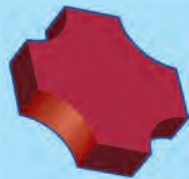


L'OSPEDALE

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



ANMDO

associazione nazionale medici direzioni ospedaliere

Periodico dell'ANMDO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE

MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE

postatarget
magazine

DC00S3399
NAZ/185/2008

Posteitaliane

N° 1/10

GESTIONE SICUREZZA

La sicurezza nei servizi esternalizzati

ORGANIZZAZIONE

Inserimento di un day hospital oncologico in un ospedale di distretto di una azienda sanitaria a connotazione montana

GESTIONE DEL RISCHIO

Esperienza di una azienda sanitaria sulla gestione del rischio clinico

SICUREZZA

Il percorso nazionale per la sicurezza in sanità

FORMAZIONE

Formare professionisti e utenti per il controllo del rischio infettivo. L'esperienza dell'Azienda USL di Bologna

SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Il caso di un ospedale senza vizi e con qualche virtù: campagna di sensibilizzazione "Ospedale libero da alcol"

GESTIONE SERVIZI

Ambiente ed infezioni ospedaliere

IGIENE

Sanificazione in sala operatoria: progetto sperimentale

STERILIZZAZIONE

I primi risultati dell'analisi conoscitiva sulla organizzazione della sterilizzazione negli ospedali italiani

GESTIONE MANAGERIALE

La Direzione Ospedaliera: parte o controparte?

GESTIONE DELLE SALE OPERATORIE

Quando un vecchio teatro operatorio va in pensione e se ne apre uno nuovo

GESTIONE DEL RISCHIO

Procedura di conteggio e verifica di strumentario garzato/batuffoli utilizzati per interventi chirurgici AORN Santobono-Pausilipon di Napoli

ACCREDITAMENTO

La valutazione della Clinical Competence: quali interrelazioni con i percorsi di accreditamento all'eccellenza?

ORIZZONTI



EDICOM

info@gsanews.it • www.gsanews.it

Servizi Ospedalieri

Partnership per l'eccellenza



**SERVIZI
OSPEDALIERI**
GRUPPO MANUTENCOOP



Servizi Ospedalieri S.p.A
Via Calvino 33 - 44122 Ferrara
www.serviziospedalieri.it

IPC Healthcare Solutions

Sanificare è meglio che curare

La maggior parte dei virus e batteri che causano infezioni si trasmettono per contatto indiretto. Per questo è importante che gli ambienti sanitari vengano costantemente sanificati e disinfettati. Sensibile all'emergenza infezioni, le aziende IPC hanno sviluppato IPC Healthcare Solutions, un sistema integrato di macchine, attrezzature, materiali di consumo, procedure e protocolli studiati per igienizzare e disinfettare in maniera sicura e immediata ogni ambiente, combattendo in modo concreto il rischio di contaminazioni biologiche. Soluzioni dedicate al mondo della sanità che rappresentano l'offerta più completa ed efficace sul mercato, la migliore risposta anche alle altre esigenze di questo particolare ambiente operativo: sicurezza per gli operatori ed i pazienti, confort e silenziosità, riduzione dei tempi e dei costi operativi grazie anche al forte abbattimento nell'utilizzo di prodotti chimici detergenti o disinfettanti.



Ecospital
IPC Soteco

- Migliora la sanificazione grazie al filtraggio esclusivo a 4 stadi con trattamento antibatterico. Classe H, la migliore per la norma di riferimento (CEI EN 60335-2-69:2006-09).
- L'aspirapolvere Ecospital riduce il rischio di contaminazioni trasversali grazie al fusto in plastica antibatterica.
- Silenziosissimo, il sistema fonoassorbente riduce la rumorosità a soli 64 dB.
- Sicuro per operatori e apparecchiature, compatibilità elettromagnetica e certificazioni valide per i mercati internazionali.

Sanivap
IPC Portotecnica

- Sanivap di IPC sanifica e disinfetta ogni area o superficie, il sistema è composto da generatori di vapore ed aspiratori integrati, attrezzature e protocolli di utilizzo.
- L'efficacia disinfettante e detergente del vapore è certificata. Sanivap è conforme alla direttiva CE-DM 93/42 (dispositivi medici).
- Non utilizza detergenti o disinfettanti chimici, garanzia di sicurezza per gli operatori e per l'ambiente.
- Consente un notevole risparmio economico, riduzione dei tempi di pulizia e disinfezione eseguite in un'unica operazione.

HDS
IPC Euromop

- In HDS attrezzature e panni sono realizzati in materiali antibatterici di nuova generazione.
- Riduce il rischio di contaminazioni trasversali grazie all'utilizzo di plastiche antibatteriche certificate, al design che facilita la pulizia dell'attrezzatura, alle soluzioni no-touch.
- I suoi protocolli di utilizzo garantiscono un forte risparmio di tempi e costi operativi.
- La capacità di IPC HDS di ridurre i valori UFC presenti su pavimenti e superfici è stata verificata da numerosi test in laboratorio e in situ.

CT40 ECS
IPC Gansow

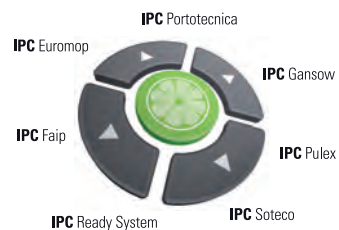
- CT 40 ECS assicura livelli superiori d'igiene e pulizia grazie al sistema di lavaggio innovativo (Italian Patent Application Pending) che in alcune situazioni permette di pulire e lucidare contemporaneamente.
- E' la lavapavimenti più silenziosa oggi sul mercato (riduzione media 6 dB).
- Permette un forte risparmio economico grazie al minor consumo d'acqua e di detergente (oltre l'80%) e al risparmio sulla manodopera.
- Riduce i tempi operativi e migliora la produttività. Maggiore autonomia di carica, minori svuotamenti, riduzione dei trasferimenti.



IPC

Integrated Professional Cleaning

info: 0421.205511
www.ipcleaning.com



L'igiene ha un nome...

ECOLAB[®]

L'EVOLUZIONE CONTINUA.
STA ARRIVANDO IL MOMENTO...



Ecolab Europe GmbH
Richtistr. 7
Switzerland

8304 Wallisellen

Italian Headquarters
Via Paracelso, 6
Italy

20041 Agrate Brianza (MI)
Tel: +39 (0) 39 60501



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 63 - Numero 1 - gennaio-marzo 2010

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 Serrano

Direttore editoriale: G. Finzi

Segreteria scientifica: U.L. Aparo

Comitato di direzione: U.L. Aparo, A. Appicciafuoco, S. Brusafiero, 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. Pellicano, R. Predonzani, A. Rampa, G. Schirripa, D. Stalteri, M.A. Vantaggiato

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

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. 5.375 copie

Diffusione media: N. 5.128 copie

Certificato CSST N.2009-1944 del 26 Febbraio 2010

Società di Revisione: RIA&PARTNERS

Tiratura del presente numero: 5.000 copie

associato a:

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

CSST CERTIFICAZIONE
STAMPA SPECIALIZZATA
E TECNICA

"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 Amoroso presso la sede di Milano Via Alfonso Corti, 28 per esercitare i diritti previsti dal D.lgs 196/2003"



In copertina:
Ospedale Monaldi, Napoli

La sicurezza nei servizi esternalizzati

Antonio Montanile

6

Inserimento di un day hospital oncologico in un ospedale di distretto di una azienda sanitaria a connotazione montana

Claudio Buriani, Walter Spagnoli

14

Esperienza di una azienda sanitaria sulla gestione del rischio clinico

Silvia Pierotti, Raffaella Marchetto, Adele Maccari, Stefano Melagrani, Marco Brusafiero, Adriano Marcolongo

18

Il percorso nazionale per la sicurezza in sanità

Riccardo Tartaglia

22

Formare professionisti e utenti per il controllo del rischio infettivo. L'esperienza dell'Azienda USL di Bologna

Patrizia Farruggia, Roberta Suzzi, Marina Benati, Danilo Di Diodoro

26

Il caso di un ospedale senza vizi e con qualche virtù: campagna di sensibilizzazione "Ospedale libero da alcol"

Elisabetta Masturzo, Carlo Nicora, Salvatore Scaffidi, Gianpaolo Micheloni, Roberto Pagani, Roberto Cosentina

30

Ambiente ed infezioni ospedaliere

Egidio Sesti, Tatiana Fabbri, Lorena Martini, Maurizio Musolino

34

Sanificazione in sala operatoria: progetto sperimentale

Germano Salvatorelli, Sonia De Lorenzi, Maria Gabriella Marchetti, Letizia Romanini

44

I primi risultati dell'analisi conoscitiva sulla organizzazione della sterilizzazione negli ospedali italiani

Giuseppe Paladino, Angelo Conti, Claudio Lazzari, Daniela Pedrini, Gianfranco Finzi

48

La Direzione Ospedaliera: parte o controparte?

Marco Bertozzi

54

Quando un vecchio teatro operatorio va in pensione e se ne apre uno nuovo

Claudio Sileo, Mauro Maiandi

56

Procedura di conteggio e verifica di strumentario garzato/batuffoli utilizzati per interventi chirurgici AORN Santobono-Pausilipon di Napoli

G. Improta, M. Marrese

62

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

Monica Loizzo, Salvatore Palazzo, Rosalbino Biamonte, Antonella Benvenuto, Maria Addolorata Vantaggiato, Salvatore De Paola, Osvaldo Perfetti

66

ORIZZONTI

77

La sicurezza nei servizi esternalizzati

Riassunto

La scelta di esternalizzare un servizio o una funzione richiede una approfondita analisi di ordine economico, nonché una analisi sulle implicazioni di ordine tecnico e politico circa i rapporti interni ed esterni all'azienda.

La fase successiva di gestione si pone precisi obiettivi, ben delineati dalla normativa vigente, ribaditi nei piani sanitari e nelle norme tecniche e sottolineate dal recente Testo Unico sulla Sicurezza.

È diventato di fondamentale importanza per le imprese dotarsi di un sistema di gestione della sicurezza che permetta alle stesse di non incorrere nelle pesanti sanzioni previste dal nuovo art. 25 *septies*, D.Lgs. n. 231/2001, il quale ha introdotto la responsabilità amministrativa in capo ai soggetti apicali anche per i reati di omicidio colposo e di lesioni colpose gravi e gravissime, commessi in violazione della normativa antinfortunistica e in materia di igiene e di tutela della salute negli ambienti di lavoro.

È possibile realizzare un adeguato modello di gestione suddividendo, schematicamente, il processo dell'appalto in quattro fasi: pianificare, fare, controllare, agire, secondo il modello della ruota di Deming, già utilizzato per gli *standard* di certificazione di qualità.

altre disposizioni della presente direttiva, quando in uno stesso luogo di lavoro sono presenti i lavoratori di più imprese, i datori di lavoro devono cooperare all'attuazione delle disposizioni relative alla sicurezza, all'igiene ed alla salute, e, tenuto conto della natura delle attività, coordinare i metodi di protezione e di prevenzione dei rischi professionali, informarsi reciprocamente circa questi rischi e informare i propri lavoratori e/o i loro rappresentanti?

La sequenza di misure indicate dal legislatore comunitario costituiscono la risposta prevenzionale-protettiva al fenomeno della segmentazione ovvero dell'articolazione e della conseguente esternalizzazione di alcune delle fasi proprie di quello che un tempo era un interno ed unitario processo produttivo, nonché delle fasi o dei servizi accessori e collaterali eppure connaturati allo stesso processo ed anch'essi tendenzialmente eseguiti internamente ed unitariamente, altrimenti detto outsourcing, attuato mediante l'integrazione funzionale fra imprese diverse sulla base di contratti di collaborazione più o meno stretta (ma, almeno sulla carta, tali da non intaccare la reciproca autonomia dei soggetti) ed avente, letteralmente, quale oggetto l'acquisizione dall'esterno di un servizio (o di un bene) che l'imprenditore principale realizzava direttamente, mediante la propria organizzazione o che, sin dall'origine, attribuiva all'esterno ad imprese terze, da attuarsi mediante i contratti tipici di appalto, subappalto, somministrazione, subfornitura o quelli atipici, ad esempio, di factoring, engineering, ecc.

Antonio Montanile

Direzione di P.O. "Camberlingo"-Francavilla ASL BR

INTRODUZIONE

La gestione della sicurezza delle sempre più complesse organizzazioni aziendali oggi si trova di fronte alla nuova dimensione disegnata dal massiccio incremento del ricorso all'outsourcing di servizi tecnici: ciò comporta uno spontaneo incremento dei rischi per la sicurezza e dunque la necessità per le aziende di far fronte in modo programmato, anche a questa esigenza nei confronti dei subfornitori, per quanto riguarda la sicurezza umana e la tutela preventiva dell'ambiente. Con la modifica apportata dalla legge n. 123/2007 (e con l'approvazione del T.U. sulla sicurezza sul lavoro, Legge n. 81/2009), l'art. 7, D.Lgs. n. 626/1994, ha aggiunto, in capo al datore di lavoro committente, alcune nuove responsabilità in caso

di affidamento di lavori in appalto. È necessario evidenziare che anche un'altra modifica, operata dalla legge n. 123/2007 al D.Lgs. n. 231/2001, rende maggiormente necessaria una oculata gestione dell'appalto da parte del committente.

LA DIRETTIVA QUADRO 89/391/CEE - OBBLIGHI DEI DATORI DI LAVORO IN PRESENZA DI IMPRESE DIVERSE

L'Art. 6, punto 4, della direttiva 89/391/CEE (direttiva quadro concernente l'attuazione delle misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro, da recepirsi all'interno delle legislazioni degli Stati membri), sancisce il seguente obbligo generale dei datori di lavoro: "fatte salve le



PAROLE CHIAVE:

Outsourcing – gestione della sicurezza – igiene del lavoro

OUTSOURCING

Il termine outsourcing è usato in accezioni quanto mai ampie e diversificate, ponendosi, tuttavia, come un insieme di contratti finalizzati ad integrare all'esterno, anche attraverso dismissioni di porzioni o rami aziendali, funzioni e processi produttivi originariamente interni.

Si va, infatti, da letture estremamente estensive del concetto, tali da ricomprendervi tutte le attività comunque svolte non da lavoratori subordinati (lavoro autonomo, collaborazioni coordinate e continuative, lavoro temporaneo, staff leasing) a letture più ristrette che definiscono la fattispecie come l'affidamento di una fase della produzione o di una funzione aziendale ad un'impresa mediante un contratto di appalto o di somministrazione di semilavorati, oppure, più limitatamente, solo come l'affidamento a terzi, attraverso l'appalto di servizi, di una funzione non direttamente produttiva, precedentemente svolta da una struttura interna dell'impresa committente o, ancora, come esternalizzazione di una fase della produzione vera e propria, attuata mediante contratti di subfornitura o di fusione o scissione societaria configuranti trasferimento d'azienda o di ramo aziendale.

RISCHIO INTERFERENZIALE

L'esternalizzazione delle fasi accessorie o proprie del processo produttivo attuata mediante l'affidamento delle stesse a soggetti terzi attraverso qualsivoglia tipologia contrattuale di integrazione o,

comunque, collaborazione, anche temporanea, fra imprese (ma, in particolare, attraverso gli schemi contrattuali dell'appalto, subappalto, somministrazione, subfornitura), si collega strettamente al sistema giuridico di tutela del lavoro.

Nel caso in cui l'esecuzione da parte dei terzi delle fasi accessorie o proprie del processo produttivo si realizzi promiscuamente all'interno di un medesimo luogo, stabilimento, struttura, con sovrapposizione delle diverse organizzazioni e dei diversi fattori di pericolo lavorativi ad esse connaturati, si genera il c.d. rischio interferenziale, sul presupposto di una maggiore esposizione dei lavoratori impiegati in questo contesto al rischio di incorrere in infortuni sul lavoro.

La promiscuità lavorativa, ovvero la sovrapposizione, la commistione, l'interazione, la compresenza di più organizzazioni di lavoro insistenti in un medesimo luogo ed operanti per la realizzazione della propria attività produttiva, ciascuno con peculiarità di strumenti, attrezzature, sostanze, uomini e mezzi e, quindi, con specificità di pericoli e di esposizione ai rischi lavorativi tipici delle opere o dei servizi ad essi affidati, è, infatti, causa o concausa frequente di infortuni sul luogo di lavoro.

Tale situazione, infatti, determinando l'alterazione della connessione lineare che lega il datore di lavoro, l'ambiente e la prestazione lavorativa e che costituisce il presupposto per la sua autonoma gestione delle misure precauzionali e sopportazione del rischio infortunistico lavorativo, atteso che i lavoratori dipendenti

dalle imprese datrici di lavoro esterne operano in un ambiente sempre diverso, spesso predisposto ed organizzato dall'impresa ospitante (committente), sovente utilizzando attrezzature messe a loro disposizione dalla stessa, agendo, pur sempre, in un ambito più o meno marcato di eterodirezione, impone l'estensione delle regole preventivo-protettive poste a tutela della sicurezza e della salute durante il lavoro e dei soggetti ai quali esse normalmente si rivolgono.

MISURE DI SICUREZZA

Il precetto comunitario di cui all'art. 6, punto 4, della direttiva 89/391, dispone, quindi, un obbligo nuovo nella formulazione, di grande rilievo e di pressante attualità in relazione alla grande diffusione dei fenomeni di esternalizzazione delle opere e dei servizi all'interno dei processi produttivi e dei luoghi in cui essi si realizzano, determinando un incrocio sempre più frequente e affollato di organizzazioni di lavoro e di lavoratori, che vanno ben oltre il modello contrattuale più diffusamente utilizzato ovvero l'appalto (e il subappalto).

Ne consegue, pertanto, che per qualsiasi causa, si determini promiscuità lavorativa e con essa l'esposizione al pericolo interferenziale e, conseguentemente, si cagioni un rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori, dovranno essere rispettate misure di precauzione concertate e condivise, apparentemente in modo paritario, fra tutti i datori di lavoro delle impre-

se presenti nello stesso luogo. Le misure individuate tassativamente dalla direttiva, alle quali dovranno conformarsi le legislazioni degli stati membri, sono:

Cooperazione

- la cooperazione all'attuazione delle disposizioni relative alla sicurezza, all'igiene ed alla salute;
- il coordinamento dei metodi di protezione e di prevenzione dei rischi professionali, in relazione alla natura delle attività esercitate;
- l'informazione reciproca circa i rischi di cui sopra e l'informazione ai propri lavoratori e/o ai loro rappresentanti.

La misura della cooperazione all'attuazione delle disposizioni relative alla sicurezza, all'igiene e alla salute esprime l'obbligo per tutti i datori di lavoro presenti nel medesimo luogo, con proprio personale in attività lavorativa, di operare insieme per il conseguimento del fine di rendere operative, applicare e controllare, le necessarie misure di prevenzione e protezione della sicurezza della salute e dell'igiene sul lavoro, comuni a tutte le imprese coinvolte.

Coordinamento

La misura del coordinamento dei metodi di protezione e di prevenzione dei rischi professionali, in relazione alla natura delle attività esercitate, sembra, invece, esprimere l'obbligo di ordinare insieme le regole, ovvero i sistemi, preventivi e protettivi relative ai rischi professionali di tutte le imprese coinvolte.

Informazione

Almeno in via indiretta, dal punto di vista logico e giuridico, la misura obbligatoria dell'informazione reciproca circa i rischi propri o generati dall'attività, dal lavoro eseguito dalle imprese coinvolte dovrebbe venire per prima ed essere prope-

deutica alla cooperazione e al coordinamento sopra analizzati.

La direttiva 89/391/CEE viene recepita nell'ordinamento giuridico italiano per mezzo del Titolo I del D.Lgs. n. 626/1994 e, in particolare, l'art. 6, punto 4, trova attuazione all'art. 7 del citato decreto, il quale fa propri e sviluppa gli obblighi sopra analizzati di cooperazione, coordinamento e informazione fra datori di lavoro.

LE NOVITÀ DEL TESTO UNICO (LEGGE N. 81/2008)

Riteniamo opportuno partire dalle Linee Guida per il Testo Unico, definite dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale; vi è un passaggio dedicato in maniera specifica al lavoro appaltato: "...*Consideriamo infine come caratterizzante la previsione della rivisitazione della normativa sugli appalti, con particolare attenzione ai subappalti e al miglioramento delle regole che disciplinano il coordinamento degli interventi di prevenzione dei rischi. In particolare saranno previsti strumenti in grado di valutare l'idoneità delle aziende che lavorino negli appalti utilizzando come parametro il rispetto delle norme di salute e sicurezza sul lavoro, considerato vincolante anche per l'accesso ad agevolazioni, finanziamenti e contributi a carico della finanza pubblica di cui usufruiranno quindi solo le aziende considerate "virtuose", in una logica premiale.*"

L'art. 26 del Testo Unico è dedicato in maniera specifica a tale problematica; al comma 1 esso recita: "...*In caso di affidamento di lavori ad un'impresa appaltatrice o a lavoratori autonomi all'interno della propria azienda, il datore di lavoro è tenuto a verificarne l'idoneità tecnico professionale, attraverso il sistema di qualificazione delle imprese che sarà definito con un decreto da emanarsi entro un anno.*"

VERIFICA DELLA IDONEITÀ TECNICO PROFESSIONALE (ART. 26 - COMMA 1)

In realtà, per quanto riguarda la verifica dei requisiti tecnico-professionali, già l'art. 7 del D.Lgs. n. 626/1994 al punto a) del comma 1 prescrive che il datore di lavoro committente verifichi l'idoneità tecnico professionale dei soggetti che intervengono nella realizzazione dell'opera o della prestazione affidata.

L'esistenza di questo requisito viene accertata **anche** attraverso l'acquisizione del certificato d'iscrizione alla Camera di Commercio o certificazione equipollente per ditte operanti nell'ambito CE.

Al di là dell'uscita dell'apposito decreto anche in questo caso ci si può richiamare alle Linee Guida sull'applicazione del D.Lgs. n. 626/1994 per riuscire a definire i contenuti propri del requisito richiesto:

- se "*si reputi opportuno approfondire l'accertamento del possesso del citato requisito, la valutazione potrà essere arricchita dalla verifica della capacità dell'appaltatore di realizzare sicurezza attraverso la prevalutazione dei rischi e l'individuazione delle misure di protezione in relazione all'opera da eseguire, che è da considerarsi come requisito tecnico professionale che la ditta esecutrice può possedere: la valutazione può avere per oggetto il censimento dei rischi, l'esame degli stessi e la definizione delle misure di sicurezza relative, l'organizzazione del lavoro e la disponibilità di macchine ed attrezzature previste per la realizzazione dell'opera*"

Occorre richiedere che le macchine e gli impianti utilizzati dall'appaltatore siano corredati della dovuta documentazione di legge attestante la loro completa conformità a tutte le

Tabella 1 - Parametri di valutazione dei requisiti tecnico-professionali delle imprese esecutrici in assenza del certificato di qualità secondo le norme ISO

- 1) Iscrizione presso la C.C.I.A.A.
- 2) Anzianità di iscrizione presso il registro delle imprese
- 3) Elenco dei lavori effettuati nell'ultimo triennio
- 4) Possesso delle certificazioni di abilitazione riconosciute ai sensi della legge n. 46/1990, in relazione ai lavoratori appaltati
- 5) Elenco delle macchine e attrezzature di cantiere da impiegare, con l'indicazione degli estremi di omologazione, le date delle ultime verifiche obbligatorie effettuate e il piano dei controlli giornalieri
- 6) Documentazione attestante l'avvenuto assolvimento degli obblighi informativi e formativi dei lavoratori (artt. 21-22, D.Lgs. 19 settembre 1994, n. 626)
- 7) Copia dell'atto di nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del medico competente e del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza
- 8) Copia del documento di valutazione dei rischi (art. 4, D.Lgs. 19 settembre 1994, n. 626)
- 9) Copia del libro matricola e del registro infortuni corredati da una dichiarazione sul fenomeno infortunistico e delle malattie professionali negli ultimi 5 anni
- 10) Dichiarazione attestante il rispetto degli obblighi assicurativi e previdenziali previsti dalle leggi e dai contratti
- 11) Attestazione dell'assenza di prescrizioni positive degli organi di vigilanza negli ultimi 5 anni ovvero, in caso contrario, copia dei verbali di ispezione.

norme di sicurezza vigenti.

L'acquisizione delle informazioni citate rappresenta anche un elemento essenziale per realizzare quel coordinamento degli interventi di protezione e prevenzione che il committente deve obbligatoriamente attuare; tra i requisiti che l'appaltatore deve possedere nel caso di esecuzione, manutenzione o trasformazione di particolari impianti rientrano quelli specificati nella legge 5 marzo 1990 n. 46. La tabella n. 1 elenca i parametri di valutazione dei requisiti tecnico-professionali delle imprese esecutrici in assenza del certificato di qualità secondo le norme ISO.

I criteri di scelta dei fornitori, nel rispetto delle norme fondamentali in materia di appalti, ed in particolare da quanto previsto dal comma 1 dell'art. 26 del Testo Unico in tema di idoneità tecnico-professionale dei fornitori, e gli elementi che determinano le condizioni più favorevoli di acquisto, devono quindi costituire i due capisaldi sui quali si sviluppa l'attività di acquisto.

