrazione dei dati degli ospedali presenti sul territorio. Ad oggi oltre 30.000 utenti della Regione condividono le stesse informazioni tramite la piattaforma DHE®, rendendo questa la più vasta realtà nel settore a livello Europeo.

La Regione Molise ha adottato lo standard HISA e la piattaforma DHE® per la realizzazione di un sistema di gestione dei pazienti in tutti gli ospedali della Regione, con la costituzione di una cartella clinica informatizzata a livello regionale.

La Regione Calabria, con Delibera della Giunta Regionale n. 769 del 20 Ottobre 2008, ha adottato lo standard HISA quale fondamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale, per assicurare l'integrazione, il controllo e l'accessibilità del patrimonio informativo regionale.

CONCLUSIONI

In conclusione

- la razionalizzazione ed il controllo dei costi di gestione;
- la continuità del percorso di cura mediante l'integrazione e la sinergia tra tutti i livelli di assistenza sia

all'interno di un'azienda sanitaria che sul territorio;

- l'orientamento al paziente e l'appropriatezza delle prestazioni erogate

costituiscono priorità strategiche per ogni azienda sanitaria che opera nell'odierno scenario economico e sociale. Un sistema informativo adeguato è lo strumento fondamentale per raggiungere tali obiettivi.

L'esperienza applicata della Gesi srl ha permesso di dimostrare come soluzioni monolitiche basate su un unico prodotto non siano adeguate per supportare la molteplicità delle esigenze di una moderna attuale struttura sanitaria.

Per raggiungere l'obiettivo della continuità e trasparenza dei processi aziendali è necessaria la costituzione e condivisione di un unico patrimonio informativo integrato, un "repository sanitario" che oggi è possibile ottenere grazie alla piattaforma DHE®.



Simposio

L'artrite reumatoide: aspetti sociali, modelli organizzativi e bisogni insoddisfatti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica le patologie reumatiche come la prima causa di dolore e disabilità in Europa e ricorda che queste, da sole, rappresentano la metà delle malattie croniche che colpiscono la popolazione al di sopra di 65 anni.

L'artrite reumatoide (AR), è tra le patologie reumatiche una delle più invalidanti con una progressiva distruzione delle articolazioni che porta alla perdita di funzionalità fisica e a una forte riduzione della qualità di vita dei pazienti. Dopo pochi anni, il 50-80% dei malati, che sono circa 300.000 in Italia, lamenta crescenti difficoltà a svolgere il proprio lavoro e anche le semplici attività quotidiane: 7 pazienti su 10 non riescono a lavarsi e vestirsi, a portare la borsa, ad aprire un rubinetto, a salire su un treno o su un autobus. L'AR è quindi una patologia a forte impatto sulla salute della popolazione e sotto il profilo economico. Infatti, attraverso i dati contenuti nella sezione curata dalla Società Italiana di Reumatologia (SIR) nella "Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2005-2006" diffusa dal Ministero della Salute, è possibile stimare che l'artrite reumatoide assorba complessivamente ogni anno risorse per circa 4,4 miliardi di euro nel nostro Paese.

Partendo da questo scenario, il Simposio "L'Artrite Reumatoide: aspetti sociali, modelli organizzativi e bisogni insoddisfatti", tenutosi nel contesto del 35° Convegno Na-

zionale ANMDO e realizzato con il sostegno di Roche, ha voluto definire una sorta di "stato dell'arte" delle implicazioni socio-sanitarie della patologia.

Con il qualificato contributo di Clinici, Direttori Sanitari, Economisti Sanitari e Rappresentanti delle Associazioni dei Pazienti, il Simposio ha sottolineato l'importanza di evidenze già emerse e presentato importanti novità.

In particolare, relativamente agli aspetti clinici e terapeutici:

- il 50% dei pazienti con AR ha evidenza radiologica di erosioni articolari a due anni dalla diagnosi; ma la patologia, nel periodo di esordio, presenta una fase pre-erosiva che ha durata inferiore a un anno e che costituisce la cosiddetta "finestra di opportunità", nella quale la malattia è particolarmente sensibi-

le alla terapia: terapia che deve essere adeguata, tempestiva e in combinazione (figura 1);

- i farmaci biologici apportano un rapido miglioramento clinico, una riduzione del deterioramento fisico ed un significativo rallentamento o arresto della malattia, sia nelle forme conclamate che precoci, e del danno articolare. Inoltre, sarà disponibile a breve un nuovo medicinale biologico, diretto contro il recettore dell'IL-6, indicato per il trattamento dell'AR attiva da moderata a grave in pazienti adulti che non abbiano risposto adeguatamente o siano intolleranti a precedente terapia con uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARDs) o antagonisti del fattore di necrosi tumorale (TNF);
- la necessità di forte complemen-



tarietà tra il Medico di Medicina Generale (MMG) – che deve inviare urgentemente allo Specialista il Paziente con sintomatologia per sospetta AR – e il Reumatologo, che deve completare l'iter diagnostico ed effettuare l'inquadramento terapeutico.

Per gli aspetti sociali, economici e gestionali, il Simposio ha evidenziato che:

■ Il “Rapporto nazionale sulle Politiche della Cronicità”, coordinato da Cittadinanzattiva, ha registrato numerose violazioni del diritto di accesso alle prestazioni socio-sanitarie (art. 2 della Carta Europea dei Diritti del Malato), sia per i pazienti con AR sia per quelli affetti da altre patologie croniche. Rispetto alle terapie farmacologiche le violazioni sono relative al mancato accesso ai farmaci indispensabili/insostituibili per la cura o a quelli per la prevenzione e controllo delle complicanze, con alcune differenze territoriali soprattutto per i medicinali innovativi e biologici, difficoltà di accesso che determinano la necessità di sostenere in prima persona da parte dei pazienti il costo dei farmaci (figura 2).

■ E' in corso il progetto “Modelli gestionali per l'artrite reumatoide” – coordinato dall'Università del Piemonte Orientale e dal CER GAS-Università Bocconi, in collaborazione con SIR e con il sostegno di Roche – con l'obiettivo di mappare in 30 aziende sanitarie i modelli di gestione dell'AR, con riferimento soprattutto ai temi dell'informazione al paziente, alla sua possibilità di riconoscere in modo appropriato la malattia, all'integrazione tra MMG e Specialisti, stimando anche i costi annuali di gestione della patologia a carico del Servizio Sanitario Nazionale.



■ **La Regione Puglia ha approvato il “Percorso Diagnostico Terapeutico per la cura dell'Artrite Reumatoide”, che ha come finalità quella di migliorare l'appropriatezza organizzativa e clinica nell'approccio alla gestione del paziente con AR. In particolare, il documento indica i criteri classificativi dell'AR; il ruolo del Medico di Medicina Generale, quello del Reumatologo e la loro complementarità; i segni e i sintomi per l'invio allo Specialista, che deve confermare la diagnosi; le strategie terapeutiche e l'algoritmo correlato; i farmaci utilizzati e le relative raccomandazioni farmaco-economiche, i requisiti dei Centri di Riferimento Autorizzati.**

Il “Percorso Diagnostico Terapeutico per la cura dell'Artrite Reumatoide” approvato dalla Regione Puglia interpreta “l'approccio alla patologia basato su struttura, processo ed outcome” proposto dall'ANMDO, che rappresenta i Direttori Sanitari quali responsa-

bili della “Clinical Governance”. In particolare “l'approccio di struttura” deve individuare un sistema organizzativo integrato dell'offerta; “l'approccio di processo” deve rendere tale sistema organizzativo flessibile rispetto all'evolversi della domanda, attraverso la capacità di attivare reti di collaborazione tra professionisti, servizi e associazioni dei malati, mentre “l'approccio di outcome”, che si concentra sull'esito, deve predisporre l'offerta di assistenza secondo moduli integrati e diversificati in relazione ai cambiamenti dello stato di salute, valutando l'efficacia e l'adeguatezza degli interventi posti in essere proprio in termini di esiti ed utilizzando queste valutazioni per rimodulare, di volta in volta, laddove necessario, l'intervento assistenziale.

Ugo Luigi Aparo

Direttore Sanitario Istituto Dermatologico dell'Immacolata IRCCS - Roma
Segr. Generale Sezione Scientifica ANMDO

Stefano Reggiani

Direttore Sanitario Hesperia Hospital - Modena

GYNIUS IMPRAMATIC: OTTIMIZZARE IL CLEANING NEL RISPETTO DELL'AMBIENTE

Innovativo, intelligente e ad elevato valore aggiunto, Gynius Impramatic è un sistema integrato per la pulizia e disinfezione in ambienti sanitari. Si tratta di un sistema completo ed integrato costituito dall'attrezzatura per la pulizia professionale, comprensiva di carrelli, panni e mop di ultima generazione e da un'ampia offerta di soluzione detergente e disinfettante. L'alta qualità dei materiali utilizzati garantiscono elevati standard di pulito e di igiene. La genialità di Gynius Impramatic consiste nell'offrire un metodo di lavoro davvero rivoluzionario e vincente: grazie ad un'attenta e dettagliata analisi, è possibile effettuare una precisa pianificazione dei consumi, su base mensile, per singolo appalto e addirittura per singolo operatore! La macchina, che consente un'uniforme pre-impregnazione in modalità automatica dei mop e dei panni, sarà quindi programmata in remoto, direttamente dalla sede centrale dell'impresa, ad erogare la corretta soluzione detergente, nel quantitativo e alla percentuale di diluizione previamente pianificata per quel singolo operatore; la distribuzione del prodotto chimico, infatti, sarà strettamente vincolata al singolo operatore, il quale potrà accedere alla macchina tramite utente e password personali. L'operatore

si vedrà dunque assegnati per tutta la durata dell'appalto una o più tipologie di mop e panni in quantità predefinite, la macchina sarà in grado di riconoscere e verificare il corretto carico dei contenitori e solo in caso di corrispondenza col programma di lavoro memorizzato si avvierà

il processo di impregnazione. L'abolizione del processo manuale di impregnazione riduce, di fatto, sia lo spreco di detergente sia del rischio di smarrimento dei panni. Impregnando solamente i propri mop/panni e nel momento in cui si andranno effettivamente ad utilizzare, si riesce infatti ad ottimizzare la loro efficacia ed efficienza, evitando qualsiasi tipo di spreco e di contaminazione incrociata. Infine, il costante e puntuale monitoraggio, da remoto, permette che i consumi preventivati di attrezzatura e chimico corrispondano ai consumi effettivi.