La scelta del fornitore deve essere il risultato di una valutazione comples-

siva che tenga conto di fattori come:

- reputazione; - struttura adeguata; - situazione finanziaria; - disponibilità di alternative; - valore dell'ordine/contratto; - complessità degli aspetti tecnici; - idoneità tecnico-professionale delle imprese appaltatrici o dei lavoratori autonomi in materia di igiene e sicurezza del lavoro, e di tutela ambientale, in relazione ai lavori da affidare in appalto o contratto d'opera. La determinazione delle condizioni più favorevoli deve tenere in debita considerazione la migliore combinazione di fattori come:

- miglior prezzo commercialmente disponibile;
- qualità dei prodotti e dei servizi offerti;
- tempi tecnici di realizzazione dell'opera;
- rischio contrattuale;
- modalità di pagamento;
- costi operativi e di manutenzione successivi all'acquisto;
- disponibilità per formare i lavoratori interessati dall'acquisto, qualora sia necessario;
- impegni per il collaudo delle opere acquistate.

COOPERAZIONE E COORDINAMENTO TRA COMMITTENTE E APPALTATORI (ART. 26 – COMMA 2)

“Datori di lavoro e subappaltatori devono cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi sul lavoro connessi all'attività oggetto dell'appalto e devono coordinare gli interventi di protezione e prevenzione dai rischi cui sono esposti i lavoratori, informandosi reciprocamente, anche al fine di eliminare rischi dovuti alle interferenze tra i lavori delle diverse imprese coinvolte nell'esecuzione dell'opera complessiva.”

Già l'art. 7 del D.Lgs. n. 626/1994 prevedeva esplicitamente che la cooperazione e la collaborazione tra committente e appaltatori non siano limitate esclusivamente alla sola esecuzione dei lavori, ma siano anche estese alla prevenzione di tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori presenti sul luogo di lavoro.

Tutti i datori di lavoro (committenti, appaltatori o lavoratori autonomi) devono informarsi reciprocamente sull'andamento della situazione per quanto riguarda l'igiene e la sicurezza del lavoro, intervenendo attivamente per prevenire i rischi dovuti, come negli appalti scorporati o promiscui, alle interferenze fra i lavori di diverse imprese e all'uso comune delle medesime attrezzature.

Il committente infatti non può più limitarsi ad *"informare l'appaltatore dei rischi presenti in ambiente di lavoro"* ma deve promuovere positivamente e attivamente il coordinamento degli interventi di prevenzione e protezione: tuttavia l'onere del coordinamento attribuito al committente non elimina la responsabilità dell'appaltatore per i rischi propri dell'attività specifica.

Utile in tal senso appare la circolare del Ministero del lavoro n. 8/2001 (dedicata alle pubbliche forniture, ma che enuncia principi interpretativi validi in via generale per tutti gli appalti), che dedica il paragrafo 4 agli adempimenti a carico dell'appaltatore e dell'appaltante in materia di sicurezza del lavoro, sul contratto d'appalto o contratto d'opera.

Premesso che per datore di lavoro deve intendersi tanto un soggetto privato quanto uno di natura pubblica, e precisamente il dirigente al quale spettano i poteri di gestione, ovvero il funzionario non avente qualifica dirigenziale, anche nell'ipotesi in cui il contratto d'appalto vincoli, quale committente dei servizi o delle forniture, una pubblica amministrazione, ne deriva che *"il datore di lavoro, in caso di affidamento dei lavori all'interno dell'azienda, ovvero dell'unità produttiva, ad imprese appaltatrici o a lavoratori autonomi: verifica, anche attraverso l'iscrizione alla Camera di Commercio, industria e*

artigianato, l'idoneità tecnico-professionale delle imprese appaltatrici o dei lavoratori autonomi in relazione ai lavori da affidare in appalto o contratto d'opera; fornisce agli stessi soggetti dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui sono destinati ad operare e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione alla propria attività".

I datori di lavoro (committente e appaltatore): cooperano all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi sul lavoro incidenti sull'attività lavorativa oggetto dell'appalto; coordinano gli interventi di protezione e prevenzione dai rischi cui sono esposti i lavoratori, informandosi reciprocamente anche al fine di eliminare rischi dovuti alle interferenze tra i lavori delle diverse imprese coinvolte nell'esecuzione dell'opera complessiva.

Il datore di lavoro committente promuove la cooperazione ed il coordinamento ma tale obbligo non si estende ai rischi specifici propri dell'attività delle imprese appaltatrici o dei singoli lavoratori autonomi.

Vige, pertanto, anche per gli appalti di servizi e forniture aventi natura pubblica il principio secondo cui debitore di sicurezza verso i lavoratori non è solo il datore di lavoro appaltatore ma anche il soggetto committente.

Di conseguenza eventuali clausole di trasferimento del rischio dal soggetto appaltante al datore appaltatore, tese ad esonerare il primo da ogni onere di tutela della salute dei lavoratori e dalle conseguenti responsabilità, non hanno alcun effetto.

In pratica la mancata cooperazione all'attuazione delle misure (o per mancato coordinamento degli interventi) di protezione e preven-

zione dovrà riferirsi tanto al datore appaltatore quanto al datore committente, entrambi punibili con la stessa sanzione, mentre per la mancata promozione della cooperazione e del coordinamento delle misure e degli interventi di protezione e prevenzione dai rischi, la denuncia all'autorità giudiziaria sarà fatta nei confronti del datore committente, cui soltanto incombe l'obbligo di impulso.

È opportuno pertanto che:

- 1) vengano redatti eventuali atti scritti per promuovere la cooperazione ed il coordinamento;
- 2) venga individuato un referente con il compito di provvedere a dare impulso a questi ultimi.

OBBLIGO DEL COMMITTENTE DI FORNIRE LE INFORMAZIONI SUI RISCHI SPECIFICI DELL'AMBIENTE DI LAVORO

L'obbligo del committente di fornire le necessarie informazioni prevenzionistiche alla ditta appaltatrice, limitato in precedenza dall'art. 5 del D.P.R. n. 547/1955 nei confronti dei soli lavoratori autonomi, viene ora esteso a tutte le categorie di appaltatori.

Le informazioni che il committente deve fornire all'appaltatore *"devono essere tali ed in quantità sufficiente da permettere a quest'ultimo di valutare i rischi relativi all'ambiente di lavoro e di integrarli con quelli specifici della propria attività in modo da procedere alla predisposizione delle idonee misure di prevenzione"* e dunque informazioni relative:

- ai rischi specifici esistenti nell'ambiente di lavoro (macchine e impianti, prevenzione incendi, piani di emergenza, sostanze e preparati pericolosi, aree ad accesso controllato, etc.);
- alla presenza o assenza dei lavoratori del committente durante l'esecuzione dei lavori;

- all'utilizzo di attrezzature e servizi del committente per l'esecuzione dei lavori (compatibilmente con la normativa vigente);
- alla eventuale collaborazione dei lavoratori del committente all'esecuzione dei lavori (Circolare del Ministero del Lavoro del n. 99 del 22 aprile 1997).

IL DOCUMENTO UNICO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI INTERFERENTI - DUVRI (ART. 26 – COMMA 3)

“Il datore di lavoro committente promuove tale cooperazione elaborando un unico documento di valutazione dei rischi (DUVRI) che indichi le misure adottate per eliminare o, ove ciò non è possibile, ridurre al minimo i rischi da interferenze. Tale documento va allegato al contratto di appalto o di opera.”

Anche in questo caso si tratta di un obbligo già previsto dal D.Lgs. 626/94, dalla Legge n. 123/2007 (Art. 3), ma scarsamente assolto, in quanto i documenti non vengono ancora elaborati e gli stessi organi di vigilanza non vigilano su tale adempimento, e la stessa cosa deve dirsi per la scarsa iniziativa dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Il datore di lavoro committente, deve inviare ai suoi appaltatori/fornitori un'apposita comunicazione con indicati i rischi presenti nel suo ambiente lavorativo e le misure di prevenzione, protezione ed emergenza adottate; il documento deve sempre essere elaborato, ed allegato ad ogni appalto, subappalto o altro affidamento di lavori, anche nel caso in cui i rischi da interferenza, per motivi debitamente motivati e argomentati, risultano insussistenti; tale obbligo sussiste anche per gli appalti già in essere alla data di entrata in vigore del T.U. (15 maggio 2008).

Il problema delle interferenze

Dopo aver analizzato le fasi in cui vengono svolte le attività affidate ad imprese esterne e lavoratori autonomi è necessario analizzare il programma dei lavori per poter individuare le interferenze fra diverse lavorazioni.

L'individuazione delle interferenze fra lavorazioni diverse avviene analizzando le concomitanze, le sovrapposizioni o le amplificazioni dei rischi dovute a situazioni ambientali, di tipo particolare o generale; a quel punto si dovrà verificare se sono disponibili misure di sicurezza integrative tali da renderle compatibili o se si dovrà ricorrere allo sfasamento temporale delle lavorazioni incompatibili. Per ogni interferenza individuata, resa compatibile, si devono indicare:

- le lavorazioni interferenti;
- le misure di sicurezza integrative specifiche e chi dovrà realizzarle;
- le modalità di verifica.

Per ogni incompatibilità individuata si devono indicare:

- le lavorazioni incompatibili
- il vincolo allo sfasamento temporale
- le modalità di verifica.

Fatto questo ogni azienda committente dovrà produrre un documento (può essere anche una tabella, o può essere incluso nel verbale di sopralluogo e/o coordinamento) in cui sia riportata l'evidenza di quest'analisi preventiva che sarà parte integrante della documentazione che già si doveva predisporre per l'art. 7 del D. Lgs. n. 626/94 comma 2, e che ora si chiamerà Documento di valutazione dei rischi da interferenze per la cooperazione e il coordinamento.

In base a quelli che sono i contenuti del cronoprogramma dei

lavori, così come individuato dal D.P.R. n. 222/2003, il documento dovrà evidenziare:

1. Attività lavorative interferenti
2. Azienda committente e imprese coinvolte
3. Rischi d'interferenza o aggiuntivi esistenti
4. Aree dell'azienda interessate
5. Misure di sicurezza previste
6. Costo delle misure di sicurezza
7. Responsabile attuazione misure di sicurezza
8. Modalità di verifica attuazione misure di sicurezza
9. Date verifica

È ovvio che la situazione si complica ed i pericoli potenziali aumentano quando le imprese operanti contemporaneamente sono più di una, sovrapponendosi tra di loro ed eventualmente ad altre addette a montaggi, costruzioni, nonché al normale personale dello stabilimento; si presenta allora la necessità di formulare un programma, anche scritto, la cui osservanza va controllata dal Servizio di sicurezza dell'azienda in collaborazione con altri responsabili designati dalle imprese.

I COMMI 4 – 5 E 6 DELL'ART. 26

Comma 4: *“...l'imprenditore committente risponde in solido con l'appaltatore e con ciascuno degli eventuali subappaltatori, per tutti i danni per i quali il lavoratore, dipendente dall'appaltatore o dal subappaltatore, non risulti indennizzato dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL)”*

Comma 5: *“Nei singoli contratti di subappalto, di appalto e di somministrazione, anche in corso alla data di entrata in vigore del Testo Unico (15 maggio 2008),...(omissis)..., devono essere specifica-*

mente indicati, a pena di nullità, i costi relativi alla sicurezza del lavoro con particolare riferimento a quelli propri connessi allo specifico appalto.”

Comma 6: *“Nella predisposizione delle gare di appalto e nella valutazione dell’anomalia delle offerte nelle procedure di affidamento di appalti di lavori pubblici, di servizi e di forniture, gli enti aggiudicatori sono tenuti a valutare che il valore economico sia adeguato e sufficiente rispetto al costo del lavoro e al costo relativo alla sicurezza, il quale deve essere specificamente indicato e risultare congruo rispetto all’entità e alle caratteristiche dei lavori, dei servizi o delle forniture”*

Riteniamo superfluo ogni commento a questi commi, chiaramente tesi alla riduzione del lavoro nero ed alla esplicitazione delle garanzie finalizzate agli adempimenti in merito alla prevenzione e sicurezza sul lavoro; si evidenzia tuttavia il contenuto del comma 6, da tenere in particolare conto nella valutazione delle offerte economiche in sede di gara di appalto.

UN APPROCCIO ALLA GESTIONE DEL NUOVO “SISTEMA SICUREZZA”

È lo standard BS OHSAS 18001 (nella sua recente revisione) che si allinea maggiormente alle esigenze delle Pubbliche Amministrazioni per le attività di monitoraggio dei servizi esternalizzati, con l’introduzione del requisito di monitoraggio dell’outsourcing. Attraverso la progettazione di un Sistema Gestionale conforme alla norma OHSAS 18001 l’amministrazione pubblica ha, a supporto della propria organizzazione, un insieme di procedimenti, mezzi,

risorse ed attività che portano ad un controllo concreto ed a una riduzione dei rischi negli ambienti di lavoro, alla prevenzione degli infortuni, alla garanzia della conformità legislativa, al miglioramento delle prestazioni in materia di sicurezza.

L’applicazione della norma OHSAS 18001 prevede che gli Enti Pubblici analizzino i propri Servizi, individuando:

- i pericoli per i lavoratori (eseguendo conseguentemente una valutazione dei rischi)
- l’attuazione di misure di prevenzione atte all’eliminazione o riduzione del rischio stesso
- la pianificazione di un programma di miglioramento per una continua riduzione del rischio residuo ed una migliore gestione controllata della sicurezza sul lavoro.

Le fasi fondamentali di un modello basato sugli standard OHSAS 18001 sono rappresentati da:

- assessment organizzativo e mappatura dei processi;
- gap analysis rispetto allo standard di riferimento;
- definizione del disegno del sistema di gestione;
- analisi dei pericoli e della valutazione dei rischi;
- definizione delle scelte della politica, degli obiettivi, dei programmi, delle responsabilità, dei ruoli e delle procedure;
- formazione del personale coinvolto nel sistema di gestione;
- esecuzione di verifiche sulla corretta applicazione del sistema.

Si dovrà pertanto verificare:

- la completezza delle misure adottate e/o da adottare;
- la loro organizzazione secondo la gerarchia preventiva in più parti richiamata (eliminare, ridurre, controllare i rischi; pri-

vilegiare le misure preventive collettive);

- informazione e formazione;
- sorveglianza sanitaria.

Per quanto riguarda il programma di attuazione delle misure di sicurezza, si dovrà valutarne la congruenza rispetto a:

- gravità e diffusione dei rischi;
- fattibilità tecnica;
- organizzazione e risorse dell’azienda (costi/benefici)

Sembra al proposito quanto mai necessario istituire una struttura di coordinamento tra Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Medico Competente, Esperto Qualificato, Medico Autorizzato, Direzione Sanitaria, Servizio Tecnico.

Tale struttura, coordinata direttamente dal Direttore Sanitario o dal Direttore Medico all’interno del Presidio Ospedaliero, avrà il compito di stimolare e razionalizzare la soluzione dei problemi che via via si incontrano.

È importante che i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza si rapportino anche con questa struttura di coordinamento, nella quale tra l’altro vi sono figure ulteriori rispetto a quelle strettamente previste dal D.Lgs. 626/94.

RUOLO DELLE DIREZIONI SANITARIE

Anche se il D.Lgs. n. 626/94 non assegna, in maniera esplicita e diretta, compiti specifici al Direttore Sanitario nell’ambito della organizzazione delle strutture della Azienda Ospedaliera, o del Presidio Ospedaliero di Azienda Sanitaria Locale, deputate alla tutela della sicurezza dei lavoratori, è evidente tuttavia che l’assetto organizzativo delle Aziende Ospedaliere italiane, introdotto dal D.Lgs. 502/92,

così come modificato dal Decreto 517/93, si discosta dalle tradizionali modalità di governo dei Servizi Sanitari Ospedalieri, per lunghi anni determinate dalle disposizioni di legge emanate nel corso degli anni '60 e non sostanzialmente modificate dalla legge quadro di "riforma sanitaria" del 1978 (L. 833).

Le previsioni stabilite dal legislatore, nonché il ruolo cruciale che viene, di fatto, svolto dalla Direzione Sanitaria (sia Aziendale sia di Presidio) - nell'ambito dell'organizzazione del lavoro ospedaliero e della programmazione dell'attività assistenziale - non possono non comportare un organico coinvolgimento delle stesse nell'ambito della prevenzione degli eventi infortunistici e dell'esercizio delle funzioni di medicina preventiva.

La Direzione Medica rappresenta infatti il momento unificante di quelle complesse e differenziate problematiche che sono costituite dalla necessità di garantire sicurezza a tutti quei soggetti che, a vario titolo, partecipano alla complessa e diversificata vita dell'Ospedale, prestando la propria opera professionale, risultando ricoverati o, più semplicemente, accedendovi anche in maniera occasionale ed estemporanea.

In particolare il Direttore Sanitario Aziendale partecipa, esprimendo il prescritto parere tecnico, alle scelte strategiche del Direttore Generale ed assume, con sempre maggiore evidenza, funzioni paragonabili a quelle del "direttore di produzione" di una azienda manifatturiera.

Il Dirigente Medico del Presidio assume il compito di autorizzare l'esercizio della attività clinico assistenziale negli ambienti destinati a tale scopo, verifica che siano stati compiuti i prescritti accertamenti e collaudi sulle apparecchiature sanitarie, prima di procedere al loro impiego clinico, acquisisce pertan-

to le certificazioni e le dichiarazioni di conformità degli impianti predisposte e redatte da parte dei competenti Uffici Tecnici e/o Servizi di Ingegneria Clinica.

Abbiamo già ricordato, nella prima parte, la necessità di un coordinamento, da parte della Direzione Sanitaria, per i rischi che possono interessare contemporaneamente i lavoratori, i pazienti e i visitatori, di tutte quelle azioni che sono state affidate alla Direzione Medica di Presidio, al SPP, al Medico Competente.

La crescente professionalità richiesta a questa specifica figura, peraltro, necessita di un complesso bagaglio culturale

multidisciplinare (sanitario, tecnico, giuridico, formativo ed organizzativo) che, vieppiù in futuro, dovrà caratterizzarne l'attività.

L'attività del Medico di Direzione Sanitaria deve pertanto coniugare gli aspetti scientifici e tecnici propri della sua precipua

professione con quelli tipici di un sistema organizzato di processi condotti da più soggetti, in cui tutti gli elementi di supporto sono pianificati, tenuti sotto controllo e verificati, con un'attività che non si limita quindi alla sola professione di Medico di Direzione Sanitaria, ma coinvolge piuttosto tutto il "sistema" ospedaliero che la supporta.

BIBLIOGRAFIA

Bacchini, Il contratto d'appalto e il contratto d'opera in azienda e in cantiere. La sicurezza sul lavoro, Padova, 1999, p. 85-86

Carinci, La fornitura di lavoro altrui. Art. 2127 c.c., in Il codice civile commentato diretto da Schlesinger, Giuffrè, Milano, 2000, p. 546.

De Matteis, Giubboni, Infortuni sul lavoro e malattie professionali, Giuffrè, Milano, 2005, 521 ss.

Galantino, Il contenuto dell'obbligo di sicurezza, In La sicurezza del lavoro. Commento al decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, a cura di Galantino, Milano, 1995, p. 48.

Guariniello, Rassegna della Cassazione Penale, in ISL, 12, 2004.

Guariniello, Rassegna della Cassazione Penale, ISL, 1, 2006.

Ichino, Corazza, Il nuovo mercato del lavoro. Inserto sulla correzione della cosiddetta riforma Biagi D.Lgs. 6 ottobre 2005 n. 251, Zanichelli, Bologna, 2004, 15-17;

Montanile - "Come si fa il Medico Competente" - Edicom Ed. 2003

Montanile - "La sicurezza nelle strutture sanitarie" - Edicom Ed. 2005

Pasquarella, Appalto e sicurezza sul lavoro: tutele legislative e rimedi giurisdizionali, in Riv. giur. lav., 2007, n. 2.

Quadri, Processi di esternalizzazione. Tutela del lavoratore e interessi dell'impresa, Jovene, Napoli, 2004, 302-303.

Cass. Pen. sez. IV, 22 novembre 2004, n. 45068

Cass. pen. 2 dicembre 1993, in Cass. Pen 1994, p. 9,

Inserimento di un day hospital oncologico in un ospedale di distretto di una azienda sanitaria a connotazione montana

Riassunto

Gli autori presentano la loro esperienza di attivazione di un day hospital oncologico in un ospedale di distretto della Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento, azienda sanitaria unica della provincia di Trento, e valutano i cambiamenti organizzativi ed i costi di gestione di tale struttura dopo tre anni di esperienza lavorativa.

Claudio Buriani* , Walter Spagnoli* *

*Direzione Generale

**Direzione U.O. Medicina; P.O. S.Lorenzo ,Borgo Valsugana, Trento

INTRODUZIONE

Nella provincia di Trento la organizzazione aziendale delle attività di cura dei pazienti affetti da tumori solidi prevede la presenza di una unità operativa specialistica di oncologia medica presso l'ospedale multizonale di riferimento di Trento e la attivazione negli ospedali di distretto di strutture sanitarie dedicate alla cura di pazienti oncologici mediante la somministrazione di farmaci antitumorali ricorrendo alla soluzione organizzativa del ricovero diurno (day hospital).

La rete provinciale oncologica pertanto è costituita da un sistema sul modello "Hub and spoke" , costituito di un centro (perno, hub) e da strutture periferiche a ricovero diurno (day hospital), che costituiscono i "raggi" del sistema.

Tale sistema è integrato da un dipartimento di oncologia, di tipo funzionale su base interospedaliera aziendale, che riunisce la u.o oncologia dell'ospedale multizonale di riferimento e le strutture di day hospital, presenti negli ospedali di distretto, che garantiscono l'assistenza ai pazienti oncologici nella provincia (fig.1).

Nella realizzazione di tale rete pres-

so il presidio ospedaliero di Borgo Valsugana (ospedale di distretto dotato di circa n. 90 posti letto) è stata attivato un day hospital oncologico con il compito di coprire le esigenze dell'area della Bassa Valsugana (circa 30.000/35000 abitanti di bacino di utenza), con sede ospedaliera distante circa km.40 da Trento.

Il day hospital realizzato è strutturalmente inserito in un settore separato, ma all'interno della unità di degenza della u.o medicina interna.

Tale nuova struttura, operativa dal gennaio 2005, è dedicata di norma al trattamento delle patologie tumorali nei pazienti che necessitano di trattamento farmacologico con farmaci antitumorali.

OBIETTIVI ASSISTENZIALI E MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

Gli obiettivi della nuova struttura "day hospital oncologico" sono i seguenti:

- fornire in via prioritaria prestazioni a favore dei pazienti affetti da patologia oncologica (tumori solidi da sottoporre a chemioterapia), il più possibile in prossimità del

proprio domicilio:

- diagnosi
- stadiazione di malattia neoplastica
- valutazione della strategia terapeutica (chemioterapia, radioterapia, chirurgia)
- somministrazione della chemioterapia (CT)
- rivalutazione dei pazienti post trattamento.

- operare in rete con la u.o. Oncologia medica dell'ospedale multizonale di Trento;
- migliorare la qualità di vita dei pazienti garantendo che la cura sia effettuata presso il luogo di residenza o in sua prossimità.

I compiti clinico-assistenziali del day hospital consistono nella realizzazione del percorso terapeutico dopo la avvenuta diagnosi e stadiazione effettuata in maniera congiunta con la u.o Oncologia medica..

I casi presi in cura consistono nella casistica gestibile in rapporto alla complessità clinica in quanto congrua ad un ospedale di distretto, nel follow up dei pazienti in cura, nella rivalutazione delle stadiazioni post chemioterapia

La organizzazione del lavoro assistenziale prevede la presenza di un medico e di un infermiere dedicato per l'intero arco di tempo di presenza dei pazienti in trattamento (di norma la attività si svolge dalle ore 8,00 alle ore 13,00).