**www.arcochimica.it
arcochimica@libero.it**



NIMBUS: SISTEMI ALL'AVANGUARDIA

Nella pratica clinica, per più di 20 anni si è riscontrato che i sistemi a fluttuazione dinamica avanzata Nimbus® sono tra i più efficienti, comodi e convenienti, usati in tutti gli ambienti assistenziali, a partire da quelli di cura intensiva fino alle comunità e all'assistenza domiciliare.

Tali sistemi, essendo a fluttuazione dinamica avanzata, forniscono un'efficace riduzione di pressione assieme ad una regolazione automatica in base al peso, alla dimensione ed alla posizione del paziente, assicurando comfort e pressioni ottimali e sono adatti per il trattamento di tutti i gradi di ulcera da pressione.

La pompa che alimenta il materasso offre una serie di terapie in grado di soddisfare le richieste delle più moderne ed esigenti strutture assistenziali, senza mancare di ottemperare alle necessità individuali sia dei pazienti che del personale assistenziale.

I sistemi Nimbus combinano la regolazione automatica delle celle di pressione Heelguard™ (zona talloni) con un'esclusiva tecnologia di valvole di sfianto. Grazie ad una riduzione efficace delle pressioni, unita a soluzioni avanzate per un'ampia gamma di problemi di gestione dei pazienti, tali sistemi contribuiscono a ridurre il tempo di assistenza, aumentare la sicurezza del paziente e dell'assistente e fornire tangibili risultati sia dal punto di vista clinico che economico.

www.arjohuntleigh.com



SERVIZI OSPEDALIERI, UN SOLO NOME PER LAVANOLO E STERILIZZAZIONE

Un'unica società per i servizi specialistici di supporto all'attività sanitaria, dal lavanoło alla sterilizzazione dello strumentario chirurgico. Nel giugno scorso, infatti, la società Omasa S.p.A., realtà leader nel settore della sterilizzazione in outsourcing dei ferri chirurgici, acquisita dal Gruppo Manutencoop nel 2007, si è fusa in Servizi Ospedalieri S.p.A., società del medesimo Gruppo specializzata nel lavanoło e nella fornitura di kit sterili in tessuto tecnico riutilizzabile per le sale operatorie. Nasce così, nel panorama italiano dei servizi per la sanità, un partner professionale, innovativo, affidabile, capace di supportare le Strutture Sanitarie nella crescita continua verso l'eccellenza. Un interlocutore unico in grado di garantire un'offerta integrata di servizi assicurando alle realtà del mondo sanitario la

possibilità di concentrare risorse e attenzione sul proprio core-business: il nursing e la cura della persona assistita. Servizi Ospedalieri S.p.A. è una società del Gruppo Manutencoop Facility Management. Ha sede direzionale a Ferrara ed è presente in tutta Italia con 5 impianti industriali di lavanderia e 19 centrali di sterilizzazione in outsourcing. Ogni anno "veste" 120.000 operatori sanitari e più di 45.000 posti letto in oltre 100 strutture ospedaliere. Grazie al suo supporto vengono allestiti annualmente 700.000 campi operatori e garantiti 100.000 interventi chirurgici.

www.serviziospedalieri.it

I servizi

Laundering - Lavanoło

Gestione guardaroba

Logistica interna integrata

Sterilization - Fornitura e sterilizzazione tessuti tecnici riutilizzabili per sala operatoria

Progettazione e realizzazione centrali di sterilizzazione

Corsi e seminari di formazione specifici per il personale

Consulenza su tutte le attività di sterilizzazione

Noleggio e Sterilizzazione strumentario chirurgico.

SANI SYSTEM: IL RIVOLUZIONARIO SISTEMA DI SANIFICAZIONE PER SUPERFICI

SANI SYSTEM è un'apparecchiatura elettro-medica per la sanificazione delle superfici in ambienti a rischio di contaminazione biologica (dispositivo medico di classe IIa destinato ad uso professionale).

Emette vapore saturo ad alta temperatura (180°C) che, in combinazione con il sanificante HPMed (soluzione non tossica e non irritante idro-alcolica contenente metasilicato di sodio e carbonato di sodio), permette di abbattere in pochi secondi la carica batterica, fungina e virale delle superfici e tessuti su cui viene applicato. Ciò consente di ridurre rapidamente il rischio di infezioni crociate.

SANI SYSTEM, brevettato a livello mondiale da POLTI S.p.A., è stato sviluppato sulla base di studi condotti dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pavia ed è stato successivamente sottoposto a numerosi test di laboratorio e studi clinici, sia in Italia che all'estero offre molteplici vantaggi: efficace, veloce, sicuro, totale, economico. Polti propone inoltre, il nuovo Sani System Check, il sistema ideale di sanificazione all'interno di strutture in cui la molteplicità degli operatori e/o degli ambienti da trattare richiedono un elevato ed accurato controllo delle operazioni di sanificazione. Oltre a



mantenere tutte le caratteristiche ed i vantaggi tipici di SANI SYSTEM, il nuovo modello è dotato di un sofisticato sistema elettronico che consente di programmare e controllarne il funzionamento e di certificare l'effettiva esecuzione dell'attività di sanificazione. Attraverso la tastiera numerica ed il display LCD retroilluminato, SANI SYSTEM CHECK permette all'operatore di scegliere, in base alle dimensioni dell'area da sanificare, uno dei 4 programmi reimpostati nella memoria dell'apparecchiatura. Una volta completato il programma, grazie alla stampante integrata nel frontale della macchina, l'apparecchiatura è in grado di emettere una ricevuta con l'indicazione dei seguenti dati relativi alla

sanificazione appena portata a termine: numero di serie dell'apparecchiatura, identificativo dell'operatore, data, programma utilizzato, area, orario di inizio, fine e durata, conferma dell'effettivo completamento del programma prescelto e del corretto funzionamento della macchina. SANI SYSTEM CHECK può essere utilizzato solo dagli operatori muniti di apposita scheda dotata dell'innovativa tecnologia RFID (Radio Frequency Identification). Ogni apparecchiatura è legata ad un determinato numero di schede RFID, senza le quali non è possibile azionare la macchina. Nella versione standard, viene fornito con 10 schede RFID. Il numero di schede può, tuttavia, variare in base alle specifiche esigenze del cliente.

www.sanisystempoliti.com

A TUTTO VAPORE

Tecnovap azienda tra i leader nella produzione di generatori di vapore ideati per il settore industriale e professionale, ha saputo sviluppare nuove tecnologie ed applicazioni grazie all'esperienza acquisita durante i 25 anni d'attività che sempre più l'hanno vista protagonista all'interno del mercato della pulizia a vapore. Tra i punti forte di Tecnovap, vi è dunque la volontà di realizzare accessori e generatori di vapore innovativi in linea con le esigenze del mercato odierno. Interazione, confronto, capacità, professionalità ed evoluzione sono le parole chiave che meglio contraddistinguono l'azienda. Tra i vari prodotti innovativi realizzati da Tecnovap possiamo annoverare "Steam Mop" realizzato per sanificare e disinfettare a vapore pavimenti e superfici verticali ma anche sale operatorie, cliniche, ospedali, case di cura, studi medici, asili, scuole, spa e ristoranti. Unico nel suo genere, il Mop a vapore, riunisce in sé una serie di accorgimenti funzionali e tecnici che derivano da attenti studi compiuti dai tecnici e dalla forza vendita che lo hanno reso il più funzionale e pratico tra quelli attualmente in commercio. Steam Mop è leggero pratico e veloce, unisce alla potenza del vapore la semplicità d'uso del mop tradizionale per un risultato di efficienza e rapidità senza eguali. Il sistema a vapore Steam Mop insieme ad uno dei generatori di vapore è stato sottoposto a valutazione da parte della Sezione di Medicina ambientale ed Occupazionale dell'università di Verona e i risultati ottenuti evidenziano l'efficacia dell'azione battericida risultante dall'azione combinata del vapore e di un agente sanificante.

www.tecnovap.it



GETINGE: PROGETTAZIONE, REALIZZAZIONE "CHIAVI IN MANO" E MANUTENZIONE DI CENTRALI DI STERILIZZAZIONE

La GETINGE SPA rappresenta in Italia il gruppo GETINGE, azienda leader a livello mondiale per la fornitura di attrezzature e soluzioni complete ed integrate per operazioni efficaci ed efficienti per il lavaggio, la termodesinfestazione e sterilizzazione nell'ambito dell'assistenza sanitaria e delle scienze naturali. GETINGE SPA commercializza in Italia una vasta gamma di prodotti quali: sistemi completi di lavaggio per la sterilizzazione, per la termo disinfezione, per l'endoscopia, per il confezionamento, per la rintracciabilità dei processi e dei prodotti sterili, per la movimentazione dei carichi. L'azienda, inoltre, progetta e realizza "chiavi in mano" di centrali di sterilizzazione.

La nostra azienda vanta una valida rete di assistenza tecnica costituita da oltre 30 tecnici viaggianti che operano alle dipendenze sull'intero territorio nazionale, in grado di garantire con certezza interventi in tempi strettissimi in qualsiasi periodo dell'anno.

Getinge SPA ha al suo attivo la re-



alizzazione di numerose centrali di sterilizzazione ed installazioni di sistemi di rintracciabilità, settori in cui ha acquisito nel tempo, sia in Italia che a livello mondiale, una leadership consolidata.