L'inserimento del day hospital all'interno della unità di degenza ordinaria (tale struttura è collocata in una ala del piano dell'edificio ove è collocata la degenza internistica)

**PAROLE CHIAVE:**

Day hospital, sistema a rete, organizzazione, ospedale di distretto

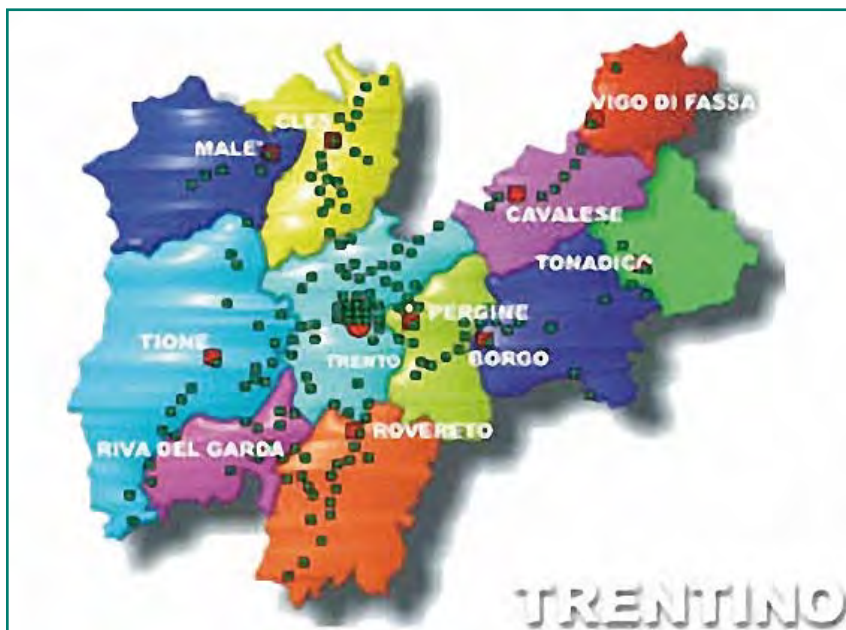


Fig. 1. La Provincia Autonoma di Trento ed i suoi n.7 ospedali pubblici (H.Trento, H.Rovereto, H.Borgo, H.Cles, H.Cavalese, H.Tione, H.Riva del Garda), di cui n. 2 ospedali con compiti multizonali e n.5 ospedali cosiddetti di distretto o di valle, in quanto strutture ospedaliere di primo livello con bacino di utenza di valle (da 30.000 a 50.000 abitanti, cui si aggiungono in alcune aree importanti presenze turistiche).

consente efficienza operativa e collaborazione lavorativa tra la equipe della degenza ordinaria e quella del day hospital, entrambe afferenti al coordinatore infermieristico del reparto. Alcuni spazi sono in comune, pur consentendo la scelta strutturale adottata di garantire la necessaria privacy ai pazienti in trattamento. La u.o medicina interna garantisce la continuità del servizio mediante la formazione /addestramento di personale medico ed infermieristico che possa sostituire i titolari durante le assenze. Le modalità di erogazione del servizio prevedono la presa in cura da parte dei medi-

ci della unità operativa di medicina interna, appositamente addestrati, di pazienti affetti da tumori solidi trattabili in day hospital.

I protocolli terapeutici sono quelli indicati dalla letteratura internazionale e definiti nell'ambito del dipartimento funzionale di oncologia.

Le patologie trattate sono i tumori solidi che richiedono trattamento con farmaci antitumorali.

I medici della u.o oncologia medica dell'ospedale di Trento, che svolgono un ruolo specialistico di secondo livello nella organizzazione a rete degli ospedali trentini, possono essere chiamati come consulenti dai

sanitari del presidio ospedaliero di Borgo, salvo che non si proceda, appunto per casi che richiedano una particolare competenza ed organizzazione, al trasferimento del paziente ed alla successiva presa in cura da parte della equipe dell'ospedale di Trento.

Per quanto concerne l'uso e l'approvvigionamento dei farmaci antitumorali, la struttura provvede esclusivamente alla fase di prescrizione ed iniezione del farmaco, mentre la fase di preparazione è affidata alla UMaCA (unità di manipolazione chemioterapici antitumorali) della u.o farmacia dell'ospedale multizonale di Trento, in applicazione degli indirizzi ministeriali.

Il trasporto del farmaco avviene tramite un addetto inviato dall'ospedale di Borgo quotidianamente (la procedura di approvvigionamento dei farmaci antitumorali è specificata analiticamente in un documento dedicato).

LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ED ORGANIGRAMMA.

La responsabilità clinica dei pazienti trattati è in carico ai sanitari dedicati della u.o medicina interna dell'ospedale di Borgo, i quali sono pertanto medici curanti dei trattamenti effettuati.

Per la responsabilità clinica sui pazienti in cura valgono le regole della organizzazione ospedaliera.

I medici della u.o oncologia medica dell'ospedale di Trento, che svolgono un ruolo specialistico di secondo livello nella organizzazione a rete degli ospedali trentini, possono essere chiamati come consulenti dai sanitari del presidio ospedaliero di Borgo, salvo che non si proceda, per casi che richiedano una particolare competenza ed organizzazione, al trasferimento del paziente ed alla

Tab. 1. Dati di spesa e numero pazienti del day hospital oncologico del presidio ospedaliero di Borgo Valsugana (2002/2007).

Anno	2002 DH medico	2003 DH medico	2004* DH oncologico	2005 DH oncologico	2006 DH oncologico	2007 DH oncologico
Numero pazienti	32	30	58	99	123	137
Farmaci (costo in euro)	2748	7066	22.649	106.990*	137.966	100.202
Presidi medico-chirurgici (costo in euro)	231	382	7943	11.421	14.914	14.431

*(attivazione a regime del DH oncologico gennaio 2005)

successiva presa in cura da parte della equipe di oncologia.

La organizzazione delle attività cliniche è così articolata:

- n.1 medico dedicato ed un secondo medico per le sostituzioni (integrati al bisogno dal direttore della unità operativa);
- n.1 infermiere dedicato ed un secondo infermiere addestrato per le sostituzioni., integrato al bisogno dal supporto della equipe della degenza ordinaria.

Al fine di garantire il corretto ed efficiente funzionamento del day hospital si rende necessario creare una rete organizzativo-assistenziale, oltre che con l'Oncologia medica di Trento, con il laboratorio analisi e la radiologia per la fase diagnostica, con la Farmacia dell'ospedale di Trento per la preparazione centralizzata di chemioterapici, con il reparto chirurgico per la fase interventistica chirurgica, con il Territorio (servizio infermieristico territoriale anche dedicato alle cure palliative, medici

curanti di famiglia) per la assistenza domiciliare pre o post-ricovero e la gestione della fase terminale dei pazienti. L'invio dei pazienti avviene tramite le seguenti vie:

- dai medici i famiglia
- da altri reparti dell'ospedale
- tramite visite ambulatoriali
- dalla u.o oncologia medica dell'Ospedale di Trento.

La dimissione dei pazienti o il loro trasferimento prevede la predisposizione di una nota per il medico di medicina generale da parte del medico curante con le indicazioni terapeutiche ed ulteriori indicazioni collegate allo stato clinico del paziente. Sono specificate le procedure da seguire per contattare il reparto al bisogno (è individuato uno specifico numero telefonico ed esiste un collegamento funzionale con il reparto di degenza, operativo nelle 24 ore).

CONCLUSIONI.

In conclusione, nelle tabelle 1/2/3 sono evidenziati dati che indicano la operatività del day hospital attivato nell'ospedale di Borgo Valsugana, la assunzione in carico dei pazienti di competenza del bacino di utenza/distretto di afferenza, l'aumento della spesa in farmaci collegata

Tab. 2. Distretti di residenza dei pazienti trattati nel day hospital oncologico del presidio ospedaliero di Borgo Valsugana.

Distretto di residenza	2005	2006	2007
Extraprovinciali	3	2	8
Alta Valsugana	20	18	22
Alto Garda e Ledro	-	-	1
Bassa Valsugana e Tesino	75	100	101
Giudicarie e Rendena	-	-	1
Primiero	1	1	1
Rotaliana Paganella	-	1	-
Trento e Valle dei Laghi	-	1	2
Vallagarina	-	-	1
Totale	99	123	137

Tab. 3. Reparto di oncologia medica dell'Ospedale di Trento (ospedale di riferimento provinciale): totale ricoveri in day hospital e ordinari, ricoveri in day hospital ed ordinari provenienti dal distretto di riferimento dell'ospedale di Borgo V., dati di spesa relativi agli anni 2004/2005/2006.

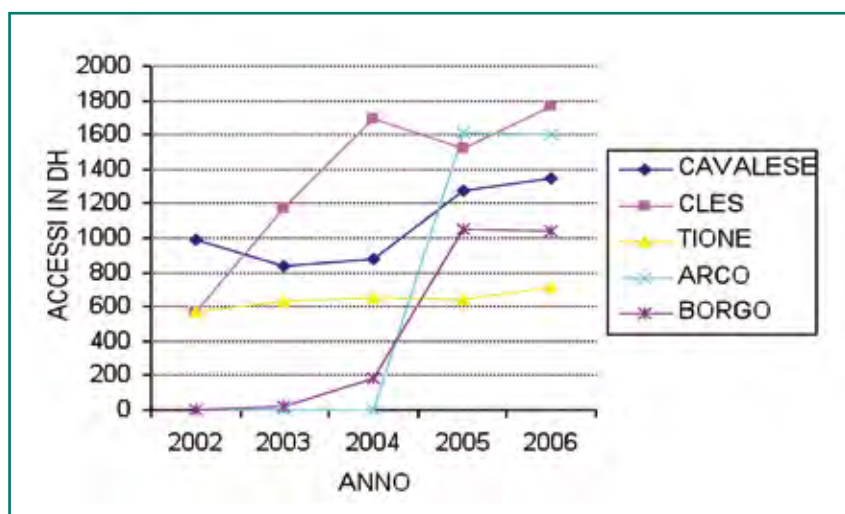
Anno	2004*	2005	2006	2007
Ricoveri day hospital (totale)	875	872	803	900
Ricoveri day hospital provenienti dal distretto dell' Ospedale di Borgo	47	34	31	32
Ricoveri ordinari (totale)	1052	878	1039	1110
Ricoveri ordinari provenienti dal distretto dell' Ospedale di Borgo	61	12	27	10
Farmaci (costo in euro)	2.968.922	3.252.095*	3.810.350	4.498.663
Presidi medico- chirurgici (costo in euro)	295.013	254.153	267.094	278.547

* Attivazione a regime day hospital oncologico H. Borgo gennaio 2005.

all'aumento dei pazienti in carico, la riduzione dei ricoveri ordinari e diurni di pazienti oncologici del distretto presso l'ospedale provinciale di riferimento di Trento in concomitanza con la presa in carico degli stessi da parte dell'ospedale di distretto.

La applicazione del modello organizzativo suindicato ("hub and spoke", perno e raggi) nell'ambito di una rete ospedaliera quale quella del Trentino consente di garantire adeguati livelli di sicurezza per il personale, qualità di preparazione dei farmaci mediante la concentrazione della preparazione dei farmaci stessi nella unità (UMaCA) operante presso l'ospedale di Trento, nonché ridurre in misura rilevante la assistenza dei pazienti oncologici presso l'ospedale centrale evitando ai pazienti in cura il disagio dei trasferimenti, nella logica di "decentrare quanto possibile, concentrare quanto necessario".

Tale soluzione clinico-organizzativa ha inoltre consentito di migliorare i livelli di competenza ed operatività della equipe medica ed infermieristica dell'ospedale di distretto, nonché di garantire flessibilità organizzativa a tale equipes e ridurre il peso delle



Tab. 4. I day hospital oncologici operanti negli ospedali di distretto della provincia di Trento (oltre il day hospital dell'Ospedale di Trento ed il day hospital dell'Ospedale di Rovereto). L'unico ospedale ad applicare il sistema "hub and spoke" per la preparazione dei farmaci è ad oggi l'ospedale di Borgo Valsugana.

funzioni specialistiche ospedaliere centralizzate, quale la Oncologia medica.

La attivazione dei day hospital oncologici negli ospedali di distretto della provincia di Trento segue la attivazione del dossier clinico multimediale complesso in oncologia, consistente nella condivisione e discussione a

distanza dei casi per il teleconsulto oncologico e l'ambulatorio oncologico multidisciplinare virtuale. L'utilizzo routinario a Trento di tale modalità assistenziale data dal 2001, con distribuzione progressiva agli altri ospedali provinciali (la media settimanale di teleconsulti è di 12-15).

Esperienza di una azienda sanitaria sulla gestione del rischio clinico

Riassunto

Contesto: Il processo di *Risk Management* richiede un cambiamento culturale da parte degli operatori sanitari nel percepire gli eventi avversi come occasioni di miglioramento. La formazione degli operatori diventa quindi lo strumento indispensabile per sviluppare una cultura della prevenzione e trattamento del rischio basata sulla volontaria adesione degli operatori ad un sistema di segnalazione spontanea degli errori, allo scopo di aumentare la sicurezza del paziente.

Obiettivi: Nell'Azienda 18 di Rovigo, a partire dal 2004 si è realizzata un'esperienza di gestione del rischio clinico che viene descritta nel presente lavoro. Gli obiettivi del progetto "Rischio Clinico" sono: fornire agli operatori le conoscenze necessarie per affrontare correttamente le fasi del processo di gestione del rischio: identificazione, analisi, trattamento e monitoraggio; fornire le capacità di utilizzare lo strumento metodologico *Incident Reporting (IR)* per l'identificazione ed analisi del rischio; aumentare la sensibilizzazione verso il tema della sicurezza delle cure iniziando dallo strumento di IR, per poi strutturare altre analisi integrate su database diversi, afferenti al Rischio Clinico.

Metodologia: L'attività formativa degli operatori si è realizzata in un primo corso "Rischio Clinico" effettuato nel corso dell'anno 2004, che ha coinvolto due referenti per ciascuno dei 12 Dipartimenti sanitari dell'Azienda. Tali operatori ora costituiscono il gruppo permanente di coordinamento delle iniziative di sviluppo per la gestione del rischio clinico. I referenti dipartimentali hanno a loro volta individuato due operatori per ogni struttura organizzativa complessa afferente al dipartimento di competenza, che sono stati poi formati dai referenti stessi nel corso di quattro nuove edizioni effettuate nell'anno 2005, secondo un meccanismo definito "a cascata". Durante il corso formativo sono stati forniti gli strumenti culturali e metodologici per l'applicazione del sistema di IR. Gli operatori così formati hanno compilato le schede di IR e le hanno inserite nel database informatizzato della Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Emilia-Romagna.

Risultati: Al giugno 2007 il *database IR* contiene circa 300 segnalazioni inserite dai referenti dipartimentali del rischio clinico o dagli operatori formati e abilitati all'utilizzo del sistema IR. Sono previsti periodici momenti di analisi dei dati, al fine di pianificare successive azioni correttive o di miglioramento. Per l'analisi dei processi clinico-assistenziali critici, il gruppo di coordinamento sta sperimentando tecniche di analisi pro-attiva dei rischi mediante FMEA-FMECA (*Failure mode and effect analysis, Failure mode and critical effect analysis*) e tecniche di *Clinical Audit*.

Conclusioni: si evidenzia la positiva risposta dei professionisti alla formazione sul tema del rischio in sanità e la fattiva produzione di schede di segnalazione spontanea di eventi avversi con l'avvio di un processo di analisi delle cause di errore e miglioramento dei processi assistenziali.

INTRODUZIONE

Il processo di *Risk Management* richiede un cambiamento culturale da parte degli operatori sanitari nel percepire gli eventi avversi (1) come occasioni di miglioramento: la formazione orientata alla sensibilizzazione del personale diventa così requisito indispensabile per creare una prima base di attenzione ai temi della sicurezza delle cure (2). In tale contesto, il progetto "Rischio Clinico" avviato dall'Azienda ULSS 18 ha individuato come obiettivi principali la conoscenza e la gestione del rischio della propria Azienda, nonché l'attivazione di un gruppo di operatori per la gestione del Rischio Clinico; per il perseguimento di tali scopi si è resa necessaria un'attività di formazione, che ha voluto:

- Fornire agli operatori le conoscenze necessarie per affrontare correttamente le fasi del processo di gestione del rischio: identificazione, analisi, trattamento e monitoraggio;
- Fornire le capacità di utilizzare lo strumento metodologico *Incident Reporting (IR)* per l'identificazione ed analisi del rischio;
- Aumentare la sensibilizzazione verso il tema della sicurezza delle cure iniziando dallo strumento di IR, per poi strutturare altre analisi integrate su database diversi, afferenti al Rischio Clinico (infezioni ospedaliere, incidenti da dispositivi medici, cadute, lesioni da decubito, farmacovigilanza, reclami URP, contenziosi).

MATERIALI E METODI

L'attività formativa si è realizzata in un primo corso "Rischio Clinico", svoltosi nel periodo giugno-settembre 2004,

Silvia Pierotti*, Raffaella Marchetto*, Adele Maccari*,
Stefano Melagrani*, Marco Brusaferrò*, Adriano Marcolongo**

*Direzione Medica Ospedaliera, Azienda ULSS 18 Rovigo

**Direzione Generale, Azienda ULSS 18 Rovigo



PAROLE CHIAVE:

Rischio clinico – Governo clinico – Incident reporting – Eventi avversi

che ha coinvolto un nucleo di 30 operatori, costituito da un referente medico e un referente infermieristico per ciascuno dei 12 Dipartimenti sanitari dell'Azienda. Tali operatori sono andati a formare il gruppo permanente di coordinamento delle iniziative di sviluppo per il rischio clinico, avente quale capofila del progetto la struttura operativa complessa (Soc) Direzione Medica Ospedaliera.

I 12 Dipartimenti sanitari dell'Azienda sono stati inoltre suddivisi in terne dipartimentali, per ciascuna delle quali è stato individuato un Dipartimento pilota.

I referenti dipartimentali hanno quindi individuato due operatori per ogni struttura operativa complessa afferente al dipartimento di competenza, da proporre per la formazione sul Rischio Clinico, attraverso quattro nuove edizioni del corso "Rischio Clinico" che si sono realizzate nell'anno 2005, i cui docenti sono stati gli stessi referenti dipartimentali, secondo un modello definito "a cascata". Tale modalità di formazione, che prevede che i docenti delle nuove edizioni siano i discenti della precedente formazione, è un importante strumento di consapevolezza e di crescita sul Rischio Clinico, inteso proprio come realtà con cui confrontarsi quotidianamente all'interno delle strutture.

Sono state programmate 4 edizioni del corso, 1 per ogni terna dipartimentale, a ciascuna delle quali hanno partecipato mediamente 25 operatori; ogni edizione formativa è stata accreditata con 24 crediti formativi dalla Commissione per l'Educazione Continua in Medicina.

Durante il corso sono stati forniti gli

strumenti culturali e metodologici per l'applicazione del sistema di IR nelle unità operative dell'Azienda al fine di riconoscere, segnalare e registrare gli eventi significativi per la sicurezza del paziente (3).

La scheda utilizzata è il modello cartaceo adottato dalla Agenzia Sanitaria della Regione Emilia-Romagna, che a sua volta è una traduzione modificata della scheda adottata in Australia per la costruzione del sistema nazionale di monitoraggio degli eventi/incidenti (*AIMS – Australian Incident Monitoring System*) (4). Tale scheda è stata consegnata ai partecipanti del corso e viene compilata dal segnalatore abilitato, al momento del verificarsi di un evento ritenuto significativo per la sicurezza del paziente.

La sperimentazione ha avuto un periodo di prova del sistema di IR dal 01.10.04 al 31.01.05, durante il quale i referenti dipartimentali hanno proceduto alla compilazione cartacea della scheda di segnalazione e al *data-entry* nel database informatizzato della Regione Emilia-Romagna, la quale ha riservato nel suo database un'area destinata all'Azienda di Rovigo. La compilazione delle schede di IR è stata aperta a tutte le strutture di tutti i 12 Dipartimenti sanitari (43 Soc), la password di prova è stata fornita a tutti i referenti dipartimentali e sono state individuate 12 sedi fisiche di caricamento delle schede di IR (mediante PC collegati ad Internet).

Successivamente ad un primo periodo di prova, dal 01.02.05 è iniziata la fase operativa, durante il quale i referenti dipartimentali hanno proseguito le attività di IR con compilazione delle schede di segnalazione e regi-

strazione degli eventi nel database informatizzato della Regione Emilia-Romagna, in area operativa (accesso attraverso password operativa). L'inserimento dei dati contenuti nella scheda di segnalazione, è stato autorizzato solo per i referenti qualificati, cioè tutti coloro che avevano concluso il corso di formazione sul Rischio Clinico. È stato garantito l'anonimato del segnalatore, la gestione confidenziale delle informazioni e l'assenza di comportamenti punitivi o sanzioni; è stata inoltre effettuata la scelta di apporre la firma del Responsabile di Struttura in calce alla scheda di segnalazione, per sottolineare la necessità della più ampia condivisione del metodo all'interno dell'organizzazione.

L'avvio della sperimentazione del sistema di IR nei Dipartimenti Ospedalieri dell'Azienda ha previsto a tale fine un incontro con i Direttori di Dipartimento e di Struttura Dipartimentale, per esporre gli obiettivi e le finalità del progetto. All'interno del gruppo di coordinamento sono previste periodiche azioni di analisi dei dati contenuti nel *database* IR, allo scopo di pianificare possibili percorsi di miglioramento o azioni correttive. Contemporaneamente al periodo di avvio del Sistema IR in Azienda, l'ULSS 18 aderiva anche ad una iniziativa regionale sulla gestione del rischio clinico, in collaborazione con l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto. Il Progetto Veneto prevedeva lo sviluppo e la valutazione di un sistema volontario di reporting degli eventi avversi presso alcune unità operative ospedaliere della Regione e la sperimentazione della scheda di segnalazione spontanea degli eventi avversi. Le 8 aziende/centri partecipanti

alla sperimentazione sono state:

Azienda 1 Belluno, Azienda 8 Asolo - Castelfranco, Azienda 3 Bassano del G., Azienda 16 Padova, Azienda 18 Rovigo, Azienda 19 Adria, Azienda 10 Portogruaro - S. Donà, Casa di Cura Villa Berica (VI).

Le unità operative pilota che aderivano per l'Azienda 18 sono state: Anestesia e Rianimazione di Rovigo, Medicina di Rovigo, Ostetricia e Ginecologia di Rovigo, Radiologia di Rovigo e Chirurgia di Rovigo.

Il periodo di sperimentazione della scheda di segnalazione riguardava 10 mesi, da dicembre 2004 a settembre 2005. Tale sistema regionale ha raccolto 360 segnalazioni di eventi avversi (156 near miss e 204 eventi) provenienti prevalentemente dalle Terapie Intensive. Il personale infermieristico è stata la figura professionale che ha maggiormente segnalato gli eventi / incidenti (60.5%).

Gli incidenti da inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco, hanno rappresentato la tipologia di evento avverso maggiormente segnalata.

Al termine del periodo sperimentale è stata condotta presso le Aziende partecipanti alla sperimentazione una raccolta di opinioni dei professionisti sul tema del rischio clinico, attraverso la compilazione di un questionario. L'adeguata formazione del personale e la garanzia della riservatezza dei dati sono state le condizioni ritenute dai professionisti maggiormente favorevoli per la riuscita di un Sistema di Incident Reporting. Le condizioni invece ritenute un ostacolo al sistema sono state prevalentemente riferite al timore di conseguenze disciplinari/legali per le persone coinvolte nell'evento.

I risultati della sperimentazione veneta sono stati presentati al Convegno Regionale "La segnalazione volontaria degli eventi avversi", tenutosi a Venezia il 24 novembre 2005 e disponibili visitando il sito dell'Agenzia Sanitaria Regionale del Veneto (www.arssveto.it).

RISULTATI

Al giugno 2007 il *database* IR contiene circa 300 segnalazioni trasmesse dai referenti dipartimentali del rischio clinico o dagli operatori formati e abilitati all'utilizzo del sistema IR, 180 delle quali possono essere utilizzare per un'analisi dei dati raccolti. Nei processi di analisi periodica dei dati si tiene conto della necessità di oggettivare i contenuti raccolti e renderli standardizzati, stratificando gli eventi in analisi secondo la loro tipologia, la struttura di riferimento e il livello di gravità, di migliorare la qualità del dato e la specificità della compilazione, escludendo interpretazioni diverse da parte degli operatori, per rendere univoca e corretta la compilazione.

Per l'analisi dei processi clinico-assistenziali critici, il gruppo di coordinamento ha iniziato a sperimentare tecniche di analisi pro-attiva dei rischi mediante FMEA-FMECA (*Failure mode and effect analysis, Failure mode and critical effect analysis*) e tecniche di Clinical Audit per gli eventi di maggiore impatto per rilevanza clinica e frequenza di accadimento.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I vantaggi di tale modello sperimentale di IR si traducono in un addestramento sul campo dei referenti, nella valutazione congiunta dei casi nel gruppo di coordinamento, che offre occasioni di scambio e di approfondimento sui singoli casi, nella flessibilità del sistema costituito da una rete dipartimentale di referenti. Inoltre la Soc Direzione Medica che coordina il progetto, non filtra le schede di segnalazione, ma è una delle Soc della rete che segnala eventi e near miss e tale approccio contribuisce a creare un clima di apertura generale e a rafforzare il senso di fiducia nel sistema, non finalizzato a realizzare azioni disciplinari.

I rischi che tale modello sperimentale porta con sé, invece, sono da ricercare

nella necessaria motivazione e nella capacità di stimolo dei referenti dei Dipartimenti che talvolta possono venire meno, nella tendenza di alcune strutture ad auto-escludersi, nell'onerosità dell'estensione del progetto a tutte le strutture, nella costante necessità di intensa azione di coordinamento, quale "effetto volano", fino alla completa autonomia del sistema, nell'elemento di refrattarietà culturale ancora presente in quanto esiste sempre il timore che tale sistema venga utilizzato "contro i professionisti".

BIBLIOGRAFIA

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. *Incident of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I.* *N Engl J Med.* 1991; 324: 370-6.

Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. *The quality in Australian Health Care Study.* *Med J Aust.* 1995; 163: 458-71.

Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. *Adverse Events in British Hospitals: preliminary retrospective record review.* *BMJ.* 2001 Mar; 322 (7285): 517-9.

2. Leape LL. *Error in medicine.* *JAMA.* 1994; 272: 1851-7.

Reason J. *Human Error.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1990.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err is human: Building a Safer Health System.* Washington, DC: National Academy Press; 1999.

Vincent CA. *Clinical Risk Management.* London: BMJ Book Edition 2001.

3. Cinotti R. *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie.* Roma: Il pensiero scientifico editore, 2004

4. Runciman WB, Sellen A, Webb RK, Williamson JA, Currie M, Morgan C, Russel WJ. *The Australian Incident Monitoring Study. Errors, incidents and accident in anaesthetic practice.* *Anaesth Intensive Care.* 1993 Oct; 21 (5): 506-19.

Il percorso nazionale per la sicurezza in sanità

Riassunto

Sulla base dei risultati della ricerca svolta dalla Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari Regionali "La promozione dell'innovazione e la gestione del rischio" (2004-2007) e delle visite condotte in alcuni paesi stranieri nell'ambito del Corso avanzato in Clinical Risk Management organizzato dalla Scuola Sant'Anna di Pisa e dal Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana (Nuti, Tartaglia Niccolai, 2007) è presentato un panorama delle attività di gestione del rischio clinico in alcune regioni italiane ed in altri paesi ed è descritto il percorso nazionale per la sicurezza in sanità stabilito da un recente accordo della Conferenza Stato Regioni.

Il quadro nazionale ed internazionale delle attività di gestione del rischio si presenta molto diversificato in rapporto ai differenti modelli socio-organizzativi dei servizi sanitari. In tutti i contesti emerge la figura del clinical risk manager o del quality manager come i destinatari di una funzione fondamentale di clinical governance.

Il ruolo dei cittadini, la loro partecipazione, insieme anche ad altri stakeholders, alle iniziative di patient safety è determinante per il loro sviluppo e successo.

Gli aspetti della qualità e sicurezza devono essere integrati da altre conoscenze sul fattore umano ed ergonomia dei sistemi, sul team building, sulla simulazione, sulle tecniche di analisi degli incidenti (RCA, FMEA, clinical audit etc.), sul clima organizzativo.

Particolare attenzione deve essere posta alle attività di raccolta dati sui sinistri e più in generale sugli eventi avversi (incident reporting) soprattutto al fine di sviluppare una cultura del segnalare ed imparare dagli errori.

nezia Giulia, Veneto e Piemonte (collaborazione con Università). Mentre in Liguria, Umbria, Piemonte, Puglia, Toscana e Campania sono stati costituiti appositi organismi in seno alle regioni o interaziendali (in Umbria), commissione ad hoc, oppure vere e proprie strutture di governo clinico come in Toscana. Nelle altre regioni le iniziative per la gestione del rischio sono principalmente sviluppate a livello aziendale.

I programmi messi a punto non hanno previsto, in modo esplicito, la creazione all'interno delle aziende sanitarie di unità per la gestione del rischio clinico, le scelte adottate hanno lasciato libere le aziende di prendere le decisioni più coerenti e consone alla loro organizzazione interna.

Le attività di risk management sono state intese in alcune aziende come funzioni interne alle unità che si occupano di qualità, in altre (più rari) come strutture semplici o complesse autonome. In tutte le situazioni il risk management rimane comunque una funzione in staff alla direzione sanitaria.

Secondo dati della Commissione Rischio Clinico del Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2006), su 282 presidi oggetto di una survey, in solo il 16% (46) era presente nel 2005 una autonoma unità operativa di gestione del rischio clinico. Il configurare una struttura non rappresenta solo una modalità

Riccardo Tartaglia

Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente - Regione Toscana

IN ITALIA

Il panorama delle esperienze di "gestione del rischio" descritte nella ricerca nazionale "promozione dell'innovazione e gestione del rischio" promossa dall'Agenzia nazionale dei Servizi Sanitario Regionali (age.na.s., 2007), unitamente ai primi dati del Ministero della Salute sul risk management in Italia (Ministero della Salute, 2006), forniscono un quadro abbastanza eterogeneo degli attuali assetti organizzativi e modelli

di sviluppo della sicurezza del paziente. Attualmente, quasi tutte le regioni stanno adottando delle strategie per ridurre i livelli di rischio presenti nelle strutture sanitarie. Essenzialmente due sono gli obiettivi posti: ridurre o almeno stabilizzare il contenzioso e quindi i premi assicurativi, migliorare la qualità delle prestazioni relativamente alla sicurezza.

Con modalità diverse, ad occuparsene sono prevalentemente le agenzie regionali della sanità in Emilia - Romagna, Friuli Ve-


PAROLE CHIAVE:

Modelli organizzativi, gestione del rischio, incident reporting

organizzativa per affrontare il problema ma anche un differente approccio concettuale.

Chi prevede una funzione si auspica, in tal modo, di sensibilizzare e coinvolgere sulla gestione del rischio tutti gli operatori evitando così una deresponsabilizzazione derivante dall'esistenza di una struttura a cui delegare il compito.

Coloro invece che organizzano strutture ad hoc vogliono dare un forte segnale di impegno di competenze e risorse su questa materia.

Altra questione oggetto di dibattito e se mantenere la competenza di risk management all'interno del sistema o delegarla all'esterno.

È probabile che vi siano alcune funzioni che è preferibile mantenere al suo interno (mortality e morbidity review, clinical audit) altre invece potrebbero essere gestite all'esterno (sviluppo di strumenti informatici ad hoc per il controllo e la gestione del rischio).

Si considera di solito come ruolo fondamentale dei consulenti assicurativi quello di tradurre in proposte tecniche ed amministrative i dati sulla rischiosità ambientale, provenienti dalla analisi dei sinistri e del contenzioso.

Anche l'impiego dell'audit clinico per la gestione del rischio clinico sarebbe opportuno prevedesse sempre la collaborazione di un soggetto esterno "super partes", da individuare tra i professionisti

di altre aziende sanitarie pubbliche o private.

Riguardo alle professionalità e specializzazioni coinvolte, è opinione largamente condivisa a livello internazionale che la tematica della gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente debba rimanere di pertinenza nell'area clinica e della qualità. Anche se è necessario un training specifico in ergonomia, fattore umano e gestione della qualità per tutti coloro che intendano occuparsene ai vari livelli.

I modelli proposti si basano sulla realizzazione di un approccio integrato alla gestione del rischio nelle strutture sanitarie, nei diversi aspetti della Sicurezza all'interno delle strutture sanitarie, attraverso lo sviluppo di una cultura condivisa del rischio fra i professionisti afferenti ad aree tecnico-professionali diverse.

Per quanto riguarda gli **aspetti valutativi** del rischio, attualmente la maggioranza delle regioni sta mettendo a punto strumenti per la raccolta sistematica dei dati:

- Sistema di **incident reporting**. Riconosciuto a livello internazionale come efficace strategia di *risk management*, incentiva e struttura la segnalazione volontaria e spontanea di eventi significativi da parte degli operatori. L'attenzione è focalizzata su eventi o quasi-eventi con conseguenze minime o senza conseguenze (*incident e near miss*) piuttosto

che soltanto su danni ed eventi avversi.

- Il sistema di raccolta di **segnalazioni e reclami degli utenti**. Il *database* consente perciò di archiviare, classificare ed elaborare le informazioni, per fornire indicazioni alle Direzioni sanitarie e ai *team* aziendali di gestione del rischio, in forma di *report* annuali delle segnalazioni classificate.
- Il *database* per la **gestione dei sinistri/contenzioso**, consente la gestione dei sinistri, dei costi assicurativi e del contenzioso.

La realizzazione di campagne incentrate su temi specifici della sicurezza, come nel caso della Regione Toscana (Tartaglia et al., 2008), assolve inoltre ad un duplice compito: da una parte affrontare problemi circoscritti ma comunque significativi per il miglioramento della sicurezza, dall'altra essere un volano per la realizzazione del cambiamento culturale, presupposto fondamentale per la realizzazione degli obiettivi di lungo termine. Tali campagne vertono su temi caldi per la sicurezza, cioè sui rischi di eventi avversi più frequenti, riportati nella letteratura e per i quali esistono soluzioni consolidate di prevenzione efficace, che richiedono soltanto di essere introdotte all'interno delle strutture sanitarie.

La Regione Toscana ha inoltre previsto nell'accreditamento

istituzionale/autorizzativo delle aziende sanitarie la presenza in ogni azienda di un sistema organizzativo per la gestione del rischio clinico ed informativo.

IN ALTRI PAESI

Alcune visite svolte dal nostro centro al di fuori dell'Italia (Danimarca, Francia, Stati Uniti, United Kingdom) hanno evidenziato una situazione ancora in via di sviluppo e definizione. Solo in alcuni casi emerge un modello fortemente orientato e specializzato alla gestione del rischio clinico (Nutti, Tartaglia, Niccolai, 2007).

In Danimarca i singoli ospedali sono governati da un Board di Direttori, composto da un direttore sanitario, un direttore amministrativo ed infermieristico. Al loro interno opera una struttura "Quality council" costituita dai direttori del Board, dai Direttori dei Dipartimenti e dal risk manager.

Quest'ultimo può essere un medico o un infermiere. La sua funzione è quella di ricevere i report degli eventi avversi ed analizzarli. In ogni report è inoltre stato individuato un "patient safety officer", il suo compito è condurre l'analisi dei casi

Il modello organizzativo, esaminato in Francia, si riferisce a due ospedali soltanto (Necker e Mondor). Il sistema di CRM in questi ospedali è centrato sul CoViRis (Coordination des Vigilances et des Risques). Si tratta di un organismo che raccoglie mediante un sistema informatizzato tutte le segnalazioni che riguardano eventi avversi, accidents o near misses.

Uno sportello unico (Guichet Unique) rappresenta inoltre il punto di arrivo di segnalazioni

su problemi specifici (emovigilanza, infezioni ospedaliere, farmacovigilanza, radioprotezione, rischio chimico e biologico). Il CoViRis raccoglie i report, analizza i casi e diffonde raccomandazioni. La formazione del personale che lavora in questo settore è data dalla presenza di due differenti corsi formativi, uno ad indirizzo professionale ed uno per addetti alla ricerca. La formazione comprende i temi della qualità, sicurezza del lavoro, ergonomia.

In United Kingdom opera la National Patient Safety Agency, una istituzione governativa di coordinamento e di guida sia sugli aspetti di gestione del rischio e sicurezza del paziente che assicurativi istituita nel 2001.

I principali interlocutori della NPSA sono le Strategic Authorities, organismi che sovrintendono a più ospedali, ed i Trust in ogni ospedale. A livello delle SA operano i patient safety manager e fanno da interfaccia tra NPSA e i Trust, a livello dei trust i risk manager. Il compito dei risk manager è la gestione del sistema locale di incident reporting, collegato a quello nazionale, il National Reporting and Learning System. Si tratta prevalentemente di infermieri. La gestione delle segnalazioni avviene in collaborazione con i clinical lead, consultant ed in casi particolari anche il medical director

La visita negli Stati Uniti è stata svolta presso l'Ospedale dell'Università di Chicago, ha evidenziato la presenza di un comitato per la sicurezza del paziente, costituito dai direttori delle strutture cliniche. Le sue funzioni sono essenzialmente di indirizzo, il dipartimento per

la gestione del suo rischio clinico ne rappresenta il braccio operativo.

All'interno del Dipartimento, il cui direttore è anche vicepresidente del comitato per la sicurezza, operano prevalentemente infermieri ma anche farmacisti ed assistenti sociali, con una formazione in risk management. Al suo interno sono anche state individuati dei professionisti con la funzione di coordinamento e monitoraggio degli interventi per la sicurezza del paziente.

Il Dipartimento ha stretti collegamenti con l'ufficio affari legali e accreditamento e qualità.

Il Dipartimento si avvale inoltre della collaborazione di un laboratorio di ricerca universitario Sulle Tecnologie Cognitive.

Nell'ambito della letteratura internazionale, riguardo ai vari modelli organizzativi adottati per la gestione del rischio clinico, le prove di efficacia sono ancora limitate e vanno comunque individuati degli indicatori capaci di misurare i loro effetti (Nutti, Tartaglia, Niccolai, 2007).

La letteratura scientifica sulla cultura organizzativa ha avuto anche un notevole incremento e varie sono oggi gli elementi di analisi e discussione sui modelli organizzativi più validi.

EVOLUZIONI FUTURE

Un recente accordo di Marzo 2008 della Conferenza Stato-Regioni ha disegnato i futuri assetti organizzativi della sicurezza delle cure nel ns Paese. L'accordo ha previsto la costituzione a livello nazionale di un Comitato Strategico paritetico Stato-Regioni per la sicurezza delle cure. Tale comitato è costituito dai rappresentanti delle istituzioni maggiormente coin-

volte alla gestione del rischio: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali, Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro, Agenzia Italiana del Farmaco, Regioni (5 rappresentanti del coordinamento delle regioni per la sicurezza del paziente scelti dalla Commissione Salute degli Assessori).

Le funzioni del comitato strategico sono definire annualmente un programma nazionale per la sicurezza delle cure, stabilire le priorità degli interventi di prevenzione, le raccomandazioni da emanare.

Il comitato strategico si avvarrà delle competenze presenti nei gruppi di lavoro tematici istituiti presso il Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali, Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro, Agenzia Italiana del Farmaco, Regioni (Fig.1)

L'accordo attribuisce specifiche funzioni a:

- Age.na.s Osservatorio nazionale dei sinistri e delle coperture assicurative, osservatorio nazionale sulle buone pratiche;
- Ministero della Salute, osservatorio nazionale degli eventi sentinella;
- Istituto Superiore di Sanità, messa a punto di linee guida e raccomandazioni per la sicurezza del paziente;
- Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro sicurezza del lavoro;
- Coordinamento delle Regioni per la Sicurezza del Paziente valutazione di applicabilità delle raccomandazioni e loro diffusione.

E' prevista anche la creazione di un organismo di indirizzo e coordinamento nazionale costituito dai rappresentanti di tutte le istituzioni pubbliche e private che a livello regionale o nazionale si occupano di sicurezza delle cure: la Consulta per la Sicurezza del Paziente.

L'accordo definisce inoltre gli assetti organizzativi a livello aziendale, introducendo la funzione permanente di gestione del rischio clinico e invita all'organizzazione di procedure extragiudiziali, alternative al contenzioso civile e penale, per la soluzione delle controversie (conciliazione, arbitrati).

BIBLIOGRAFIA

Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali (age.na.s). La promozione dell'innovazione e la gestione del rischio. <http://www.assr.it/RicercaF04.htm> anno 2004 (Coordinatore scientifico Riccardo Tartaglia)

Ministero della Salute. Rilevazione nazionale sulle iniziative per la sicurezza del paziente nelle strutture del servizio sanitario nazionale. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_504_allegato.pdf 1 Febbraio 2006.

Sabina Nuti, Riccardo Tartaglia, Francesco Niccolai Rischio clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni, Ed. Il Mulino, 2007

Tartaglia R., Bellandi T., Albolino S., Ranzani F., Fiorani M., Tanzini M. The real practice of the Tuscany Regional Systems for patient safety management: the results of the first two years 2005-2006. In proceeding II International Conference "Healthcare Ergonomics and Patient Safety". Strasbourg June 25/27, 2008

Bagnara S., Parlangei O., Tartaglia R.. Can Hospital become High Reliability Organizations? In Human

Factors in Organizational Design and Management by L. Szelnowar, F. Mascia and U. Montedo (Editors). IEA press San Paulo (Brazil), 2008

Formare professionisti e utenti per il controllo del rischio infettivo. L'esperienza dell'Azienda USL di Bologna

Riassunto

La formazione continua dei professionisti e il tema dell'informazione/educazione di pazienti e visitatori costituiscono un momento strategico per il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) dell'Azienda USL di Bologna, presenti nel programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali che coinvolge tutta l'organizzazione (9 ospedali e 5 distretti territoriali). In questo articolo sono descritte le metodologie adottate per la formazione dei professionisti, in particolare medici e infermieri referenti infezioni, che sono chiamati a trasferire ai propri colleghi e nella pratica quanto appreso durante gli eventi formativi.

Le metodologie didattiche privilegiate sono la formazione sul campo (gruppi di progetto, audit clinico-assistenziali, ricerche epidemiologiche) e l'autoformazione, ritenute strategiche per l'apprendimento, la condivisione di conoscenze, di esperienze e l'adesione alle migliori pratiche.

Sono descritte inoltre alcune esperienze di informazione/formazione degli utenti e dei visitatori.

Patrizia Farruggia*, **Roberta Suzzi****, **Marina Benati*****, **Daniilo Di Diodoro******

*Area Dipartimentale Igiene e Qualità Servizi Residenziali

**Area Omogenea Assistenziale Igiene e Prevenzione

***Sviluppo attività del Piano Formativo Aziendale e Accreditamento ECM

****Knowledge Management Azienda USL di Bologna

INTRODUZIONE

Per controllare efficacemente il rischio infettivo nelle strutture sanitarie non sono sufficienti momenti isolati di formazione se non si accompagnano a scambi continui di informazione che coinvolgono tutta l'organizzazione e generano un clima di continuo apprendimento (*learning organisation*). Per realizzare l'apprendimento nelle organizzazioni occorre sviluppare capacità e conoscenze che devono essere condivise dai singoli e dai gruppi, si devono cioè creare le condizioni favorevoli (valori diffusi, politiche, risorse adeguate) per realizzare un collegamento organico e non casuale fra apprendimento individuale e trasferimento al gruppo e applicazione

nella organizzazione.

La formazione continua dei professionisti e il tema della informazione/educazione di pazienti e visitatori costituiscono un momento strategico per il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) dell'Azienda USL di Bologna, fino dalla sua costituzione.

La formazione è rivolta principalmente ai 264 professionisti che costituiscono la rete dei referenti del CIO, articolata sui 9 ospedali del Presidio Ospedaliere Unico e sui 5 Distretti territoriali dell'Azienda USL di Bologna.

La formazione specifica di una rete trasversale di referenti così ampia, ha l'intendimento di far crescere consapevolezza e cultura nei singoli professionisti, riconoscendo loro la capacità di trasferire l'apprendimento nel proprio

lavoro e agli altri colleghi, contribuendo alla creazione e circolazione del capitale intellettuale dell'organizzazione.

FORMAZIONE CONTINUA DEI PROFESSIONISTI

La formazione continua rappresenta la leva e il mezzo attraverso i quali veicolare e rivisitare concetti e comportamenti del singolo e dell'organizzazione. Da tempo si sono affermati in ambito pedagogico le teorie di Knowles¹ che individuano caratteristiche e motivazioni peculiari per l'apprendimento dell'adulto. Nella formazione dei professionisti, secondo gli elementi distintivi dell'apprendimento degli adulti (andragogia), teorizzati da Knowles, bisogna considerare che essi vogliono:

1. sapere perché una certa cosa è importante da imparare;
2. decidere autonomamente il proprio percorso nelle informazioni;
3. vedere un collegamento fra le informazioni e la propria esperienza;
4. essere motivati ad apprendere;
5. acquisire conoscenze spendibili su problemi ed attività reali.

In Sanità, contesto che si caratterizza per l'incalzante mutamento del sapere e delle tecnologie, la formazione rappresenta una strategia fondamentale per mantenere le competenze al passo con i cambiamenti.

L'AUSL di Bologna è una struttura sanitaria complessa composta da 9 ospedali e 5 distretti, distribuiti su un territorio che si estende dalla pianura alla montagna e ricopre quasi completamente i confini Provinciali. Il Piano Annuale della formazione (PAF) che soddisfa i bisogni formativi degli



PAROLE CHIAVE:

Apprendimento, organizzazione che apprende, controllo infezioni, formazione sul campo, autoapprendimento

8570 dipendenti, dedica al tema specifico del controllo del rischio infettivo molte delle sue risorse. Il CIO ogni anno individua e sviluppa percorsi rivolti ai professionisti che compongono la rete dei referenti Infezioni: 1 medico e 1 infermiere o tecnico per ogni Unità operativa, e ai dipendenti dell'Azienda per garantire, rispetto al controllo del rischio infettivo, la metodologia del lavoro in team multiprofessionale e multidisciplinare.

METODOLOGIE FORMATIVE

La formazione in sanità con l'affermarsi dell'educazione continua e la diffusione della teoria andragogica, risente della tendenza a focalizzare gli interventi più sui comportamenti che sui contenuti; si richiede agli operatori di essere polivalenti in una data area di lavoro o di operare non solo e non soltanto in un contesto meramente esecutivo ma come attori di differenti situazioni. Parole come flessibilità e responsabilità diventano parte del linguaggio organizzativo.

Il numero elevato di professionisti e la molteplicità degli obiettivi rende indispensabile differenziare la formazione: la tradizionale formazione d'aula, la formazione sul campo o ancora la formazione a distanza (FAD), la formazione mista o "blended" (presenza/distanza) e l'autoformazione; si utilizzano di volta in volta le metodologie che appaiono più efficaci all'obiettivo.

Come è vero che le strategie efficaci di prevenzione e controllo delle infezioni nelle strutture sanitarie sono tipicamente multiintervento^{2,3}, così abbiamo sempre ritenuto che una

formazione efficace su questi, come su altri temi, debba avvalersi di una gamma piuttosto ampia di tipologie di intervento formativo.

L'utilizzo di differenti approcci formativi, consente di reiterare e meglio veicolare contenuti di pura competenza e aspetti comportamentali, così importanti, questi ultimi, nel favorire l'adesione a corrette pratiche di controllo delle infezioni^{4,5,6,7}. In taluni casi, poi, l'approccio formativo consente il raggiungimento e il coinvolgimento di numeri più alti di operatori, ovvero consente il superamento, almeno parziale, di barriere logistiche; ciò è particolarmente importante nel caso dell'Azienda USL di Bologna che ha strutture localizzate su un vasto territorio provinciale.

FORMAZIONE RESIDENZIALE

Il Servizio Formazione Aziendale produce ogni anno un Catalogo della Formazione che raccoglie le proposte formative rivolte alle differenti categorie di professionisti. In detto catalogo sono presenti da dieci anni, cinque corsi sul tema della "Prevenzione infezioni" a cui possono iscriversi i professionisti interessati al tema. Le caratteristiche di accesso "libero" ai corsi del catalogo concorrono alla diffusione delle infezioni ma non lo rendono uno strumento utile per una formazione mirata della rete dei referenti infezioni e di coloro che devono obbligatoriamente acquisire competenze in tema di rischio infettivo.

Ogni anno il Comitato Infezioni, sulla base degli esiti dei progetti di sorveglianza avviati, seleziona gli

argomenti prioritari su cui formare i referenti infezioni.

FORMAZIONE SUL CAMPO

L'apprendimento dell'adulto è legato all'esistenza di concreti e specifici problemi da risolvere, al grado di diretto coinvolgimento e a contesti organizzativi favorevoli alla formazione in quanto fattore positivo di evoluzione. Sulla base di queste considerazioni, la Commissione Educazione Continua in Medicina (ECM) della Regione Emilia Romagna (RER), prima in tutto il territorio nazionale, ha dato grande sviluppo alla formazione sul campo non con l'intento di sostituire la formazione tradizionale ma piuttosto per integrarla, ricercando strade più efficaci per rinforzare, anche sul piano didattico, importanti attività⁸.

La possibilità di apprendere lavorando ha rappresentato in Emilia Romagna un'opportunità formativa di grande efficacia. Valorizzare processi di apprendimento *on work* più flessibili, continui nel tempo e coinvolgenti/motivanti, ha rappresentato un terreno assai fertile per la formazione dei singoli professionisti.

Queste modalità di apprendimento, basate sulla condivisione di conoscenze, esperienze e migliori pratiche, sono finalizzate alla crescita di un gruppo di professionisti, guidati nel percorso formativo da un *tutor* o facilitatore, in grado di fungere da raccordo tra l'esigenza formativa di un determinato gruppo e chi ha la conoscenza necessaria in grado di soddisfarla⁹.

Fin da 2003, anno di avvio del programma ECM-RER, nell'ambito del programma di prevenzione del rischio infettivo, nell'AUSL di Bologna sono stati realizzati significativi interventi di promozione delle attività di formazione sul campo. Le tipologie di formazione maggiormente utilizzate sono state: gruppi di studio, gruppi di progetto, gruppo di discussione di

casi, gruppi di miglioramento, gruppi di ricerca, audit clinici e hanno visto il coinvolgimento di circa 300 professionisti ogni anno. L'efficacia di questa tipologia formativa ha visto un'estensione progressiva dei temi trattati che oggi toccano: le indagini epidemiologiche, l'elaborazione/revisione di procedure igienico-assistenziali, la sorveglianza e controllo di infezioni in ambiti specialistici (odontoiatria, dialisi, oculistica ecc.), la sorveglianza di specifici microrganismi (es. *Legionella*). Le fasi di ogni progetto prevedono: la costituzione del gruppo di lavoro multiprofessionale, la ricerca delle migliori evidenze scientifiche disponibili, la valutazione della applicabilità locale, la stesura, condivisione e approvazione di un documento, l'implementazione e la valutazione dell'aderenza nella pratica.

FORMAZIONE BLENDED

Da qualche anno si assiste all'introduzione, in campo sanitario, della formazione a distanza (FAD). La FAD si caratterizza per una riduzione del "ruolo didattico" del formatore che non ha più l'esclusiva titolarità dell'organizzazione dell'evento formativo in contrapposizione ad un aumento del livello di autonomia dei partecipanti che possono personalizzare la propria attività formativa scegliendo frequenza, intensità e ruolo.

Fino ad oggi la FAD, forse per la scarsità dell'offerta formativa, non ha presentato una valida alternativa alla formazione di tipo residenziale o alla formazione sul campo. Sempre di più si ricorre alla progettazione di interventi formativi "blended".

Questa tipologia di formazione, che associa una modalità di formazione in presenza e attività di formazione a distanza (FAD) prevede un processo ciclico articolato in diversi momenti, da un intervento in presenza di tipo tradizionale (lezione frontale, lavoro di gruppo) a una fase di apprendimento

individuale, basato su uso di materiale didattico di solito disponibile *online*. Le proposte FAD dell'AUSL di Bologna sulla prevenzione del rischio infettivo, non sono sufficienti a soddisfare i bisogni formativi degli operatori perché non sono presenti corsi specifici ma solo richiami al tema controllo infezioni nell'ambito di procedure assistenziali (es. cateterismo venoso). Per favorire l'utilizzo della FAD, nell'anno in corso, è stato sperimentato un evento di formazione *blended*. Ai partecipanti infermieri, iscritti al corso "Prevenzione infezioni correlato alle pratiche assistenziali" è stata proposta la partecipazione preliminare a un corso FAD su un argomento poi trattato durante il corso residenziale. La sperimentazione era finalizzata a comprendere il gradimento, il grado di apprendimento e gli eventuali limiti della fruizione di un corso FAD. Anche se i risultati non sono stati quelli attesi (apprendimento, scarsa dimestichezza con i sistemi informatici), riteniamo comunque che questa metodologia ben si presti a diffondere su larga scala i temi del rischio infettivo.

AUTOFORMAZIONE

Diversi studi sull'apprendimento connessi alla pratica lavorativa hanno allargato il campo di intervento a nuove modalità di formazione "fuori dall'aula"¹⁰. Tra queste una emergente è l'apprendimento attraverso processi e pratiche di autoformazione.

Nell'autoformazione (*self-learning directed*) - dice Knowles - *l'individuo prende l'iniziativa, con o senza l'aiuto di qualcuno per diagnosticare i propri bisogni di apprendimento, formulare obiettivi di apprendimento, scegliere e implementare delle strategie di apprendimento appropriate e valutare i risultati dell'apprendimento stesso*¹¹.

L'autoformazione quindi coniuga lavoro e apprendimento in un unico spazio-temporale, nei momenti ritenuti più opportuni in modo che, quando scatta

il desiderio, il bisogno, l'opportunità e la motivazione di apprendere, essa possa trovare subito ciò che le occorre. Nell'autoformazione la responsabilità dell'apprendimento è del singolo, all'Azienda rimane il compito di mettere a disposizione dei propri professionisti persone, strumenti e opportunità per apprendere. Avvicinare il professionista alla lettura di articoli scientifici di interesse per la propria area di competenza è il primo passo verso l'apprendimento autodiretto.

L'AUSL di Bologna, che dispone di un vasto patrimonio di riviste scientifiche nazionali e internazionali e di banche dati *online*, ha realizzato il progetto "Scire Litteras" che utilizza la lettura come metodo di auto apprendimento. Scire Litteras è un progetto di autoformazione, riconosciuto dalla Commissione regionale ECM come evento formativo accreditato. Gli articoli, selezionati da un *tutor*, provengono dalla Biblioteca *online* e vengono inviati per lettura critica a un gruppo di professionisti che preventivamente hanno dato la propria adesione all'evento formativo.

L'impianto metodologico permette ai partecipanti di diventare consapevoli di riflessioni peculiari al proprio agire professionale; Scire Litteras trasforma gli articoli in materiali didattici che costituiscono un percorso formativo in grado di introdurre spazi e strumenti di rielaborazione, utili allo sviluppo di processi di autoapprendimento.

Il valore aggiunto che offre Scire Litteras è di stimolare la lettura interattiva, in grado cioè di permettere al lettore di arricchire, con dettagli prodotti dalla sua esperienza, ciò che sta leggendo. La lettura, scrive Daniel Pennac¹², *richiede necessariamente uno sforzo ma non per forza deve diventare una sofferenza*. Per queste caratteristiche "Scire Litteras" verrà proposto a supporto delle competenze dei professionisti che compongono la rete dei referenti infezioni. Le tematiche che saranno proposte dai partecipan-

ti dalle schede di lettura, potranno diventare oggetto di confronto e di discussione fra gli iscritti al fine di stimolare la creazione di una "comunità di pratica" che coinvolga i professionisti nella proposta di approfondimenti o di nuovi temi. Si tratta di comunità di apprendimento autogestita, dove cioè la crescita professionale non si basa tanto su un percorso formativo "tracciato" (in presenza o a distanza), quanto piuttosto sulla condivisione delle esperienze, sull'individuazione delle migliori pratiche e sull'aiuto reciproco nell'affrontare problemi quotidiani della propria professione⁹.

INFORMAZIONE/FORMAZIONE UTENTI E VISITATORI

L'informazione e la formazione di pazienti e visitatori viene curata su alcuni principali e basilari temi, come l'igiene delle mani, l'igiene respiratoria, oltre al tema della sorveglianza degli eventi epidemici e dei patogeni multiresistenti.

IGIENE DELLE MANI

In occasione della adesione alla campagna mondiale "*Clean care is safer care*" alla quale l'AUSL di Bologna partecipa con l'UO Rianimazione come sito pilota, sono stati affissi poster sul tema nelle sale di attesa; i parenti che accedono alla terapia intensiva vengono informati sull'importanza dell'igiene delle mani e addestrati ad eseguirla, secondo le modalità previste da Linee Guida WHO¹⁴ con soluzione idroalcolica, prima del contatto con i loro congiunti.

POSTER IGIENE RESPIRATORIA

Già da alcuni anni vengono proposte all'attenzione di pazienti e visitatori, all'insorgere dei primi sintomi influenzali e di altre virosi respiratorie, le indicazioni dei *Center for Disease*



Control and Prevention (CDC)^{2,13} relative all'igiene respiratoria (*respiratory hygiene/cough etiquette*) e cioè i corretti comportamenti da tenere in caso di affezione respiratoria nel momento in cui ci si reca in ospedale a contatto con altri pazienti, sia nella veste di paziente che di visitatore.

Sono stati predisposti poster, che illustrano in maniera molto semplice tale approccio, affissi in tutte le aree ospedaliere (atri, sale d'attesa, ambulatori, reparti di degenza) e nei distretti territoriali. Il personale sanitario invita pazienti e visitatori ad aderire ai comportamenti raffigurati nei poster.

PREVENZIONE TRASMISSIONE ALERT ORGANISM

Un intervento formativo specifico rivolto a pazienti e visitatori è previsto dalla specifica procedura aziendale da noi elaborata sulla prevenzione degli eventi epidemici. La sorveglianza attiva su tale tema, da noi operativa dal 2006, prevede un mirato intervento nei confronti del paziente autosufficiente che sia risultato portatore durante il ricovero ospedaliero (anche solo colonizzato) di patogeno multiresistente appartenente ad una lista di *alert organisms* selezionata dal CIO. Indicazioni di applicazione di precauzioni vengono date al paziente autosuffi-

ciente e ai visitatori per promuovere corretti comportamenti sia durante il ricovero che alla dimissione a casa o in altre strutture.

CONCLUSIONE

L'attività formativa, strutturata secondo i modelli esposti nel presente articolo e partita dai principi base di prevenzione e controllo, si sta via via orientando su un indirizzo più specialistico con riferimento a temi di antibiotico resistenza, gestione di patogeni multiresistenti, appropriatezza di prescrizione di profilassi perioperatoria e terapia antibiotica, sorveglianze attive su alcune specifiche infezioni: batteriemie, polmonite associate a ventilazione assistita (VAP), infezioni urinarie; in alcune specifiche aree (intensiva e chirurgica) o per patogeni selezionati (*Staphylococcus aureus* meticillino-resistente, *Acinetobacter baumannii*, *Enterococcus spp* vancomicina-resistente, *Legionella*, ecc.).

L'esperienza condotta in questi anni ci ha portato a formare un numero molto elevato di operatori di tutte le unità operative del Presidio Ospedaliero Unico e dei Distretti territoriali sui temi basilari di prevenzione e controllo delle infezioni, di disinfezione e sterilizzazione di dispositivi medici, di sorveglianze specifiche attive anche su ambiti territoriali (odontoiatria, dialisi, altre specialità) in collaborazione con i referenti del CIO che hanno acquisito consapevolezza del loro ruolo e trasferito ai colleghi e alle unità operative quanto appreso negli eventi formativi.

Tale sensibilizzazione ha portato a miglioramenti concreti nella pratica clinico-assistenziale, come ad esempio il maggior ricorso agli esami microbiologici per la diagnosi di infezione e la puntuale applicazione delle precauzioni da contatto in presenza di *alert organisms* presso tutte le Unità Operative dei nove ospedali.

Il caso di un ospedale senza vizi e con qualche virtù: campagna di sensibilizzazione "Ospedale libero da alcol"

Riassunto

Al fine di promuovere comportamenti e stili di vita corretti l'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano ha inserito fra i progetti patrocinati dalla Rete H.P.H. una campagna di sensibilizzazione per la diffusione capillare di una cultura della prevenzione che vada al di là della sola applicazione delle norme di sicurezza sul lavoro e che miri al miglioramento della salute e del benessere complessivo dei lavoratori suggerendo i comportamenti più adeguati per un sano stile di vita.

Elisabetta Masturzo , Carlo Nicora* , Salvatore Scaffidi** ,
Gianpaolo Micheloni*** , Roberto Pagani*** , Roberto Cosentina****

*Direzione Generale;

**Direzione Medica di presidio ospedaliero;

*** Servizio di Medicina e Sorveglianza sanitaria dei lavoratori; A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano

INTRODUZIONE

Gli stili di vita non salutari, e tra questi rientra il bere non moderato, non hanno solo effetti sulla salute dell'individuo, ma anche ripercussioni nell'ambito sociale e lavorativo. In relazione a quest'ultimo aspetto, un recente rapporto dell'Organizzazione internazionale per il lavoro ha evidenziato come problemi legati all'abuso o alla dipendenza da alcol riguardino il 10-12% di tutti i lavoratori, stimando che almeno il 10% degli infortuni sul lavoro riconoscano cause alcol correlate. Purtroppo le statistiche non ci parlano delle *non meno rilevanti* conseguenze indirette degli stati di dipendenza alcolica nei termini, ad esempio, di maggiori assenze per malattia, di mancanza di autostima con conseguente riduzione o perdita del rendimento e della produttività. Ciò che è certo è che il problema della sicurezza nei luoghi di lavoro e della tutela della salute e del benessere complessivo del lavoratore sono fra loro indissolubilmente collegati e, nel caso degli stili di vita non corretti,

il datore di lavoro può affrontarli da due prospettive diametralmente antitetiche, ma, se considerate entrambe, ad effetto sinergico: l'una di carattere prescrittivo e l'altra educativo.

Il proibire l'uso di alcolici nelle attività lavorative che comportano un rischio per la sicurezza rappresenta il primo atto, in realtà dovuto, di immediata applicazione. La Legge quadro n. 125/2001 in materia di alcol e problemi alcol correlati stabilisce, infatti, il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche nelle attività lavorative ad alto rischio e prevede la possibilità di effettuare controlli alcolimetrici all'interno delle aziende contemplando la possibilità di aderire volontariamente a programmi terapeutici e di riabilitazione in presenza di patologie alcol correlate [1].

Contemporaneamente è possibile influire sul benessere complessivo del lavoratore ed indirettamente dell'ambiente di lavoro attraverso la promozione di modelli comportamentali positivi in un'ottica di educazione e di prevenzione sanitaria [2-3]. Una riflessione

critica sulle ricadute sociali delle abitudini individuali viene, infatti, avvertita come una esigenza primaria da coloro che operano ai vari livelli in Sanità, in ragione della maggiore responsabilità insita nella funzione e nel ruolo sociale esercitato dalle professioni sanitarie, e che, con i loro comportamenti, decisioni e, in fondo, con l'esempio, possono influenzare positivamente il contesto di riferimento. Qui, più che altrove, è chiara la consapevolezza che molte patologie acute e croniche, alcune delle quali di larga diffusione, sono segnate da stili di vita non corretti e che sia necessario compiere scelte di salute responsabilmente lungimiranti e, pertanto, sempre più orientate alla prevenzione, sostenibili eticamente, culturalmente ed economicamente.

Al fine di promuovere comportamenti e stili di vita corretti l'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano ha inserito fra i progetti patrocinati dalla Rete HPH una campagna di sensibilizzazione per la diffusione capillare di una cultura della prevenzione che vada al di là della sola applicazione delle norme di sicurezza sul lavoro e che miri al miglioramento della salute e del benessere complessivo dei lavoratori suggerendo i comportamenti più adeguati per un sano stile di vita.

IL PROGETTO DELL'OSPEDALE LIBERO DA ALCOL

L'idea di avviare una campagna di sensibilizzazione contro il consumo di alcol in ospedale è nata dalla constatazione che la sola, ancorché indispensabile e dovuta, adozione di misure di carattere "proibizionistico" fosse insufficiente a sensibilizzare le

**PAROLE CHIAVE:**

Sicurezza sul lavoro, prevenzione, campagna di sensibilizzazione



Azienda Ospedaliera
Ospedale Niguarda Ca' Granda



CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE "OSPEDALE LIBERO DA ALCOL"

In armonia con le indicazioni dell'Unione Europea e del Ministero della Salute, si ritiene opportuno richiamare all'attenzione di tutto il personale la necessità di contrastare il consumo di alcolici in Ospedale. Problemi legati all'abuso o dipendenza da alcol riguardano il 10-12% di tutti i lavoratori, e si stima che almeno il 10% degli infortuni sul lavoro riconoscano cause alcol correlate. Chi opera in sanità, a qualsiasi livello, deve quindi essere ben consapevole che bere alcolici non costituisce solo una scelta individuale. Anche un singolo ed occasionale episodio di consumo, spesso erroneamente valutato come innocuo, può esporre colleghi e pazienti al rischio di incidenti, in conseguenza di:

- rallentamento dei tempi di reazione,
- riduzione della capacità visiva e delle percezioni sonore,
- diminuzione dell'attenzione e capacità di giudizio,
- sonnolenza, scarsa lucidità e confusione mentale,
- minore consapevolezza del pericolo con maggiore propensione al rischio,
- alterazioni del controllo motorio che compromettono l'equilibrio o la presa degli oggetti.

L'alcol interviene inoltre sul metabolismo dei farmaci e può determinare variazioni pericolose delle loro concentrazioni. Non possono assolutamente assumere alcol le persone in terapia con psicofarmaci, antiepilettici, antibiotici, antistaminici, ma vi sono rischi concreti anche per i soggetti in trattamento per malattie cardiache, ipertensione arteriosa, diabete, malattie del metabolismo.

Si ricorda, infine, che la Legge quadro n. 125/2001 in materia di alcol e problemi correlati stabilisce (art. 15):

- il divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche nelle attività lavorative ad elevato rischio per la sicurezza e salute di terzi,
- la possibilità del medico competente o del medico del lavoro di effettuare controlli alcolimetrici nelle aziende,
- la possibilità per i lavoratori affetti da patologie alcol correlate di accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione, come previsto dall'articolo 124 del DPR 309/1990.

Vi invitiamo, pertanto, a volere contribuire quotidianamente ad un maggior benessere Vostro, dei colleghi e dei pazienti anche evitando di assumere qualsiasi bevanda alcolica in Ospedale o prima del servizio.

Si ringrazia per la collaborazione

La Direzione Sanitaria

Figura 1 – Poster per la campagna di sensibilizzazione "Ospedale libero da alcol"

coscienze rispetto al rischio – per i lavoratori, per i pazienti e per la stessa struttura – derivante non solo dall'abuso, ma anche dal semplice consumo, anche moderato, durante il lavoro o prima del servizio, di alcol. È stata, pertanto, pensata una strategia di intervento ad azione combinata.

La classificazione delle categorie professionali a rischio correlato è stata il primo passo necessario a con-

testualizzare le attività di prevenzione e di sorveglianza in capo al medico competente; di seguito sono enunciate le attività lavorative per le quali è stato stabilito il divieto di assunzione di bevande alcoliche:

1. professioni sanitarie (medici di area clinica, biologi, infermieri addetti all'assistenza, tecnici);
2. professioni sociali e socio-sanitarie;

3. addetti alla guida di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E.

Per le mansioni riportate ai punti 1 e 2 non sono deliberatamente previsti accertamenti routinari di *screening* mirati ad identificare il consumo di bevande alcoliche; tali test sono utilizzati solo in casi particolari, nell'ambito della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica prevista dal D. Lgs. 81/2008, per confermare od escludere a fini preventivi condizioni in grado di determinare eventuali effetti dannosi per sé o per gli altri e quindi un giudizio di idoneità con limitazione parziale o assoluta alla esecuzione di specifici compiti lavorativi.

Per i lavoratori addetti alla conduzione di veicoli adibiti al trasporto pubblico o per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E (ad es. gli autisti del pulmino adibito al trasporto pubblico interno all'ospedale, del servizio trasporti aziendale, delle auto-lettighe, delle auto-mediche del S.S.U.Em. 118) sono previsti controlli, con cadenza almeno annuale, nell'ambito della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica consistenti in una visita medica ed in un test alcolimetrico (alcolemia: limite ritenuto accettabile 0,5 mg/l; CDT – transferrina desialata).

La positività al test comporterà un temporaneo giudizio di non idoneità alla guida di autoveicoli aziendali.

Ai lavoratori affetti da patologie alcol correlate che intendano accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione presso i servizi di cui all'articolo 9, comma 1, o presso altre strutture riabilitative, si applica l'articolo 124 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

Contestualmente, per motivi di coe-



Figura 2 – L'uomo a più dimensioni

renza rispetto agli intenti, è stato applicato il divieto di somministrazione di bevande alcoliche da parte della mensa aziendale con la prospettiva di estenderlo anche ai bar in convenzione prevedendo una specifica clausola contrattuale.

La campagna di sensibilizzazione "Ospedale Libero da alcol" è stata pensata per potenziare l'effetto degli interventi dovuti per legge e per aumentare il livello di informazione e di sensibilità degli operatori sull'importanza degli stili di vita come determinanti della salute e della sicurezza individuale, collettiva e dell'ambiente di lavoro [4].

Il messaggio divulgativo evidenzia, senza inutili allarmismi, come anche un singolo e occasionale episodio di consumo, spesso erroneamente valutato come innocuo, possa esporre i colleghi ed i pazienti al rischio di in-

cidenti, in conseguenza di:

- rallentamento dei tempi di reazione,
- riduzione della capacità visiva e delle percezioni sonore,
- diminuzione dell'attenzione ed alterazione della capacità di giudizio,
- sonnolenza, scarsa lucidità e confusione mentale,
- minore consapevolezza del pericolo con maggiore propensione al rischio,
- alterazioni del controllo motorio che compromettono l'equilibrio o la presa degli oggetti.

Si è, inoltre, evidenziato come l'alcol intervenga sul metabolismo dei farmaci e possa determinare pericolose variazioni delle loro concentrazioni nei soggetti in terapia con psicofarmaci, antiepilettici, antibiotici, antistaminici e comportare un rischio aggiuntivo nei pazienti in trattamento per malat-

tie cardiache, ipertensione arteriosa, diabete, malattie del metabolismo.

È stata adottata la formula volutamente semplificata ed economica del messaggio a mezzo poster esposto nei luoghi di maggiore frequentazione e nelle aree di ristorazione dell'Ospedale (figura 1). Il progetto è nato da una iniziativa promossa dalla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e dalla S.S. Servizio di medicina e sorveglianza sanitaria dei lavoratori nella previsione di un coinvolgimento nelle attività di prevenzione e promozione dei corretti stili di vita degli specialisti competenti (epatologia e gastroenterologia, dietetica e nutrizione clinica, psichiatria), dei professionisti dell'area infermieristica (D.I.T.R.A., servizio sociale) e tecnica (S.P.P., area economica) e del sistema qualità aziendale anche nell'ottica di una valutazione e gestione integrata del rischio all'interno dell'Azienda.

Nel diagramma intitolato "l'uomo a più dimensioni" è stigmatizzato il sistema delle possibili e non necessarie relazioni di dipendenza reciproca tra il benessere del lavoratore e quello dell'organizzazione (figura 2).

RIFERIMENTI ESSENZIALI

1. Legge quadro 30 marzo 2001 n. 125 in materia di "alcol e di problemi alcol correlati"
2. Provvedimento 16 marzo 2006 (G.U. N. 75 del 30 Marzo 2006) della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano
3. Pubblicazione P.S.A.L. ASL Città di Milano "Attività lavorativa, abuso di bevande alcoliche, uso di sostanze stupefacenti e psicotrope (http://www.asl.milano.it/prevenzione/psal/psal_publicazioni.asp)
4. Progetto "Lavoro sicuro senza alcol" del Servizio sanitario regionale dell'Emilia Romagna (<http://www.provincia.modena.it/sociale/allegato.asp?ID=40340>)

Ambiente ed infezioni ospedaliere

Riassunto

Gli autori intendono dare una visione globale dell' "Ambiente Ospedale" attraverso la nuova visione d'ambiente, proposta con forza dall'attuale comunità scientifica per una gestione integrata ospedale-territorio-comunità. L'Ospedale non come insieme di locali tecnologie ed operatori ma come struttura organizzata, la cui finalità è l'erogazione di prestazioni sanitarie ad elevato grado di specializzazione ed invasività per garantire un ambiente sicuro per il paziente e gli operatori sanitari.

Egidio Sesti*, **Tatiana Fabbri****, **Lorena Martini^o**, **Maurizio Musolino^{oo}**

*Direzione UOC Qualità Aziendale e Risk Management ASL Roma B

**Direzione Medica UOC Accreditemento ASL Roma B

^oInfermiera Epidemiologa Dipartimento d'Epidemiologia Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani IRCCS Roma

^{oo}DAI, UOC Qualità Aziendale e Risk Management ASL Roma B

L'UOMO E L'ECOLOGIA

L'ecologia è la scienza dell'ambiente (dal greco *oikos*: casa, ambiente e *logos*: discorso) che studia la corretta convivenza dell'uomo con la natura.

In particolare s'intende lo studio dei rapporti fra *specie viventi* (animali e vegetali) e un ambiente con determinate caratteristiche (*habitat*) nel quale ogni specie ha una propria *collocazione* e propri *rapporti* con gli altri (*nicchia ecologica*).

In campo biologico, l'ecologia rappresenta la "scienza dei rapporti dell'organismo con l'ambiente" (*Morfologia generale degli organismi*, 1866).

L'ecologia è diventata un problema eminentemente bioetico. Anzi, il recupero dell'ecosistema ha strutturato l'identità stessa della bioetica, intesa, fin dal suo sorgere, come scienza della sopravvivenza. Una bioetica globale, deve

poter definire ciò che è giusto e ciò che è sbagliato in termini di sopravvivenza e protezione della biosfera. *"Una cosa è giusta quando tende a preservare e proteggere l'integrità, la stabilità, la bellezza dell'ecosistema. E' sbagliata quando tende altrimenti"*.

Rapporto uomo-ambiente

L'uomo e il suo ambiente sono più che mai indissolubili, tra loro. L'ambiente costituisce il condizionamento fondamentale della vita e dello sviluppo dell'uomo. Questi a sua volta perfeziona e raffina l'ambiente mediante la sua presenza ed il suo lavoro.

L'uomo provoca con la propria attività un *impatto* sull'ambiente (spesso non stimabile con sicurezza e non controllabile).

L'impatto ambientale è definito, secondo il Dizionario Italiano, come: "L'azione di una causa fisica sull'ambiente naturale". Azione

invasiva che crea cambiamento all'interno di un sistema. Un evento esterno che modifica in tempi e intensità diverse un sistema, che in base alla propria capacità di sopportazione tende a creare un nuovo equilibrio.

Una moderna definizione d'ambiente

Per molto tempo con il termine "ambiente" si è indicato il risultato di una serie di processi essenzialmente naturali, considerati all'origine di tutto ciò che è intorno a noi. Non a caso il termine deriva dal latino "ambire" (ossia circondare, stare intorno): è implicito anche un senso di centralità dell'uomo, visto non come parte integrante della biosfera ma quale componente esterna, capace di plasmare, gestire un "ambiente" creato appositamente per la sua crescita materiale e spirituale in virtù delle superiori doti intellettive di cui è dotato.

Tale visione antropocentrica (presente nel mondo greco-romano e avvalorata per secoli dal pensiero cristiano-occidentale), può rivelarsi pericolosa nella nostra società in cui i bisogni connessi alla crescita demografica e l'utilizzo di tecnologie dal forte impatto possono alterare profondamente l'ambiente. Gli effetti provocati da una gestione inadeguata delle risorse naturali e dei territori, soprattutto nell'ultimo secolo, hanno fornito l'input per una "rivoluzione copernicana" relativa al concetto d'ambiente.