Con lo scopo di affrontare le sfide commerciali del nuovo millennio la direzione manageriale della GETINGE SPA è cambiata: il nuovo Amministratore Delegato l'Ing. Michele Neirotti, scelto dalla presidenza mondiale, grazie alle sue conoscenze approfondite del mercato e alle sue riconosciute competenze tecniche sarà in grado di orientare sempre di più Getinge Italia verso le necessità e i desideri della clientela rappresentando così il giusto tramite tra l'azienda produttrice ed il mercato. In questo

modo il gruppo, seguendo il percorso già intrapreso, sarà più attento a fornire ai propri clienti soluzioni complete ed innovative per la sterilizzazione e la disinfezione nel settore sanitario adottando una Politica della qualità, in linea con l'impegno assunto dal Gruppo a livello mondiale e volta a perseguire i seguenti obiettivi:

- Garantire l'eccellenza nelle soluzioni fornite ai clienti (prodotti, sistemi e servizi);
- Offrire prodotti ben progettati e sicuri, con un alto grado di efficienza clinica ed ergonomica;
- Essere professionale e offrire servizi e prodotti in modo onesto ed etico;
- Fornire servizi tempestivi ed efficienti con competenza e con un'affidabile prestazione nelle consegne;
- Essere conforme ai requisiti normativi regionali, nazionali ed internazionali applicabili ai prodotti e ai sistemi gestionali offerti;
- Promuovere in tutta l'azienda una cultura della qualità volta ad ottenere l'eccellenza;
- Migliorare continuamente le soluzioni offerte tenendo conto del riscontro dei clienti.

www.getinge.it

HEALTHGUARD®: SISTEMA INTEGRATO ECOLAB A SALVAGUARDIA DELL'IGIENE

ECOLAB®

Il Sistema Healthguard® di Ecolab è stato studiato e sviluppato per fornire uno strumento utile ed efficace al perseguimento di adeguati livelli di igiene negli ambienti nosocomiali. Si tratta, infatti, di un insieme strutturato e completo di elementi variamente integrati, finalizzati ad offrire una risposta esauriente e flessibile a tutte le problematiche di pulizia ospedaliera.

Healthguard® rappresenta, infatti, una soluzione innovativa non tanto per il contenuto dei singoli elementi ma per come questi si combinano fra loro ottimizzando risorse e processi.

Nel metodo Pre-wash, materiali e procedure operative rappresentano i componenti del sistema di "nuova concezione", che attraverso un semplice ed immediato processo di implementazione e verifica rendono Healthguard® un sistema innovativo. Le procedure del Sistema Integrato Healthguard® sono state concepite



per espletare al meglio le operazioni di detersione e disinfezione dei pavimenti e delle superfici delle strutture sanitarie. Si tratta di un sistema codificato di procedure che, dettagliate per tipologia e aree di intervento, garantiscono un modus operandi semplice ed immediato. La puntuale codifica delle operazioni facilita poi l'addestramento del personale e riduce il tempo di lavoro complessivo. Il metodo Pre-wash, che consiste nella preimpregnazione dei panni per la detersione e disinfezione, rappresenta dunque una metodologia particolarmente idonea al trattamento degli ambienti ospedalieri dove la sanificazione delle superfici viene svolta in presenza dei pazienti e in concomitanza alle quotidiane attività sanitarie.

Dalla sperimentazione effettuata presso il reparto di Chirurgia Generale e d'Urgenza del Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, che ha avuto per oggetto la valutazione della decontaminazione dei pavimenti, è emerso che l'abbattimento medio della carica batterica con il metodo Ecolab è del 78,85% con punte del 90% (con un detergente neutro nelle aree a basso rischio dove non è prevista la disinfezione), contro i metodi tradizionali che non superano l'1,45% di riduzione della carica microbica.

www.ecolab.com

PRONTI, TASKI, VIA!

TASKI ProSpeed System è un sistema manuale brevettato per l'applicazione delle emulsioni in aree di piccole e medie dimensioni (fino a 250mq). Questo nuovo sistema nasce dalla combinazione di un applicatore dal design ultra-ergonomico, che velocizza e rende meno faticosa la stesura dell'emulsione e da emulsioni riconosciute nel mercato a garanzia di eccellenti risultati.

La forma ergonomica dell'applicatore, progettato per ospitare la cartuccia dell'emulsione, elimina qualsiasi impiego di taniche, il contatto con il prodotto chimico e riduce la fatica dell'operatore. TASKI ProSpeed è stato, infatti, interamente progettato per tutelare l'operatore. Il suo design sicuro, confortevole ed ergonomico riduce gli sforzi dell'operatore e il relativo rischio di traumi dovuto ad una postura scorretta. Con TASKI ProSpeed, la protezione dei pavimenti richiederà dunque un minimo di sforzo per l'operatore: è facile da utilizzare, perfettamente bilanciato e altamente manovrabile. Uno studio indipendente ha infatti dimostrato che durante l'utilizzo di TASKI ProSpeed il battito cardiaco può essere abbassato fino al 30% e l'affaticamento muscolare ridotto del 54% rispetto al metodo tradizionale.

Una cartuccia può coprire fino a 140mq e può essere facilmente sostituita con un'altra. La forma ergonomica dell'applicatore, che ospita la cartuccia dell'emulsione, assicura il controllo del dosaggio; la struttura e la forma del tessuto, infine, garantiscono una distribuzione omogenea, a prescindere dall'esperienza



dell'operatore. Il tessuto aderisce perfettamente alla base dell'applicatore grazie ai supporti in velcro. Il sistema ha un impatto ambientale ridotto in quanto ottimizza i consumi dell'emulsione; le cartucce sono realizzate con minor plastica; ed il pad non viene risciacquato rispetto ai sistemi tradizionali, non contaminando gli scarichi.