L'ambiente è dato dalla profonda

**PAROLE CHIAVE:**

Ambiente sicuro, Setting organizzativo, ICPA (Infezioni correlate a pratiche assistenziali)

e continua interazione tra componenti naturali ed antropiche: in ogni territorio si sovrappongono visibilmente le trasformazioni determinatesi nei “tempi brevi” della storia e le modificazioni verificatesi nei “tempi lunghi” della natura fino a formare un “unicum” organico ed inscindibile.

Natura e cultura costituiscono, quindi, un insieme integrato e retroagente: ogni azione dell'uno determina un “feedback” dell'altro in base alla quale si determineranno nuovi comportamenti e nuovi equilibri.

Ad esempio, il feedback della componente “natura” alla resistenza batterica operata dall'uomo è costituito da un uso, spesso irrazionale degli antibiotici che, come effetto, comporterà resistenza batterica, selezione di microrganismi, alterazione della flora batterica, febbre, etc. In tal caso il “feedback” è una reazione ad una forte pressione tesa ad alterare gli equilibri naturali.

L'ospedale nel sistema “ambiente”

La nuova visione d'ambiente, proposta con forza dall'attuale comunità scientifica, costituisce la linea guida per gli attuali sistemi sanitari, a tutti i livelli che, tendono ad una gestione integrata ospedale-territorio-comunità, in cui esigenze economiche, benessere, progresso e tutela ambientale costituiscano realtà compatibili.

In questo modo l'ambiente “ospedale” diventa campo d'indagine e d'azione non solo per le discipline scientifiche ma anche per quelle

umanistiche: la complessità insita nel nuovo concetto d'ambiente rende indispensabile la presenza di diverse competenze e modalità di lettura per realizzare un sistema in cui natura e cultura possano interagire attraverso “feedback” positivi in vista di nuovi e proficui equilibri.

In primo luogo, tra i molti approcci d'osservazione scientifica, si considera rilevante quello dell'osservatore per il quale l'ospedale di riferimento è sistema e tutto il contesto è ambiente e quello dell'osservatore per il quale l'ospedale di riferimento è subsistema rispetto al maggiore sistema sanitario osservato nel più vasto contesto ambientale. Il primo approccio implica attenzione privilegiata alla gestione sistema/ambiente sotto il profilo del management gerarchico, a partire dalla riverifica periodica della mission dell'azienda, e delle prospettive di privilegiare, in positivo e in negativo, il core business ed i processi di selezione della complessità con riferimento alle sfide ambientali. Il secondo approccio tende invece a privilegiare il sistema sociale e vede il sistema sociale come una rete di nodi (tra cui gli ospedali) in cui il potere è del management pubblico e privato, tra stato e mercato.

Un terzo approccio è rappresentato dal sistema sociale dei “richiedenti salute” nel contesto ambientale, contesto rappresentato anzitutto dagli ospedali come ambiente per i pazienti che vi accedono e che scoprono

l'ambiente proprio dalle difficoltà dell'accesso. Naturalmente, è ipotizzabile un'interconnessione, anche se non sistematica, fra i tre approcci.

Il quadro concettuale di riferimento è quello del “setting-based approach”, dell'approccio basato sui settings. Il concetto di “setting” è più ampio di quello che potrebbe derivare dalla semplice traduzione letterale (scenario, ambiente): si potrebbe tradurre il termine setting con “ambiente organizzato”.

Le caratteristiche di un setting non dipendono solo dalla sua componente fisica, ma anche:

- dalle persone che lo frequentano
- dalla sua organizzazione e struttura
- dagli obiettivi che persegue
- dai comportamenti ed alle relazioni interpersonali che vi si svolgono
- dalle norme e dai valori che lo regolano
- dalle aspettative che suscita in chi lo frequenta
- dal mandato che ha ricevuto dall'intera comunità.

Esempi di setting oltre l'ospedale possono essere le regioni, le città, le scuole, i luoghi di lavoro ed i “luoghi organizzati” che incidono sulla salute delle persone. Uno per tutti è la “famiglia”.

Particolare attenzione merita la notevole differenza che esiste tra “lo sviluppo d'attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni ospedaliere in un setting” e la “creazione di un setting che promuove la prevenzione e sorveglianza

delle infezioni ospedaliere". Nel primo caso si tratta d'iniziativa isolate, dovute alla buona volontà di qualcuno che attiva progetti di prevenzione e sorveglianza delle infezioni ospedaliere, magari con l'aiuto di collaboratori esterni al setting, i cosiddetti "esperti". Nel secondo caso invece è necessario che l'iniziativa parta dal management strategico del setting (Regione, Ufficio di direzione ASL/AO) che si assume l'impegno formale di modificarlo in modo che le attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni ospedaliere diventino parte della normale attività svolta da tutti i membri del setting stesso.

Nei nostri ospedali sono numerosi gli esempi della prima strategia; la sfida è però quella di giungere alla seconda, vale a dire ad organizzare gli ospedali in modo che siano le istituzioni che promuovono lo studio, la prevenzione e la sorveglianza delle infezioni ospedaliere e che aggiungano una cultura di salute a quella curativa dei principali stakeholders dell'ospedale (il personale, i pazienti e la comunità servita).

Ampiezza del concetto

Quando si parla di "qualità della vita", senza ulteriori precisazioni s'intende abbracciare la totalità dei fattori che contribuiscono a determinarla, ma per agire direttamente sulla qualità della vita, anche al fine di cercare di migliorarla è importante fare riferimento ad una serie di "indicatori" che si riferiscono ai diversi ambiti la cui "qualità" può migliorare o peggiorare; ne indichiamo alcuni a titolo esemplificativo:

popolazione: densità sul territorio, natalità, indice di vecchiaia, carico sociale o indice di dipendenza (dato dal rapporto tra le classi in età non lavorativa - giovanissimi e

anziani - e quelle in età lavorativa), saldo migratorio interno, ecc.; *sanità*: vita media o speranza di vita, quoziente di mortalità, nati-mortalità (nati morti per 1000 nati), mortalità perinatale (nati morti + morti nella prima settimana di vita per 1000 nati), mortalità infantile, suicidi, assistenza medica, livello d'alimentazione, ecc.;

istruzione: grado d'analfabetismo, di scolarità, spesa per l'istruzione (in rapporto al PIL);

lavoro: livello d'occupazione (forza lavoro per 1000 abitanti), tassi di disoccupazione, pensionamenti, ecc.;

giustizia: litigiosità, amministrazione della giustizia (durata media dei procedimenti in giorni), livello di criminalità, delinquenza minorile, ecc.;

tenore di vita: ricchezza (prodotto interno lordo pro-capite), propensione ai consumi, propensione al risparmio, abitazione (numero delle stanze, grado d'affollamento), ecc.;

ambiente: stato di degrado, politiche di tutela, ecc.

Creare ambienti favorevoli

La rete degli Ospedali per la Promozione della salute (HPH) è l'insieme degli Ospedali che attivano delle azioni sistemiche finalizzate ad una gestione globale delle qualità dell'ospedale in un'ottica di promozione della salute. La promozione della salute "è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla". Senza rinunciare al proprio ruolo istituzionale l'ospedale, in quest'esperienza, assume in se anche quello di promotore di salute per chi vi opera e per i cittadini che ad esso si rivolgono.

"Il concetto di un ospedale come promotore di salute non significa che l'ospedale abbia cambiato la

sua funzione principale da quella curativa a quella di promuovere la salute, ma che ha incorporato nella propria cultura e lavoro quotidiano l'idea della promozione della salute del suo personale, dei pazienti e delle loro famiglie". *L'obiettivo comune del Progetto degli Ospedali per la Promozione della salute è di:*

- far partecipare l'Ospedale al processo che "mette in grado le persone e le comunità di aumentare il controllo sulla propria salute" (Carta d'Ottawa, 1986)
- accrescere le conoscenze tra la popolazione e rinsaldare il rapporto struttura sanitaria - cittadino, per migliorare 2 punti fondamentali ribaditi proprio dalla Carta d'Ottawa (1986) e dalla Dichiarazione di Budapest (1991) a cui questi progetti fanno riferimento e cioè:

1. la continuità delle cure
2. l'*attinenza alle cure del paziente* (definita "compliance").

La carta d'Ottawa identifica tra le attività essenziali per la promozione della salute:

1. difendere, sostenere la cause della salute, per modificare in senso favorevole i fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali comportamentali e biologici che hanno influenza sulla salute;

e tra le azioni strategiche:

- creare ambienti favorevoli alla salute
- sviluppare le abilità personali
- riorientare i servizi sanitari

La Dichiarazione di Budapest sugli Ospedali per la Promozione della Salute

Oltre ad assicurare servizi medici e d'assistenza sanitaria di buona qualità, un Ospedale per la Promozione della Salute dovrebbe:

1. accrescere la consapevolezza dell'impatto che l'ambien-

te ospedaliero ha sulla salute dei pazienti, del personale e della comunità; l'ambiente fisico degli edifici ospedalieri dovrebbe supportare, mantenere e migliorare il processo terapeutico;

2. mantenere e promuovere la collaborazione tra le iniziative di promozione della salute orientate alla comunità e le amministrazioni locali;
3. migliorare la comunicazione e la collaborazione con i servizi sanitari e sociali inseriti nella comunità;

L'ospedale nel "setting" dei servizi sanitari

Le integrazioni orizzontali, basate su criteri d'aggregazione che tendono a ricostruire il percorso diagnostico-terapeutico specifico del paziente rappresentano la soluzione più avanzata ed innovativa ed hanno l'indubbio pregio di dare continuità alle cure.

Pur essendo ipotizzabile l'esistenza, almeno nel breve periodo, di vari possibili livelli d'ospedali, il modello tendenziale è quello tecnologico. Vale a dire singoli centri ad alta specializzazione che possano gestire volumi d'attività sufficienti a mantenere e sviluppare la competenza clinica e l'efficienza operativa necessarie per rendere l'assistenza efficace ed economicamente sostenibile, peraltro è ripetutamente dimostrata la presenza di migliori risultati clinici in centri con volumi d'attività elevati.

I moderni criteri di progettazione di un ospedale per acuti possono essere definiti solo in rapporto alla natura di sotto-sistema dell'ospedale, in continua evoluzione in quanto soggetto alle sfide che vengono dal suo ambiente e dal sistema societario complessivo, e deve quindi possedere la con-

seguinte flessibilità degli adattamenti. La strategia di modernizzazione è prima di tutto diretto a realizzare condizioni di sicurezza per i cittadini-utenti e per gli operatori.

Gli elementi fondamentali da considerare per la definizione della rete ospedale-territorio sono: lo svolgimento d'attività ad elevato contenuto tecnologico, intensità di cura, stratificazione dei tipi di casistica trattata, il dimensionamento operativo, il modello organizzativo, le funzioni miste e l'esigenza didattica; lo sviluppo dei servizi extraospedalieri, quali, in particolare, i servizi d'assistenza per anziani come Residenze sanitarie assistite (Rsa) e Case protette (Cp), l'assistenza ambulatoriale (significativo lo spostamento in day-surgery di molti interventi chirurgici) e l'assistenza domiciliare.

Col tempo, gli altri tipi d'ospedale dovrebbero scomparire ed essere assorbiti nell'attività territoriale così da lasciare all'ospedale del futuro la struttura dell'offerta sanitaria, in specie, ospedaliera, la quale dovrà quindi essere organizzata in funzione del soddisfacimento dei bisogni complessivi di salute della popolazione, sulla quale incidono naturalmente anche, in modo più o meno rilevante, fattori esterni al settore quali l'ambiente, il tempo libero, ecc.

Tali "setting" sono destinati ad accentuare sia l'integrazione intraospedaliera (diagnosi, terapia medica o chirurgica, riabilitazione ad alta intensità per gli ospedali ad alta specializzazione sia la territorializzazione delle cure, anche con supporti da parte dei centri d'eccellenza ospedaliera.

Il setting organizzativo ed i suoi fondamenti culturali

Dal punto di vista organizzativo-gestionale il dipartimento consen-

te di superare le barriere funzionali ed il "sequestro" di personale e d'attrezzature all'interno delle divisioni. Le integrazioni orizzontali, basate su criteri d'aggregazione che tendono a ricostruire il percorso diagnostico-terapeutico specifico del paziente rappresentano la soluzione più avanzata ed innovativa ed hanno l'indubbio pregio di dare continuità alle cure. È necessario perseguire l'integrazione della migliore evidenza, derivabile dagli studi disponibili (evidence based medicine), con la pratica clinica, definita alla luce dell'esperienza di ciascun medico, e con la valutazione delle preferenze del paziente, del costo-efficacia delle procedure, della revisione delle modalità organizzative o di regime d'erogazione delle prestazioni (degenza, day hospital, ambulatorio) e della customer satisfaction, umanizzazione e qualità della vita nell'ospedale ad alta tecnologia.

Esternalizzazioni

Le nuove organizzazioni prevedono l'affidamento a soggetti esterni dell'esecuzione d'alcune operazioni (in prevalenza servizi di supporto) rientranti nell'ordinaria o straordinaria attività dell'ospedale, così da consentire all'azienda di concentrarsi sui suoi essenziali compiti assistenziali.

Naturalmente, l'affidamento a soggetti esterni dell'esecuzione d'alcuni servizi o attività dell'ospedale - in particolare dei servizi di supporto, quali lavanderia, guardaroba, ristorazione, pulizie - non è possibile che avvenga senza riflessi sull'organizzazione preesistente della struttura. Il successo o meno dell'esternalizzazione resta comunque legato, in primo luogo, alla definizione di discipline chiare per ciascun modello esternalizzante e da un'effettiva

modernizzazione della pubblica amministrazione e che il committente (l'ospedale pubblico) sia molto forte e competente nel gestire i contratti e che, le linee di guida siano stilate dall'autorità sanitaria in modo competente.

I sistemi di pagamento

Incidono profondamente sui comportamenti assistenziali dei soggetti erogatori. occorre operare interventi di progressiva e continua messa a punto: in particolare, ridefinire l'area d'applicazione della remunerazione extra - tariffaria e rivedere l'attuale sistema di remunerazione a giornata di degenza per la riabilitazione e la lungodegenza, con l'introduzione di pagamenti differenziati per classi di patologie e/o di soggetti erogatori. In generale, deve comunque sempre prevalere un atteggiamento sperimentale.

È auspicabile sia dedicata qualche attenzione analitica all'approccio della rete di nodi (ospedali e altre strutture).

Le informazioni nell'ospedale e con l'ospedale

Un aspetto saliente del rapporto tra sottosistema ospedaliero ed ambiente (umano) è costituito dalla considerazione d'informazioni e comunicazioni tra offerta e domanda di prestazioni assistenziali. L'informazione e la comunicazione, coniugate alla responsabilità, sostituiscono la gran parte dei meccanismi autoritari e burocratici di controllo. Questo tema, così centrale nell'approccio sistema / ambiente, è destinato ad orientare mutamenti significativi in certi ospedali specialistici, a coltivare rapporti istituzionali esterni, con medici di famiglia, specialisti in ospedali locali ecc., e ciò non solo per via delle nuove esigenze di marketing anche sociale che

l'ospedale deve assolvere.

Queste considerazioni confortano anche la considerazione che sarebbe errato un approccio separato, tutto autoreferenziale all'ospedale, anche di quello d'eccellenza mono-oligospecialistica, rispetto al restante territorio, pure oltre lo stretto bacino d'utenza: l'ambiente dell'ospedale sarà sempre meno passivo (si pensi alla crescita della prevenzione e dell'interesse personale del paziente alla cura), specie al crescere del livello d'istruzione e di reddito dei pazienti.

La configurazione dell'ospedale del futuro, basata essenzialmente sul decentramento e sulla deospedalizzazione, richiede, infatti, un potenziamento della capacità di collegamento interno-esterno (tele-consulto, tele-assistenza, ecc.) ed una diversa forma d'aggregazione delle varie unità di produzione sanitaria, che non vivono più in interazione con un ambiente chiuso (l'ospedale tradizionale), ma con un numero pressochè infinito d'altre esperienze e competenze.

In quest'ambito, la 58° *Assemblea* dell'OMS, ha prodotto un nuovo "*Regolamento sanitario internazionale*" (Rsi), per far fronte all'attacco di virus e batteri sempre più pericolosi: l'emergenza della Sars, con prospettiva di pandemia influenzale, la recrudescenza della *tubercolosi* in alcuni Paesi, e l'*Aids*, oltre ai disastri naturali come il *tsunami*. Tale regolamento, in un'ottica d'applicazione universale, potrà superare tutte le barriere politiche, e quindi ogni livello di "setting" regionali/nazionali, allo scopo di "*proteggere i popoli del pianeta dalla diffusione internazionale di malattie*".

In tema d'infezioni ospedaliere, gli attuali rapporti di comunicazione

con i cittadini sono generalmente insufficienti. Basta pensare ad esempio, al tipo d'informazioni sulle complicità infettive degli interventi invasivi fornite durante l'acquisizione del consenso informato.

I cittadini dovranno essere informati:

- dell'esistenza e del nominativo dei referenti per le infezioni ospedaliere sia nel contesto dell'Unità operativa sia nell'ambito della Direzione sanitaria;

- della possibilità di colloquio con tali operatori sul tema considerato.

Quadro attuale e nuova definizione delle Infezioni Ospedaliere

Nell'epoca moderna il rapporto dell'uomo con l'ambiente si è fatto critico. l'assistenza sanitaria, negli ultimi anni ha subito profondi cambiamenti. Mentre prima gli ospedali erano il luogo in cui si svolgeva la maggior parte degli interventi assistenziali (notevole evidenza scientifica ha da sempre indicato come l'ambiente ospedaliero può essere un'importante fonte di patogeni nosocomiali soprattutto per il paziente ad alto rischio), a partire dagli anni Novanta sono aumentati sia i pazienti ricoverati in ospedale in gravi condizioni (quindi ad elevato rischio d'infezioni ospedaliere), sia i luoghi di cura extra-ospedalieri (residenze sanitarie assistite per anziani, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale, centro dialisi, day-surgery).

Inoltre la nostra popolazione di pazienti è cambiata:

- l'attesa di vita degli italiani è aumentata di oltre 7 anni negli ultimi 10 anni, oltre due terzi della nostra popolazione ospedaliera ha passato il 65esimo compleanno;

- la sanità si sposta velocemen-

te verso una medicina che non guarisce ma cura, per grandi famiglie di patologie, che meno di venti anni fa erano rapidamente letali (infarto, tumori, malattie respiratorie), oggi si curano oltre la metà dei pazienti;

- aumenta vertiginosamente la presenza in ospedale di pazienti cronici con gravi patologie di fondo, ideali candidati alle infezioni ospedaliere;

- l'innovazione tecnologica è incalzante: oggi interventi impensabili fino a qualche anno fa diventano routine, fino ad estremi casi come il neonato di 250 grammi ed il trapiantato 80enne; anche l'invasività strumentale aumenta, non solo aumentando il rischio chirurgico, ma anche riducendolo, come nel caso della chirurgia laparoscopica;

- la pressione selettiva sull'ambiente microbico non smette: continuamente abbiamo farmaci nuovi e più efficaci, ma altrettanto continuamente i germi si scavano le loro nicchie ecologiche sviluppando resistenza.

L'ospedale, i processi curativi, l'assistenza sanitaria producono come "effetti collaterali" (dannosi) problematiche e criticità alla vita dell'uomo, se non addirittura alla sua sopravvivenza.

Quanti sono oggi i cateterismi vescicale inappropriati? Quanti quelli a "circuito aperto"? Quanti quelli appropriati e a "circuito chiuso"? Quante le tricotomie eccessive e scarnificanti? Quante le profilassi chirurgiche antibiotiche superflue o di lunga durata? Quante ferite chirurgiche suppurate sono sottoposte ad indagine microbiologica? Quanti dei pazienti allettati a rischio ricevono ginnastica respiratoria appropriata? Ancora sono in uso i disinfettanti a base d'am-

moni quaternari? Quante sono le febbri "da riassorbimento"?

Questi cambiamenti rendono necessario un adattamento dei programmi di controllo delle infezioni acquisite nelle strutture sanitarie a nuove esigenze; innanzitutto, è necessaria una modifica lessicale: d'ora in poi non si potrà più parlare di "infezioni ospedaliere", ma bensì d'*infezioni correlate a pratiche assistenziali (ICPA) o "infezioni acquisite nelle strutture sanitarie"* (cioè non clinicamente manifeste o in incubazione al momento dell'inizio dell'episodio assistenziale stesso).

Oggi però bisogna dire che le infezioni non sono collegate soltanto a procedure sanitarie/assistenziali, ma i fattori di rischio sono connessi ad interventi, di tipo estetico, non prettamente con finalità sanitarie (come piercing, tatuaggi, manicure e pedicure, barbiere, etc).

Interessano prevalentemente i pazienti, più raramente possono interessare anche operatori sanitari, studenti, personale d'assistenza volontario.

Caratteristiche delle ICPA

- includono una gran varietà di complicanze infettive accomunate dall'associazione esistente con uno specifico episodio assistenziale

- la classificazione di un'infezione come correlata all'assistenza si basa esclusivamente sul rapporto temporale esistente tra infezione ed episodio d'assistenza

- alcune infezioni insorgono frequentemente dopo la dimissione dall'ospedale (infezioni della ferita chirurgica, infezioni neonatali, mastiti materne, infezioni da impianto di corpi estranei, epatiti)

- includono infezioni esogene (trasmesse dall'esterno) ed

infezioni endogene (flora endogena del paziente); infezioni prevenibili e infezioni non prevenibili allo stato attuale delle conoscenze

- non includono le semplici colonizzazioni (presenza di microrganismi sulle superfici cutanee o mucose in assenza di segni clinici di malattia o di risposta immunologica).

Frequenza e prevedibilità delle ICPA

Nel panorama dei potenziali rischi per la sicurezza del paziente attribuibili all'assistenza sanitaria, giocano un ruolo di primo piano, in quanto frequenti, hanno un elevato impatto clinico ed economico e perché possono essere evitate adottando misure di provata efficacia. Questi i principali dati epidemiologici sulle infezioni correlate all'assistenza:

- la frequenza con cui compare una complicanza infettiva è mediamente pari a 5-10% in pazienti ricoverati in ospedale, a 5% in pazienti residenti in strutture per anziani ed a 1% in pazienti assistiti a domicilio

- il 5-10% delle complicanze infettive si manifesta in modo epidemico

- sono sempre più frequenti le infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici

- per le sepsi e le polmoniti si stima una mortalità attribuibile pari a 20-30%

- su 100 infezioni associate all'assistenza sanitaria in media il 20% sono prevenibili, con significative differenze secondo il tipo d'infezione e del contesto (la frazione prevenibile varia da 10 a 70% nei diversi studi).

Tipologia

Le infezioni più frequenti, che nell'insieme rappresentano l'80%

circa di tutte le infezioni osservate, sono:

- le infezioni del tratto urinario
- le infezioni del sito chirurgico
- le infezioni dell'apparato respiratorio
- le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie).

Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 30-35% di tutte le infezioni correlate all'assistenza. L'importanza relativa di ciascuna localizzazione d'infezione varia però nel tempo, in diversi ambiti assistenziali e in diversi sottogruppi di pazienti. Le infezioni sistemiche stanno diventando via via più frequenti, come conseguenza di un graduale aumento dei fattori di rischio responsabili di queste infezioni, quali le condizioni di rischio intrinseco del paziente, l'uso d'antibiotici e del ricorso al cateterismo intravascolare.

Prevenzione e qualità

Le attività di prevenzione aiutano le persone e le comunità, quando ancora sono sane, a controllare meglio i fattori che determinano la loro salute ed a modificarli, evitando la comparsa le malattie. Tali attività necessitano d'interventi strutturali, normativi, economici, sociali, formativi e educativi.

Nel caso delle ICPA, non si tratta solo formare ed educare il personale sanitario, ma di affiancare a questo intervento, tutte le altre iniziative che in modo sinergico contribuiscono al risultato desiderato:

- intervenire su dispositivi, farmaci, presidi,
- modulare la tariffa dei DRGs alla presa in carico globale del paziente
- assicurare la trasparenza delle informazioni agli stakeholder (pazienti, operatori, comunità)
- sviluppare una politica di forma-

zione continua sull'argomento (rischio biologico, rischio clinico) per modificare le conoscenze e le abilità professionali

- stimolare le conoscenze e la sensibilità delle persone ad una cultura delle più comuni prassi igieniche
- favorire interventi organizzativi in armonia con altri settori della comunità, all'interno di un'azione intersettoriale.

Si tratta quindi di applicare anche al contesto delle Ica il setting based approach, trasformare le condizioni strutturali, sociali, culturali ed economiche dell'ospedale per modificare le conoscenze, le abilità ed i livelli d'autonomia delle persone che lo frequentano, in modo da favorire sempre più la loro salute.

Le attività di prevenzione delle Ica indubbiamente contribuiscono al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, mentre non tutti i progetti di miglioramento della qualità promuovono la salute.

Ipotesi di programma per un "setting" favorevole alla sorveglianza e prevenzione delle infezioni ospedaliere

La valutazione dell'impatto di un modello di governo clinico ed organizzativo complesso come la prevenzione e sorveglianza delle ICPA in un "setting" Regionale non è semplice, anche perché la sua attuazione è un processo dinamico, in continua evoluzione.

E' oggi possibile solo verificare in che misura la rete integrata del setting sia in grado di soddisfare il fabbisogno d'interventi, quale sia il grado della loro accessibilità e quali siano i risultati clinici.

Attivare e sostenere il processo di riorientamento degli ospedali verso una cultura che aggiunga, alle tradizionali attività curative, alla

sua struttura organizzativa, alla sua cultura ed ai suoi comportamenti quotidiani proprie dell'ospedale, i principi del miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera ed in modo particolare le attività e le azioni strategiche atte a ridurre le infezioni ospedaliere. Per raggiungere questo importante obiettivo i vari protagonisti del setting, si devono impegnare ad intraprendere almeno le seguenti azioni:

Setting "Regione"

- crescere tutto il sistema ospedaliero regionale e non solo parti di esso
- costruire dei sistemi di sorveglianza e prevenzione rispetto ai quali vi sono chiare evidenze scientifiche sulla loro efficacia
- valutazione dell'impatto delle indicazioni fornite vincolando in alcuni casi il raggiungimento degli obiettivi a finanziamenti aziendali e/o a premi per la dirigenza
- aspetti specifici come le infezioni ospedaliere, la farmaco resistenza ed il consumo d'antibiotici, creando reti di sorveglianza su base regionale e standard d'attività;
- promuovono i processi d'accreditamento e/o certificazione
- tendono a favorire l'innescio di circuiti virtuosi all'interno delle aziende e tra aziende, sviluppo d'esempi di buona pratica clinica ed organizzativa documentati e valutati;
- accreditamento delle strutture sanitarie
- evoluzione dei sistemi informativi
- collegamento operativo a livello regionale tra i soggetti che si occupano della predisposizione delle azioni necessarie per il controllo delle infezioni nell'attività d'assistenza.

Setting Azienda Sanitaria

- Sviluppare specifiche iniziative di prevenzione delle Ica. all'interno dei presidi sanitari
- Ampliare l'interesse del management e degli operatori sanitari verso la tutela della salute e non limitarlo solo alla cura delle malattie
- Sviluppare esempi di buona pratica clinica ed organizzativa che possono essere trasferiti ad altre UO o presidi. Promuovere lo scambio d'esperienze.
- Identificare aree d'interesse comune per sviluppare programmi e procedure
- La partecipazione degli utenti
- La formazione del personale sanitario con una visione più ampia rispetto a quella tradizionale di tipo "curativo", inserendo tematiche della qualità dell'assistenza, della prevenzione delle Ica e la promozione della salute.
- Identificare adeguati profili professionali (risk manager, etc.) che possano far parte dei gruppi multiprofessionali di comitati sanitari.
- creare le condizioni affinché i centri collaborino, confrontino i risultati clinici ottenuti e concordino comuni strategie di comportamento clinico.

Setting Ospedale

- rappresentare lo snodo regionale ed interregionale di un sistema integrato di rete che consenta il collegamento con presidi ospedalieri di livello locale e con strutture territoriali per la realizzazione di modelli organizzativi finalizzati alla presa in carico del paziente, alla realizzazione di percorsi sanitari appropriati, alla garanzia della continuità delle cure e dello sviluppo dell'accessibilità da parte dei cittadini.

Il concetto di rete va sviluppato in tutte le potenzialità: non solo rete intraregionale per garantire efficienza nella risposta (elaborazione ed attuazione dei percorsi clinico-assistenziali condivisi tra territorio ed ospedale) o interregionale per permettere un utilizzo ottimale del servizio offerto (ospedali ad alta specializzazione), anche rete come scelta delle Regioni di condividere alcune strutture, d'alta specializzazione dal punto di vista infettivologico, organizzativo, formativo. per l'erogazione d'alcuni servizi, tramite accordo tra piccole Regioni e grandi o tra Regioni vicinore.

Setting ambiente/ospedale – progettazione e realizzazione di strutture edilizie.

I moderni criteri di progettazione di un ospedale per acuti possono essere definiti solo in rapporto alla natura di sotto-sistema dell'ospedale, in continua evoluzione in quanto soggetto alle sfide che vengono dal suo ambiente e dal sistema societario complessivo, e deve quindi possedere la conseguente flessibilità degli adattamenti.

La strategia di modernizzazione è prima di tutto diretto a realizzare condizioni di sicurezza per i cittadini-utenti e per gli operatori. La visualizzazione dell'ambiente esterno dal letto di degenza e l'assetto paesaggistico dell'area verde, il senso di libertà indotto dagli spazi aperti e dalle possibilità di movimento favoriscono il relax e l'evasione del pensiero. L'accostamento dei colori, la diffusione delle luci, la definizione degli arredi, l'accuratezza dei particolari strutturali, sono fattori essenziali di distensione psicologica.

Le soluzioni architettoniche gradevoli e la scelta delle finiture,

oltre che concorrere alla personalizzazione dell'ambiente, conferiscono all'insieme abitativo un senso d'ordine e di precisione che infonde il rispetto e la cura delle strutture da parte di chi le usa.

Conclusioni

(entrare nel futuro)

Identificare l'ospedale semplicemente come un insieme di locali, tecnologie ed operatori deputati ad accogliere l'attività sanitaria, equivale a sottostimare notevolmente l'impatto e l'importanza nevralgica che tale sistema riveste nell'attività sanitaria più in generale.

Risulta invece più aderente e completo definire l'ospedale come una struttura organizzata (quindi un insieme di risorse umane e materiali organizzate) la cui finalità è l'erogazione di prestazioni sanitarie ad elevato grado di specializzazione ed invasività.

Relativamente alle infezioni ospedaliere, visto il grado d'invasività delle procedure eseguite, l'ospedale è individuato come ambiente ad alto rischio, in cui vanno applicati schemi operativi e protocolli igienici assolutamente irrinunciabili.

In particolare tenendo sempre presente che l'obiettivo è quello di **garantire un ambiente sicuro per il paziente e gli operatori sanitari**, le misure igienico-sanitarie dovranno riguardare gli elementi essenziali che caratterizzano tale attività, **lo strumentario, il personale, il paziente e l'ambiente.**

La configurazione del nuovo "setting-ospedale", basata essenzialmente sul decentramento e sulla deospedalizzazione, richiede, un potenziamento della capacità di collegamento interno-esterno (tele-consulto, tele-assistenza, ecc.) ed una diversa forma d'aggregazione delle varie unità di produzione sanitaria, che non

vivono più in interazione con un ambiente chiuso (l'ospedale tradizionale), ma con un numero pressoché infinito d'altre esperienze e competenze.

L'aumento di questa consapevolezza, negli anni, unito alla crescente attenzione e richiesta d'adeguamento degli standard di vita che l'evoluzione socio culturale, scientifica, tecnologica e medica ha prodotto negli ultimi trent'anni, ha spinto le organizzazioni a mettere a punto interventi mirati verso progetti di qualità non solo medici, infermieristici, alimentari, logistici, ma anche quelli ambientali, dall'estetica degli arredamenti ai rapporti con i familiari dei pazienti, snellimento della burocrazia e realizzazione di strutture accoglienti, spazi attrezzati per consentire momenti d'incontro e di rapporti sociali.

In sostanza l'ospedale che si propone oggi, e per gli anni futuri è una struttura per viverci dentro, priva di barriere architettoniche, aperta ai bisogni della città, dotata di servizi sociali, ovvero un setting a misura d'uomo: infatti, nell'era dell'accentuata evoluzione scientifica e tecnologica, l'ospedale rimane comunque un'istituzione dal significato profondamente umano, in cui l'uomo nasce, soffre, muore, lotta per il bene della salute.

Il binomio ambiente-ospedale è un processo che salda etica e formazione del personale, cambiamenti strutturali ed impegno concreto verso la creazione di una cultura innovativa.

La crisi ecologica, ossia il cattivo rapporto dell'uomo con l'ambiente, è prima di tutto una crisi di cultura, una crisi della concezione di vita, del modo con cui l'uomo vive il suo rapporto con la natura e con i suoi simili. Occorre pertanto sviluppare una coscienza comune e un'educazione al senso di

responsabilità. Queste esigenze rientrano nel campo dell'etica che possiamo definire "etica dell'ambiente o ambientale", in sintonia con quanto si legge nell'importante documento del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Bioetica e Ambiente* (1995). L'etica ambientale rientra dunque, come precedentemente accennato, nella bioetica perché riguarda la vita e la condotta dell'uomo in ordine all'ambiente naturale e umano.

Assistenza, olismo ed ecologia sono questioni essenziali nello sviluppo delle strategie per la promozione della salute.

La salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama. La salute è creata prendendosi cura di se stessi e degli altri, garantendo che l'ambiente in cui uno vive sia in grado di creare le condizioni che permettono a tutti i suoi membri di raggiungere la salute.

"Abbiamo bisogno di un nuovo modo di pensare per risolvere i problemi causati da un vecchio modo di pensare" Albert Einstein

BIBLIOGRAFIA

Ippolito G., Nicastrì E., Martini L., Petrosillo N. *Hospital infection control in Italy. Infection 2003; 31 suppl.2: 4 - 9.*

Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in health-care settings 2002.

Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, Center for Disease Control, U.S. Public Health Service, Revision 1999 Vol.20 N.4.

Consensus Conference sulle Infezioni Gravi svoltasi in collaborazione con l'Associazione Medici Infettivologi Ospedalieri - Roma 7-9 marzo 1996.

National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, Data Summary from October 1986-April 1998, Issued 1998

Joint Commission on accreditation of Healthcare Organizations. Surveillance, prevention and control of infection. 1995 Accreditation manual for hospitals. JCAHO 1994

Greco M. Metodi di sorveglianza delle infezioni ospedaliere. Ann Ig 2000; 12 (Suppl.2):33-9.

Agodi A, Pasquarella C. Sorveglianza delle infezioni ospedaliere: revisione della letteratura in una prospettiva storica. Ann Ig 2000; 12 (Suppl.2):23-32.

Romano G, Alberti V, Majori S, Pascu D. Le infezioni ospedaliere: dall'ospedale all'assistenza integrata. Aspetti strutturali, tecnologici, organizzativi ed economici. Ann Ig 2001;13

(Suppl.2):21-8.

Sesti E.: "Le infezioni ospedaliere uno strumento per la promozione della qualità". Teme, maggio 1998, 8-14;

Sesti E., Desantis A.R.: le infezioni ospedaliere e le norme relative alla qualità dei servizi sanitari. Giornate di studio "l'ecosistema ospedale". Atti delle giornate di studio "l'ecosistema ospedale", Bologna 2-4 giugno 1998.

www.iss.it, sito dell'Istituto Superiore di Sanità.

www.anipio.it, sito dell'Associazione nazionale Infermieri per la prevenzione delle infezioni ospedaliere.

www.aspi.it, sito dell'Associazione per la prevenzione e lo studio delle infezioni

www.cdc.gov, sito del Cdc - Center of Disease Control and Prevention (Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie), l'agenzia federale statunitense per la prevenzione sanitaria, con sede ad Atlanta.

Sanificazione in sala operatoria: progetto sperimentale

Riassunto

L'insorgere di infezioni ospedaliere dipende da una molteplicità di fattori legati ai contatti interumani ma anche dall'inquinamento ambientale. Nel presente lavoro vengono non solo analizzate le differenti metodiche di sanificazione delle superfici di sale operatorie ma viene anche posto l'accento sull'importanza di monitorare la carica microbica totale e l'eventuale presenza di microrganismi indicatori quali *Staphylococcus aureus*, inclusi gli MRSA, il *Clostridium difficile*, un bacillo Gram negativo sporigeno multi resistente, gli Enterococchi vancomicina resistenti (VRE) e le Salmonelle. Questi microrganismi presentano una particolare resistenza sia all'essiccamento che ai disinfettanti ed inoltre tali microrganismi appaiono spesso responsabili dell'insorgenza delle infezioni ospedaliere.

Germano Salvatorelli, Sonia De Lorenzi, Maria Gabriella Marchetti, Letizia Romanini

Dipartimento di Biologia ed Evoluzione - Sezione Anatomia Comparata, Università di Ferrara

INTRODUZIONE

L'insorgere di infezioni ospedaliere dipende da una molteplicità di fattori legati non solo ai contatti interumani ma anche dall'inquinamento ambientale.

Se il rischio di acquisire infezioni dalle superfici ambientali, quali pavimenti, superfici di apparecchiature mediche o mobilia, è probabilmente inferiore a quello rappresentato dal contatto diretto o mediato medico-paziente e paziente-paziente, esiste una vasta casistica che identifica la correlazione tra scarsa igiene ambientale e trasmissione di microrganismi che causano outbreaks di infezioni ospedaliere (1). L'aumento inoltre dei pazienti immunocompromessi, nei quali più facilmente si ha l'insorgenza di infezioni ospedaliere, ha portato recentemente a considerare ad alta priorità il monitoraggio e le procedure di decontaminazione ambientale (2; 3).

L'ambiente ospedaliero può diventare un significativo deposito per microrganismi potenzialmente patogeni. A partire da un accumulo di microrganismi, che possono restare in loco senza essere disturbati da metodi più o meno appropriati di pulizia e disinfezione, si può avere una diffusione di tali microrganismi da parte di vettori quali la turbolenza dell'aria, lo scalpaccio, le mani di pazienti ed operatori non appropriatamente lavate o mediante contatto diretto con apparecchiature o materiali usati nelle pratiche mediche (4; 5). Le mani degli operatori e/o dei pazienti sono l'anello finale della catena di una infezione ospedaliera, ma anche una accurata pulizia delle mani è sicuramente inefficace se l'ambiente è altamente contaminato (6; 7). La pulizia delle superfici ha due principali funzioni:

- Mantenere e restaurare l'aspetto dando quindi una apparente fiducia nella loro qualità igienica

- Mantenere la contaminazione microbica delle superfici su valori accettabili (8).

Per quanto riguarda le metodiche utilizzate per le superfici esistono due correnti di pensiero entrambe, ovviamente, supportate da sperimentazioni, l'una che propone unicamente l'uso di detergenti, l'altra che è invece favorevole all'uso di disinfettanti. Attualmente sembra prevalere l'ipotesi che l'uso dei tradizionali disinfettanti non migliori sensibilmente il grado di contaminazione rispetto al solo uso di detergenti. L'uso indiscriminato di disinfettanti, soprattutto se a basse concentrazioni, può inoltre favorire l'insorgere di resistenze da parte di ceppi batterici (9; 10). Nuovi disinfettanti a base di composti perossidici utilizzabili anche come vapori, mostrano interessanti proprietà battericide e sporicide (11).

La necessità di un'azione specifica è messa in evidenza dal fatto che le infezioni da *Clostridium difficile* diventano endemiche in molti ospedali, dal momento che le spore restano vitali per molte settimane resistendo all'essiccamento, ai detergenti e a molti disinfettanti chimici. La lunga sopravvivenza sulle superfici, di settimane o anche mesi, non è una esclusiva proprietà dei batteri sporigeni, ma anche di batteri Gram positivi quali *Staphylococcus aureus* meticillino resistenti ed Enterococchi vancomicina resistenti (MRSA e VRE) (12; 13).

Recenti ricerche (14) hanno comparato l'azione di metodiche tradizionali per la sanificazione delle superfici che utilizzano la combinazione deterzione-disinfezione con l'uso di un erogatore di vapore (SaniVap SV

**PAROLE CHIAVE:**

Monitoraggio microbiologico, sale operatorie, microrganismi indicatori

400 A). I risultati ottenuti dimostrano che le due metodiche esplicano una comparabile azione biocida anche se l'uso del vapore sembra preferibile per l'assenza di contaminazione chimica dell'ambiente, per i minori costi e anche perché di più semplice esecuzione. Appare importante la modalità con la quale viene eseguita la pulizia delle superfici. La detersione a secco del pavimento seguita da detersione a umido non produce alcuna significativa riduzione della carica batterica, ma anzi in alcuni casi aumenta significativamente. L'inversione dei due processi di sanificazione causa invece una significativa riduzione della carica batterica (15).

Visto il breve periodo di tempo che intercorre tra la pulizia e il rilevamento (30' circa) questo aumento non è certamente dovuto a moltiplicazione batterica, ma piuttosto appare in relazione al fatto che i microrganismi contenuti in materiale sporco essiccato presente in alcuni punti delle superfici e non rimovibili a secco, vengano successivamente sparsi sull'intera superficie dalla successiva detersione ad umido. L'inversione delle due fasi di pulizia porta invece ad una sensibile riduzione della carica microbica iniziale. Il primo passaggio ad umido solubilizzerebbe gli accumuli di sporcizia e batteri, mentre il successivo passaggio a secco li rimuoverebbe dalle superfici per azione meccanica. Se quanto esposto è estendibile a tutti i reparti ospedalieri, una maggiore attenzione deve essere volta alla valutazione della qualità igienico ambientale delle sale operatorie, da considerare ad alto rischio per quanto riguarda le infezioni ospedaliere.

MATERIALI E METODI

Limitandoci in questa sede ad un maggior approfondimento dell'igiene ambientale delle superfici dobbiamo valutare non solo valori quantitativi della contaminazione ambientale, ma anche prendere in considerazione microrganismi patogeni indicatori di una condizione di potenziale pericolo per l'insorgenza delle infezioni ospedaliere quali *Staphylococcus aureus*, inclusi gli MRSA, il *Clostridium difficile*, un bacillo Gram negativo sporigeno multi resistente, gli Enterococchi vancomicina resistenti (VRE) e le Salmonelle, indici queste ultime di un inquinamento fecale (16).

Le metodiche di rilevazione consentono una valutazione dell'inquinamento ambientale successivo ad ogni intervento operatorio prima delle operazioni di pulizia e dopo tali pratiche di decontaminazione permettendo quindi di valutarne l'efficacia e di comparare tra loro differenti metodiche di pulizie.

a. Scelta dei punti di rilevamento e modalità dell'esecuzione

I punti di rilevamento debbono comprendere il pavimento, le pareti, il tavolo operatorio, l'elettrobisturi, il tavolo servitore (ruote comprese), la lampada sialitica, il computer e quant'altro temporaneamente o stabilmente sia presente all'interno della sala operatoria. Il numero dei punti deve essere sufficientemente esteso da permettere una elaborazione statistica dei dati al fine di valutare l'efficacia delle metodiche di sanificazione e la loro comparazione. La rilevazione deve essere compiuta mediante l'uso di piastre da impronta di 24 cm² contenenti idoneo

terreno agarizzato a secondo dei microrganismi da esaminare. Le piastre vengono appoggiate direttamente sulla superficie da testare per un tempo di circa 10" esercitando una modica pressione. Meglio se, per normalizzare pressione e tempi, si ricorre ad un applicatore per piastre che standardizza tempo e pressione quest'ultima comparabile all'applicazione di un peso di 200 g. Per superfici molto irregolari quali ad esempio la testiera di un computer, una superficie di circa 10 cm² viene campionata mediante un tampone sterile in cotone, inumidito prima dell'uso con soluzione fisiologica, che poi verrà usato per inoculare la superficie agarizzata di una piastra. Il mezzo agarizzato per la conta totale degli aerobi mesofili può essere l'Agar Triptosio a cui viene aggiunto un opportuno neutralizzante a seconda del detergente e/o del disinfettante usato per le pulizie. Le piastre devono poi essere coltivate per 24-48 ore alla temperatura di 36 ± 1 °C. Questa metodica di controllo è attualmente seguita dalla Cooperativa L'Operosa che ha l'appalto per le pulizie del Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna.

b. Metodica Wipe Rinse per la rilevazione di microrganismi indicatori

Si tratta di un saggio qualitativo atto alla rilevazione di microrganismi test quali lo *Staphylococcus aureus* compresi gli MRSA, il *Clostridium difficile* e le Salmonelle. Pannetti sterili delle dimensioni minime 7x7 cm vengono inumiditi con soluzioni fisiologiche. L'operatore, indossando guanti sterili, esegue dei movimenti circolari, esercitando una moderata pressione su di un'area predeterminata della superficie da testare. I pannetti vengono poi arrotolati e introdotti in bottiglie contenenti 10-15 ml di brodo cuore-cervello. Le bottiglie contenenti i pannetti vengono successivamente sottoposte a vortex per recuperare i microrganismi e incubate per una notte a 36 ± 1 °C. Vengono poi ottenute delle subcul-

ture sulla superficie di Mannitol Salt Agar per quanto riguarda la ricerca di *Staphylococcus aureus*, *Clostridium Difficile* Agar Base addizionato da Selectiv Supplement e sangue di cavallo defibrinato per la ricerca dei clostridi e su WRE Agar Base più Vancomicina Supplement per gli Enterococchi vancomicina resistenti. Le salmonelle vengono coltivate su Mac' Conkey Agar. Le colonie non pigmentate vengono sottoposte al riconoscimento enzimatico con API 20E.

Tutte le colonie riconosciute essere di *Staphylococcus aureus* mediante sistemi enzimatici API Staph vengono sottoposte al test della oxacillina per identificare eventuali MRSA.

Per quanto riguarda il *Clostridium difficile*, l'incubazione delle piastre avverrà in anaerobiosi e l'identificazione sarà confermata dalla morfologia dei batteri colorati con metodo Gram, la fluorescenza all'UV e da un test specifico di agglutinazione al lattice.

Il riconoscimento degli Enterococchi verrà fatto in prima istanza dall'esame morfologico dopo colorazione di Gram. L'identificazione della specie si basa sulla metodica enzimatica API 20 Strep. La resistenza alla vancomicina viene valutata con il metodo degli aloni di inibizione della crescita, usando dischetti impregnati con questo antibiotico o con il metodo della minima concentrazione batterica (MBC).

RISULTATI ATTESI

Per quanto riguarda la crescita totale dei mesofili dopo la decontaminazione, essa deve essere $<0,5$ UFC/cm² o $< 2,5$ UFC/cm² secondo i criteri di Standard I o Standard II (17).

Per quanto riguarda lo *Staphylococcus aureus*, compresi gli MRSA, la carica dovrebbe essere < 1 UFC/cm² ma si dovrebbe tendere ad una crescita $<0,1$ UFC/cm² data la più alta qualità di igiene delle superfici richiesta in una sala operatoria.

Non ci sono a nostra conoscenza dati

in letteratura che fissino dei limiti per gli altri microrganismi indicatori (*Clostridium difficile*, Enterococchi vancomicina resistenti e Salmonelle) ma, ovviamente, si deve ottenere dopo la sanificazione o la loro assenza, o cariche equivalenti a quelle accettate per gli *Staphylococcus aureus*.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il monitoraggio microbiologico delle differenti superfici prese in esame in sale operatorie fornisce risultati atti a valutare l'efficace dei metodi di sanificazione usati e del raggiungimento di una qualità igienica accettabile. Valori superiori a 5 UFC/cm² dei mesofili totali indicano di per se stessi un aumentato rischio di infezioni ospedaliere da parte dei pazienti ospedalizzati in quell'ambiente. Ciò dovrebbe conseguentemente portare a rivalutare le modalità e la frequenza delle pratiche di pulizia-disinfezione. Un'alta carica totale microbica suggerisce infatti che la sanificazione sia stata inefficace e, conseguentemente, sia aumenta la probabilità della presenza di microrganismi patogeni particolarmente resistenti alle procedure di pulizia e disinfezione frequentemente responsabili dell'insorgenza di infezioni ospedaliere.