Insomma, con TASKI ProSpeed, pulire, preparare e distribuire l'igiene sarà un gioco da ragazzi: diminuirà la fatica dell'operatore, ma aumenterà l'efficacia del risultato, con un enorme vantaggio anche per l'ambiente

www.johnsondiversey.it

SISTEMI IDRICI E DI CONDIZIONAMENTO MALSANI? ENERTEK È LA VOSTRA RISPOSTA



Acqua ed aria igienicamente pure sono requisito base per la nostra salute. Sistemi idrici e di condizionamento, se non realizzati e gestiti correttamente, diventano habitat naturale per lo sviluppo di batteri e virus pericolosi per la salute umana. Enertek, dal 1996 ad oggi, ha acquisito in Italia una posizione di leadership nei servizi di bonifica e sanificazione dei sistemi idrici e di condizionamento, mettendo a punto sistemi e tecniche di intervento all'avanguardia, fra cui un innovativo ed unico sistema brevettato.

Lo sviluppo della società ha seguito, e a volte anticipato, la crescente attenzione dell'opinione pubblica sui temi della prevenzione dei rischi per la salute dovuti alla Legionella ed ad altri agenti patogeni.

Requisiti fondamentali per lo sviluppo e la crescita sono stati e sono tutt'ora "qualità, professionalità, innovazione tecnologia", garantendo sempre ed

ovunque un tempestivo e rapido intervento per qualsiasi problematica.

A tal scopo, Enertek ha investito risorse sullo sviluppo di una forte rete commerciale, per garantire la propria presenza su un'ampia fetta di territorio nazionale. La presenza di un gruppo commerciale garantisce la costante vicinanza al Cliente offrendo sempre professionalità e collaborazione nell'affrontare ogni problema legato al rischio di contaminazione dei sistemi di climatizzazione ed idrici.

Inoltre, per garantire un servizio di supporto informativo e tecnico, e per rispondere alle esigenze immediate di clienti e potenziali clienti, è attivo un numero verde SOS Legionella 800 054 800, dove ogni giorno è possibile ricevere assistenza e supporto da tecnici esperti in materia.

www.enertek.com

supporto@enertek.com

AQUAZERO, MAGGIOR EFFICACIA E MINOR IMPATTO



Aquazero è un sistema innovativo, brevettato dopo un lungo e intenso processo di ricerca e sviluppo, che in estrema sintesi consente la produzione di vuoto ad alte prestazioni, ma senza l'utilizzo dell'acqua per il raffreddamento.

Il kit tecnologico Aquazero si basa sul funzionamento di una pompa ad alto vuoto, che, oltre a garantire un rendimento elevato in termini di qualità della sterilizzazione, riduce al massimo il consumo di acqua necessaria durante ogni ciclo, abbattendo di fatto l'impatto ambientale dell'intero processo di sterilizzazione.

La pompa, silenziosa ed altamente compatibile con il vapore permette di ottenere un valore di vuoto spin-to inferiore ai limiti prefissati dalla normativa di riferimento. Come anticipato, questo tipo di pompa non richiede alcun utilizzo di acqua per il suo funzionamento.

Le condense difatti (camera e intercapedine), attraverso il passaggio all'interno di due serpentine, sono convogliate in un contenitore in acciaio inossidabile. Il calore emanato dalle serpentine permette di riscaldare fino a 60°C l'acqua raccolta nel contenitore e destinata al generatore di vapore, agevolando così la creazione stessa di vapore, ottimizzando tempi del ciclo e consumi. Il sistema è dotato di un dispositivo per lo scarico automatico del generatore di vapore dopo un numero di cicli prefissato, evitando così la possibile solidificazione dei sali in sospensione all'interno del dispositivo. Allo scarico, la temperatura non supera i 60°C.

La pompa a vuoto (di tipo a palette a bagno d'olio, brevettato da Cisa) è inoltre perfettamente compatibile con le autoclavi già prodotte con sistemi precedenti: la sostituzione dei sistemi tradizionali non costituisce pertanto alcun stravolgimento, né tecnologico né funzionale, per le autoclavi nelle quali si installa un sistema con le funzionalità di Aquazero. Si riducono di fatto al minimo le problematiche inerenti ai costi di manutenzione e all'alta temperatura dell'acqua, senza intaccare la qualità della sterilizzazione. Come tutte le apparecchiature Cisa, anche il kit di Aquazero è stato progettato e realizzato con materiali di primissima qualità e con una particolare attenzione al risparmio energetico ed ai costi di manutenzione. Manutenzione agevolata ulteriormente sia dalla possibilità di intervenire su tutti i componenti dal fronte che dagli ampi spazi presenti all'interno della macchina (le cui dimensioni di ingombro sono invece particolarmente contenute).

L'impianto idraulico è invece dotato di tubazioni e componenti, come le valvole pneumatiche e di ritegno, interamente in acciaio inossidabile AISI 316. Questo permette alle valvole pneumatiche di essere utilizzate in entrambe le direzioni a protezione del vuoto.

Inerentemente ai dispositivi di controllo, il sistema comprende due controllori elettronici programmabili indipendenti (PLC): il primo per il processo e il secondo per la sicurezza. Il dispositivo è inoltre predisposto mediante un'uscita seriale RS232C, che permette il collegamento remoto ad una memoria esterna, i cui dati seguono il protocollo ASCII, oltre che essere dotato di sistemi di rintracciabilità dello sterilizzatore. Negli ultimi anni Cisa è stata altamente impegnata nella promozione di prodotti idonei a monitorare tutte le fasi della sterilizzazione, con lo scopo di supportare ed incrementare la sicurezza, l'automazione e il controllo del processo produttivo.

Per questa ragione obiettivo primario dell'azienda è ad oggi quello di aggiornare costantemente le apparecchiature alle necessità di rinnovamento del mercato: in questo senso, la persistente ricerca di tecniche specifiche, come il sistema alto vuoto o le iniezioni a vapore che rendono possibile l'abbattimento dei costi e dei consumi durante lo svolgimento dei cicli di lavoro, costituiscono una risposta interessante alle tante domande provenienti dal mondo della sterilizzazione.

www.cisagroup.it

SISTEM'O: PREVENIRE È MEGLIO CHE CURARE

Qualità e sicurezza nelle reti di distribuzione sono priorità assolute e dipendono da una corretta progettazione, un'attenta scelta dei materiali e una rigorosa manutenzione degli impianti. Il tutto per limitare i pericoli a partire dalla proliferazione dei batteri (*legionella* e *pseudomonas* i più noti) che può diventare un rischio sanitario soprattutto per le persone più fragili. Per porre un freno a tale problema viene normalmente raccomandato di evitare il ristagno, garantire una corretta circolazione dell'acqua, combattere incrostazione e corrosione e mantenere l'acqua negli impianti a una temperatura elevata o poter aumentare la temperatura in modo specifico. Ad integrazione di tali misure si possono usare trattamenti specifici per le reti d'acqua: iperclorazione shock, iperclorazione continua e trattamento per l'innalzamento della temperatura. E' quindi necessario un sistema che non favorisca la corrosione e l'incrostazione, non faciliti i biofilm e sia compatibile con i trattamenti chimici e termici compreso quello per l'acqua fredda. SICOMAT e GIRPI propongono SYSTEM'O, sistema rispondente a tutte queste esigenze che è distinguibile in tubo HTA, per reti d'acqua calda sanitaria e tubo HTA-F, per reti d'acqua fredda sanita-



ria. Ormai punto di riferimento nell'ambito delle reti di acqua calda/fredda sanitaria nelle strutture sanitarie europee, SYSTEM'O è importante nel quadro della "lotta contro le legionelle e le pseudomone". Il prodotto SYSTEM'O è certificato IIP-UNI e approvato dal Ministero della Sanità n° 0012327-P 17/03/2009.

www.sicomatsas.it
sicomat@sicomatsas.it

I BATTERI? PONZI LI METTE...ALLA PORTA

Da oltre 20 anni Ponzi esegue chiavi in mano apparecchiature elettromedicali per le chiusure di blocchi operatori, gestendo le opere in tutta la loro realizzazione: studio di fattibilità, progettazione, costruzione ed installazione

Nella progettazione di teatri operatori, vengono impiegate apparecchiature sempre più sofisticate per il trattamento della climatizzazione dell'aria. Le porte rivestono, quindi, un ruolo molto importante per l'asepsi della sala operatoria. PONZI Ingressi Automatici presenta porte operatorie a tenuta od ermetiche, apparecchiature elettro-medicali. Sono progettate per resistere ad urti ed abrasioni e costruite con sovrastrutture in alluminio estruso anodizzato e, acciaio inox satinato fine.

Grazie al sistema di guarnizioni si elimina il pericolo di turbolenza dell'aria nel movimento e del relativo pulviscolo, fonte di contaminazione batterica. L'ottima tenuta garantisce oltre ad un maggior controllo del trattamento all'aria e alla salvaguardia delle apparecchiature, altresì un buon isolamento termo-acustico. La chiusura ermetica della porta impedisce una perdita continua ed incontrollata di aria dalla sala operatoria, permettendo così, una migliore regolazione delle apparecchiature di sterilizzazione e ricambio aria - ambiente con benefici



di minor lavoro, usura e costi delle apparecchiature. L'automatismo esclusivo per uso ospedaliero è potente e silenzioso, con elettronica predisposta per comandi, sicurezze e collegamento in rete PC.

Tutti i componenti dell'impianto sono progettati ed installati in modo da facilitarne il controllo e la manutenzione, direttamente effettuata e programmata capillarmente su territorio nazionale da personale Ponzi.

info@ponzi-in.it

www.ponzi-in.it

SANITÀ PROFESSIONALE PER PROFESSIONISTI DELLA SANITÀ

Vernacare è la società Inglese che da oltre quattro decenni nell'ambiente Sanitario Mondiale traccia la via di una moderna, efficiente ed economica gestione dei rifiuti organici umani. Il Sistema è ormai utilizzato nell'85% delle strutture sanitarie Inglesi ed in 32 Paesi del Mondo; in Italia è riconosciuto ed utilizzato da più di venti anni. Il Sistema Vernacare è stato ideato per migliorare gli standard di igiene e sicurezza dei pazienti e del personale infermieristico e, nello stesso tempo, per contribuire ad alleggerire il peso delle mansioni nell'ambito del trattamento e dello smaltimento del materiale organico. Vernacare produce allo stesso tempo apparecchiature e contenitori dedicati monouso allo scopo di poter ottenere la massima efficienza e compatibilità e garantire in toto tutto il processo di smaltimento. Tutta la produzione avviene nel Regno Unito ed è conforme a tutte le normative di riferimento Sanitario e Ecologico.

Sicurezza Vernacare interrompe la catena di diffusione delle infezioni nosocomiali riducendo i rischi sia del personale infermieristico che dei pazienti.

Rispetto Vernacare garantisce un facile e innocuo trattamento e smaltimento dei rifiuti organici nel pieno rispetto dell'ambiente. I contenitori monouso sono costituiti da un impasto ricavato da sola carta riciclata.



Sono completamente biodegradabili, privi di componenti tossici e nocivi e smaltibili direttamente attraverso la rete fognaria.

Comfort Vernacare garantisce una vasta gamma di contenitori monouso con bordi arrotondati, studiati appositamente per rispettare le esigenze del paziente e evitare al personale lo spiacevole compito del risanamento dei contenitori pluriuso.

Risparmio Vernacare riduce la spesa Sanitaria, farmaco e ricovero, conseguente alle infezioni nosocomiali.

Il sistema consente la riduzione dei costi energetici in quanto grazie ad un ciclo veloce ad acqua fredda, in grado di smaltire più contenitori alla volta richiede un basso consumo elettrico. Consente un risparmio idrico in quanto elimina tutti i processi di sanificazione e ricondizionamento dei contenitori pluriuso.

Il sistema elimina i costi degli agenti detergenti, disinfettanti e anticalcare utilizzati per il ricondizionamento dei contenitori pluriuso.

bimedica@bimedica.it

www.bimedica.it

LEGIONELLA: IL RISCHIO È SOTTO CONTROLLO

Attiva da alcuni anni nel campo dell'Analisi del rischio chimico, biologico, da gas medicinali, nonché della qualità ambiente, la società DUE X DUE srl è esperta di Gestione del rischio da contaminazione batteriologica, con specifica attenzione al batterio Legionella, e di Gestione Operativa Distribuzione Gas Medicinali e del Vuoto. Tali gestioni sono capitoli rilevanti ad integrazione del Piano di Sicurezza Generale della Struttura, di cui ogni azienda deve essere dotata ed a cui deve attenersi (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.). Il batterio della Legionella, presente soprattutto negli edifici che vedono la presenza di collettività (RSA, ospedali, alberghi, ecc.), è sempre più diffuso, data la rilevanza degli impianti idrici e di condizionamento, ed è particolarmente pericoloso. DUE X DUE srl propone un protocollo di lavoro teso a mantenere/ridurre la sua presenza entro i limiti di accettabilità fissati dalle norme. Secondo quanto già sperimentato in molte autorevoli sedi di comunità, le varie fasi di elaborazione del piano sono così sintetizzabili:

- sopralluogo preliminare per esame dell'edificio e degli impianti, onde determinare i possibili rischi, gli eventuali punti critici e le attività necessarie per ridurli;
- valutazione della situazione esistente mediante analisi microbiologiche (realizzate in modo completamente riservato), anche con possibilità di ottenere i risultati delle stesse in tempi brevi con la metodologia PCR-RT;
- stesura del documento di valutazione del rischio comprensivo di: inventario degli impianti (idraulico/aerulico a rischio Legionella secondo la normativa vigente), documento di valutazione del rischio, pianificazione della manutenzione, pianificazione delle ispezioni e del monitoraggio;
- consulenza avente per oggetto la messa in sicurezza del sito.

La Norma Tecnica ISO EN UNI 7396-1, entrata in vigore in Italia nel mese di aprile 2009, è la Norma Armonizzata di riferimento per la Fabbricazione del Dispositivo Medico Impianto Fisso di Distribuzione Gas Medicinali e del Vuoto. Tale Norma ed il suo allegato G danno le indicazioni per una corretta Gestione del Sistema e rende obbli-



gatorio il Documento di Management Operativo, per la cui messa a punto servono, sinteticamente: la redazione del Documento di Gestione Operativo, la preparazione di tutte le Istruzioni Operative. DUE X DUE srl, a garanzia di professionalità e serietà, svolge tutte le attività sopra indicate e la redazione del documento di gestione operativa tramite specialisti ingegneri, chimici, biologi, con lunga esperienza nel settore, che operano in sintonia e confronto con i gestori diretti delle strutture. Gli stessi laureati sono disponibili, se richiesti, a tenere: corsi di formazione al personale preposto alla gestione corrente; incontri tecnico-informativi sull/sui temi di specifico interesse (numero partecipanti e sedi da concordarsi).

www.duexdue.com