BIBLIOGRAFIA

1. Dancer SJ. Mopping up hospital infection. *J Hosp Infect* 1999; 43: 85-100
2. Macrae MB, Shannon KP, Rayner DM, Kaiser AM, Hoffman PN, French GL. A simultaneous outbreak on a neonatal unit of two strains of multiply antibiotic resistant *Klebsiella pneumoniae* controllable only by ward closure. *J Hosp Infect* 2001; 49: 183-192
3. Rampling A, Wiseman S, Davis L et al. Evidence that hospital hygiene is important in the control of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Hosp Infect* 2001; 49: 109-116
4. Cua A, Lutwick LI. The environment as a significant cofactor for multiply re-

sistant nosocomial infection. *Sem Resp Infect* 2002; 17: 246-249

5. Casewell M, Phillips I. Hands as route of transmission of *Klebsiella* species. *BMJ* 1977; 2: 1315-1317

6. Dancer SJ. Hospital-acquired infection: is cleaning the answer? *CPD Infect* 2002; 3: 40-46

7. Dharan S, Mourouga P, Copin P, Besmer G, Tschanz B, Pittet D. Routine disinfection of patient's environmental surfaces. Myth or reality? *J Hosp Infect* 1999;42: 113-117

8. Collins BJ. The hospital environment: how clean should a hospital be? *J Hosp Infect* 1998; 11: 53-56

9. Dettenkofer M, Spencer RC. Importance of environmental decontamination- a critical view. *J Hosp Infect* 2007; 65: 55-57

10. Maillard JY. Bacterial resistance to biocides in the healthcare environment: should it be of genuine concern? *J Hosp Infect* 2007; 65: 60-72

11. Dettenkofer M, Block C. Hospital disinfection: efficacy and safety issues. *Curr Opin Infect Dis* 2005; 18: 320-325

12. Shapely S, Machin K, Levi K, Boswell. Activity of a dry mist hydrogen peroxide system against environmental *Clostridium difficile* contamination in elderly care wards. *J Hosp Infect* 2008; 70: 136-141

13. Boyce JM. Environmental contamination makes an important contribution to hospital infection (Abstract). *J Hosp Infect* 2007; 65 (Suppl 2): 50-54

14. Morrone G, De Lorenzi S, Finzi G, Cugini P, Barrai I, Mosca B. Comparazione tra differenti metodiche di sanificazione in sale operatorie: Uso di detergenti disinfettanti o vapore? *L'OSPEDALE* 2008; 3: 90-93

15. De Lorenzi S, Finzi G, Parmiggiani R, Cugini P, Cacciari P, Salvatorelli G. Comparison of floor sanitation methods. *J Hosp Infect* 2006; 62: 346-348

16. Dancer SJ. How do we assess hospital cleaning? A proposal for microbiological standards for surface hygiene in hospitals. *J Hosp Infect* 2004;56: 10-15

17. Griffith CJ, Obee O, Cooper RA, Burton NF, Lewis M. The effectiveness of existing and modified cleaning regimens in a Welsh hospital. *J Hosp Infect* 2007; 66: 352-359

“I primi risultati dell’analisi conoscitiva sulla organizzazione della sterilizzazione negli ospedali italiani”

Riassunto

Il presente lavoro descrive i risultati preliminari di un progetto promosso da un gruppo di ricercatori delle società scientifiche ANMDO e SIAIS, AIOS con lo scopo di effettuare una valutazione dei requisiti minimi di accreditamento del processo di sterilizzazione dei dispositivi medici ospedalieri. Viene descritto il percorso seguito per l’elaborazione dell’indagine che ha comportato anche la redazione di uno strumento strutturato per l’audit di processo e la elaborazione della relativa metodologia che sarà poi da utilizzarsi durante gli interventi di sorveglianza sanitaria a cura di un gruppo di lavoro multi professionale. 75 ospedali, afferenti alle tre aree geografiche del territorio nazionale e rappresentativi dell’11% degli ospedali pubblici hanno risposto al questionario. Ciò che emerge da questi primi dati è un quadro che vede gli ospedali prediligere la gestione diretta del processo di sterilizzazione e la presenza di una modalità organizzativa “distribuita” nell’ambito delle sale operatorie (sub centrali di sterilizzazione): solo nel 21,3% dei casi è presente esclusivamente una centrale di sterilizzazione. La pratica della esternalizzazione (out sourcing) del servizio di sterilizzazione è attuata in maniera limitata per la sterilizzazione a vapore mentre risulta essere la modalità di gestione prevalente per la metodica di sterilizzazione con l’ossido di etilene.

Giuseppe Paladino*, **Angelo Conti****, **Claudio Lazzari*****,
Daniela Pedrini****, **Gianfranco Finzi*******

*Direzione Unità Operativa Igiene ed Organizzazione dei Servizi Sanitari, Azienda USL 6 - Livorno

**Servizio Patrimonio ed Attività Tecniche Istituti Ortopedici Rizzoli, Bologna

***Direzione Medica Ospedaliera - Az. Osp. Universitaria, Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna” a
“Organizzazione Medica - Dipartimento Materno Infantile”, Azienda USL di Bologna

****Coordinamento Attività Tecniche Integrate - Az. Osp. Universitaria, Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna

*****Direzione Medica Ospedaliera - Az. Osp. Universitaria, Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna

INTRODUZIONE

Il processo di sterilizzazione dei dispositivi medici (DM) rappresenta da sempre una delle principali attività legate alla sicurezza infettiva dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. In questi ultimi anni altre rilevanti esigenze hanno enfatizzato il ruolo della sterilizzazione nell’ambito delle attività strategiche degli ospedali. Esse sono riferibili alla Eticità del rapporto con il malato, all’Esigenza di sicurezza del paziente, alla Esigenze relativa alla responsabilità dei professionisti e dell’ospedale nei confronti

dei servizi offerti al paziente, alla Esigenza legata alla tutela medico legale dei professionisti che rispondono in prima persona dei fenomeni della cosiddetta malasanità, alla Esigenza tesa al contenimento del contenzioso con gli utenti, così come alla Esigenza di ridurre la degenza ospedaliera: ogni infezione aumenta in maniera significativa la degenza ospedaliera dei pazienti. Non va dimenticata la necessità di rispettare ed agire in conformità alla normativa vigente in materia di sterilizzazione che diventa sempre di più puntuale e cogente. Va inoltre tenuto presente che sempre

più va diffondendosi la pratica della esternalizzazione (out sourcing) del servizio di sterilizzazione. Tale fenomeno configura una realtà nuova che merita un approfondimento non solo in termini di ricadute economiche per le aziende sanitarie, ma anche in termini di qualità del servizio di sterilizzazione e di pertinente allocazione delle responsabilità medico legali. A tale proposito il contesto nazionale (ma non solo) si caratterizza per luci ed ombre in merito alle quali un gruppo di ricercatori si è posto l’ambizioso obiettivo di effettuare una ricognizione strutturata in grado di descrivere, seppur su base rappresentativa, per la prima volta la situazione italiana in materia di sterilizzazione ospedaliera. La necessità di una prima ricognizione nazionale che serva per poi poter effettuare un confronto anche di dimensione sovra nazionale, è una esigenza non solo dei singoli ospedali e dei professionisti che in essi vi lavorano, ma anche delle Regioni e dello stesso Ministero della Salute.

MATERIALI E METODI

Il progetto si è posto l’obiettivo di effettuare una ricognizione a livello nazionale sul processo di sterilizzazione dei dispositivi medici degli ospedali italiani. Analizzare in particolare le modalità organizzative adottate, le risorse impiegate, il rispetto della normativa vigente ed il livello di conformità esistente nei diversi nosocomi, segmentati per tipologia, area geografica, dimensione, etc. Inoltre il progetto di ricerca è stato finalizzato a consentire agli ospedali che hanno partecipato all’indagine conoscitiva di

**PAROLE CHIAVE:**

Carta di controllo, Sterilizzazione, Sorveglianza Sanitaria, Dispositivo medico

Parte 1. Caratteristiche dell'Ospedale

Tipologia del Presidio	IRCCS pubblico <input type="checkbox"/> IRCCS privato <input type="checkbox"/>	Azienda ospedaliera <input type="checkbox"/> Presidio di ASL <input type="checkbox"/>	Presidio Privato <input type="checkbox"/>
Ubicazione Geografica	Nord <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Sud <input type="checkbox"/>
Posti letto ordinari	N°	Di cui chirurgici	N°
Posti letto day hospital	N°	Di cui day surgery	N°

Parte 2. Modalità organizzative adottate

Quale modalità organizzativa è stata scelta per la sterilizzazione dei dispositivi medici ?	Centrale di sterilizzazione unica <input type="checkbox"/>	Sub centrali di sterilizzazione nelle sale operatorie <input type="checkbox"/>	Modalità mista (sia centrale che sub centrali) <input type="checkbox"/>
Il servizio è gestito	Con personale interno (in sourcing) <input type="checkbox"/>	Con personale di ditta privata (out sourcing) <input type="checkbox"/>	Con personale sia interno che esterno <input type="checkbox"/>
Quante autoclavi a vapore sono presenti nell'ospedale?	Indicare il numero _____		
Sono presenti autoclavi a gas plasma in ospedale ?	Sì <input type="checkbox"/>	Se "Sì" quante sono ? Indicare il numero _____	No <input type="checkbox"/>
Viene effettuata la sterilizzazione con ossido di etilene?	Sì <input type="checkbox"/>	Se "Sì" viene effettuata dentro l'H <input type="checkbox"/> fuori dall' H <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cosa viene sterilizzato?	Solo ferri chirurgici <input type="checkbox"/>	Solo tessile <input type="checkbox"/>	Sia ferri che tessile <input type="checkbox"/>
Chi sovrintende alla sterilizzazione avendone la responsabilità ?	Specificare la struttura operativa _____		
Numero professionisti dedicati al 100% all'attività di sterilizzazione.	Infermieri N° _____	OSS /OTA / Ausiliari N° _____	Altre professionalità N° _____

Figura a. Questionario per l'indagine conoscitiva del processo di sterilizzazione

effettuare una preliminare autovalutazione che consentisse loro di analizzare la propria realtà e ricevere successivamente un riscontro da valuta-

re anche in confronto ad altri ospedali simili (tecnica del benchmarking). Non ultimo si è inteso predisporre la redazione di un documento che de-

scrivesse in forma chiara la situazione esistente e consentisse agli organi sovra ordinati (Ministero e Regioni) di avere una visione esaustiva della

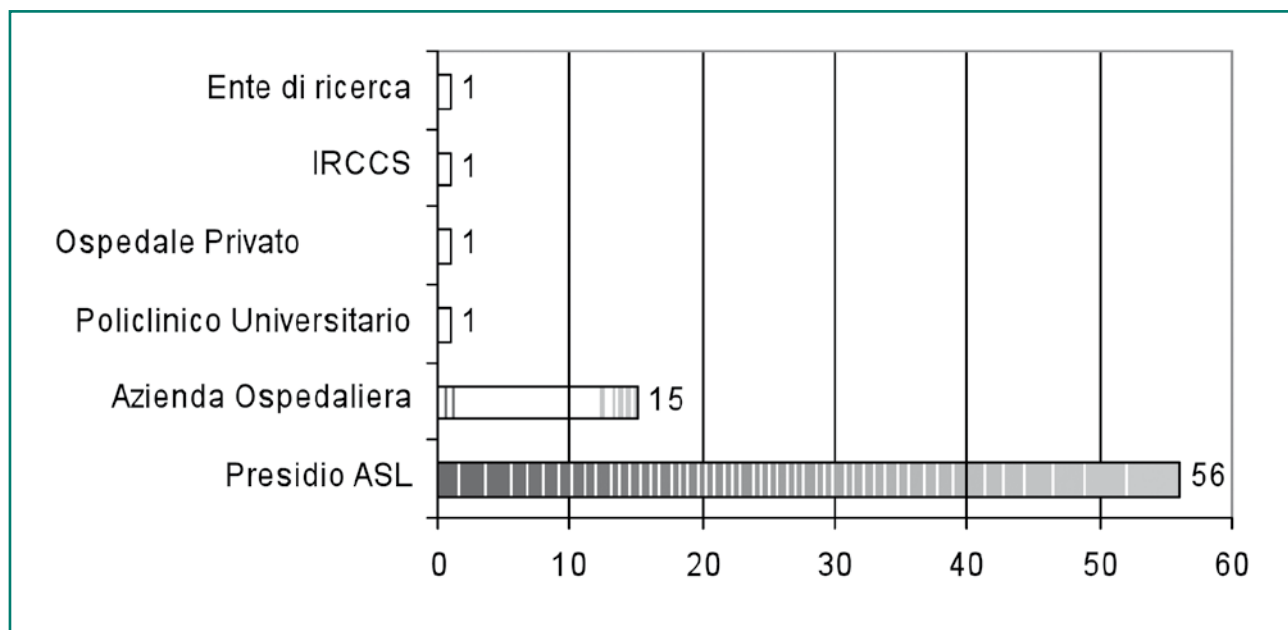


Figura b. Tipologia dei presidi ospedalieri

realtà presente nel nostro paese. Tale opportunità rappresenta un valore aggiunto anche per tutti quegli altri attori (aziende private, mass media, tecnici della sicurezza, etc.) che si occupano per ragioni professionali di sanità. Il progetto è stato articolato in varie fasi. Nella prima fase i ricercatori hanno redatto un questionario preliminare discusso nell'ambito di diverse occasioni congressuali. A seguire è stata redatta la versione definitiva del questionario poi divulgato tra ospedali di diversa tipologia al fine di consentire una rappresentatività del contesto

nazionale esaustivo e coerente con la situazione realmente presente nel servizio sanitario nazionale. I questionari, una volta compilati, sono stati successivamente raccolti e aggregati per creare una banca dati strutturata e predisposta per una successiva analisi. Per raggiungere tale obiettivi il gruppo di ricercatori ha predisposto un questionario costituito da 2 Parti (vedi [Figura a](#)) la prima relativa alle caratteristiche dell'ospedale e la seconda relativa alle modalità organizzative adottate. Il questionario è stato diffuso tra gli ospedali italiani riceven-

do una adesione da parte dell'11,1% dei nosocomi pubblici. Hanno aderito ospedali di diversa natura come riportato in [Figura b](#).

La provenienza per area geografica nazionale è stata per 50,7% dal nord, per il 25,3% dal centro, per il 6,7% dal sud e per il 17,3% dalle isole (vedi [Figura c](#)). Il dettaglio della afferenza regionale è descritto in Tabella 1.

Il questionario è stato diffuso nel secondo semestre del 2007 e riconsegnato, da parte degli ospedali che avevano aderito alla iniziativa, ai ricercatori nel primo semestre 2008. Le elaborazioni sono state effettuate nell'ultimo scorcio dell'anno 2008. I risultati sono riferiti all'anno solare 2006.

RISULTATI

Dall'analisi dei dati raccolti con la metodologia sopra descritta ed elaborati dal gruppo di ricerca, è emerso che gli ospedali (69 su 75 pari al 92% del campione) prediligono la gestione diretta del servizio di sterilizzazione anche se comunque 18 dei 69 ospedali (24% del campione) gestiscono parte del servizio di sterilizzazione

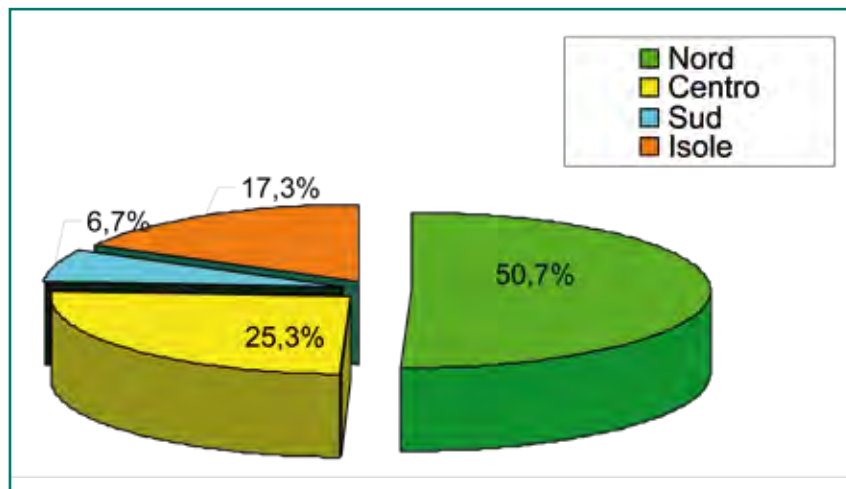


Figura c. Ripartizione geografica del campione

REGIONE	Numero di Ospedali che hanno risposto	Percentuale sul Totale
Piemonte	17	22,7%
Veneto	14	18,7%
Emilia Romagna	9	12,0%
Sardegna	9	12,0%
Toscana	6	8,0%
Sicilia	4	5,3%
Liguria	3	4,0%
Fiuli V.G	2	2,7%
Marche	2	2,7%
Basilicata	2	2,7%
Abruzzo	1	1,3%
Calabria	1	1,3%
Campania	1	1,3%
Lazio	1	1,3%
Lombardia	1	1,3%
Molise	1	1,3%
Valle d'Aosta	1	1,3%
TOTALE	75	100%

Tabella 1. Provenienza regionale degli ospedali

Tecnica di sterilizzazione	Out Sourcing	%	In Sourcing	%	Mista	%	Non segnalato	%
Vapore saturo	4	5,3	66	88,0	4	5,3	1	1,3
Gas Plasma H2O2	4	5,3	23	30,7	0	0,0	48	64,0
Ossido di etilene	17	22,7	1	1,3	0	0,0	57	76,0
Ac. peracetico	2	2,7	32	42,7	0	0,0	41	54,7

Tabella 2. Modalità di gestione delle diverse tecniche di sterilizzazione

affiancati da un partner esterno. I dati confermano che sono ancora presenti le cosiddette “sub centrali di sterilizzazione” all’interno delle Sale operatorie. Tale fenomeno si riscontra nel 77,3% degli ospedali che hanno risposto (58 ospedali su 75). Solo nel 21,3% dei casi è presente esclusivamente una vera e propria centrale di sterilizzazione. Il Vapore saturo è la tecnica più utilizzata che, come per il Gas Plasma e l’Acido per acetico, viene gestita per lo più con risorse e personale interne mentre per l’Ossido di Etilene gli ospedali preferiscono

l’Out sourcing (Tabella 2).

C’è da segnalare che molti ospedali non hanno fornito risposte sulle modalità organizzative di gestione del Gas plasma, dell’Acido per acetico e sull’Ossido di etilene: una risposta così limitata che ha riguardato più della metà degli ospedali indagati non può che essere interpretato che come un utilizzo marginale di tali tecniche di sterilizzazione. Va comunque sottolineato che sarà necessario un ulteriore approfondimento per la corretta interpretazione di tale fenomeno. Quanto alla gestione in termini di “Re-

sponsabilità” operative e legali della sterilizzazione ospedaliera, i risultati conseguiti confermano che spesso tale responsabilità non è chiaramente allocata. Oltre al fatto che una significativa percentuale di ospedali non hanno risposto a tale item (36%) si osserva che, per chi ha risposto al quesito, la responsabilità viene allocata a figure professionali le più diverse da vanno dall’infermiere su fino al direttore sanitario aziendale a conferma della variabilità organizzativa presente negli ospedali nazionali (vedi Tabella 3). Le risorse umane

Figura Professionale	Ospedali che hanno risposto all'item	Risposta in percentuale sul totale
Infermiere	22	29,3%
Dirigente medico	12	16,0%
Direttore Medico di Presidio	10	13,3%
Direttore Sanitario	4	5,3%
Non segnalato	27	36,0%
TOTALE	75	100,0%

Tabella 3. Responsabile aziendale del processo di sterilizzazione

assegnate univocamente al servizio di sterilizzazione ospedaliera sono presenti in pochi ospedali per lo più in quelli che hanno una centrale di sterilizzazione, mentre la regola sembra essere che chi sterilizza è il personale che di solito lavora all'interno delle sale operatorie.

DISCUSSIONE

I risultati emersi dalla indagine conoscitiva, testimoniano della esigenza, che è presente in tutti gli ospedali nazionali, di un confronto tra pari al fine di introdurre logiche di miglioramento dei processi produttivi. La "consapevolezza" è sempre il primo passo verso la qualità e poter fare tale percorso nell'ambito di un network professionale coerente, rappresenta un valore aggiunto rilevante. Poter conoscere e confrontare i diversi modelli organizzativi adottati anche alla luce delle modalità emergenti in materia di esternalizzazione dei servizi, rappresenta per i professionisti una formidabile occasione di crescita professionale e di consapevolezza del proprio ruolo e delle proprie responsabilità. L'indagine conoscitiva ha dato corpo a quello che è un po' il "sentire comune" come ad esempio il fatto che la gestione diretta della sterilizzazione è quella più utilizzata nel pubblico in particolare per la sterilizzazione a vapore o che la sub

centrale di sterilizzazione è la modalità organizzativa prevalente. Ha fatto però altresì emergere chiaramente quali aree critiche sono da monitorare con attenzione: ad esempio la necessità di una formazione specifica degli addetti, che troppo spesso sono ancora operatori che dedicano solo parte del loro tempo a tale attività, la necessità di una chiara allocazione delle responsabilità nel campo della sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili oltre all'esigenza di fornire una chiara consapevolezza del proprio ruolo ai diversi professionisti.

CONCLUSIONI

Il progetto ha costituito una favorevole opportunità per tutti i protagonisti che hanno aderito al progetto di analisi conoscitiva svolta sulla organizzazione della sterilizzazione negli ospedali italiani. In particolare per le società scientifiche che hanno promosso l'indagine conoscitiva (ANMDO e SIAIS) ha rappresentato l'occasione per consolidare la loro funzione di punto di riferimento per le Direzioni Sanitarie Ospedaliere in materia di sterilizzazione dei dispositivi medici. Agli OSPEDALI coinvolti, ricordando che le tematiche affrontate sono di grande attualità e di rilevante importanza strategica, si è offerta la opportunità di effettuare una autovalutazione sul processo di sterilizzazione e al tempo

stesso, con la garanzia dell'anonimato, di confrontarsi con altri ospedali su tale tematica. La adesione a tale progetto può essere utilizzata dagli ospedali, come "evidenza" della attenzione alle attività di risk management della direzione aziendale. Per il MINISTERO DELLA SALUTE così come per le REGIONI cui fanno riferimento gli ospedali, l'indagine potrà servire per ricevere una informativa strutturata ed esaustiva del panorama nazionale in materia di sterilizzazione. I risultati consentiranno la redazione e la pubblicazione di articoli sulla sperimentazione. Tale iniziativa preannuncia l'intenzione di redigere una sorta di "libro bianco", per la prima volta disponibile in Italia su tale argomento, a favore del Ministro della Salute, degli Assessorati regionali alla sanità e per quanti altri si occupano del settore. L'intendimento finale è quello di promuovere la divulgazione delle informazioni raccolte al fine di migliorare il livello di consapevolezza e consentire al tempo stesso un benchmarking, utile ai fini del miglioramento continuo.

BIBLIOGRAFIA

H. Denver. "Recommended practices for sterilization in perioperative practice settings," in AORN, Inc, Standards, Recommended Practices, and Guidelines 2001; 309-318

G. Finzi, et al. "Linee guida per la convalida della sterilizzazione in Ospedale". Società Italiana di Igiene, Medicina preventiva e sanità pubblica. Gruppo Italiano studio Igiene Ospedaliera. 1999

"Guideline for Prevention of Surgical Site Infection" Center for Disease Control, Atlanta, U.S.A., 1999

G. Paladino, F. De Marco. "Verifica dei requisiti di accreditamento del processo di sterilizzazione a vapore dei dispositivi medici: proposta di una check-list di controllo". Rivista Gestione e Formazione, n°2/2005; 8-16

La Direzione Ospedaliera: Parte o Controparte?

Riassunto

Con la riforma sanitaria 833/78 viene istituito il SSN.

Da questa legge quadro, prendono origine con normative successive, le modifiche istituzionali che portano di fatto alla regionalizzazione dei Servizi Sanitari e Socio Assistenziali.

Lo scenario che ad oggi ne emerge, per la stessa dirigenza medica, non appare lineare, in particolare per le Direzioni Sanitarie, in quanto, in un contesto di aziendalizzazione formale e di un contratto di lavoro nazionale, rimangono scarsamente delineati ruoli e competenze, affidati ai Piani Sanitari Regionali ed ai Piani Attuativi Locali (P.A.L.) ed all'Atto Aziendale delle singole Aziende.

Poichè si intersecano costantemente le competenze scientifiche con quelle gestionali in un quadro di strategia politica, diviene necessario rafforzare una componente sindacale della professione, in grado di essere presente anche nei tavoli di concertazione regionale ed aziendale.

Marco Bertozzi

Direzione Sanitaria Ospedaliera, ASL 2 Perugia

Con la legge n.833 del 23/12/1978 si concretizza una svolta storica nella assistenza sanitaria in quanto si istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N) garantendo a tutti i cittadini un diritto alla salute omogeneo ed egualitario.

Tale normativa arriva dopo una svolta culturale ed istituzionale che parte dalla fine degli anni '60 e si delinea negli anni '70.

Nascono in questo periodo le Regioni e si impone una cultura che possiamo definire di "bisogno sanitario" la quale integra il momento curativo con la prevenzione, la riabilitazione, l'educazione sanitaria.

Successivamente a tale riforma, vengono promulgate negli anni '90, una cospicua messe di normati-

ve (Decreto delegato 421/92, D. Lgs. 502/92, D.Lgs.517/93, D.Lgs 29/93, D.Lgs.229/99 e altri successivi di modifica ed integrazione) che portano alla aziendalizzazione della Sanità.

Non ultima ed importante è la legge 1.2.2006 n.43 che regolamenta le professioni sanitarie, infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione.

In realtà si assiste, oggi, ad un complicatissimo intreccio di norme, di natura anche a volte contraddittoria, che non chiariscono affatto la disciplina del rapporto di lavoro con la Pubblica Amministrazione.

Si pensi, ad esempio, come questo rapporto di lavoro sia regolato

ancora da contratti collettivi ma che su di essi insista successivamente il contratto individuale dove, però, non è possibile nessun margine negoziale reale.

Tralasciando tutti i principali ulteriori commenti, che darebbero spazio ad un trattato di Diritto Amministrativo, probabilmente articolato in numerosi tomi, è opportuno chiarire e chiarirci la sostanza reale dove esercitare la nostra professione e valorizzare i ruoli. La base di partenza è il quella del D.vo 502/1992.

In esso è definito che gli Ospedali, non costituiti in Azienda Ospedaliera, sono Presidi della Azienda Sanitaria Locale.

Essi hanno una relativa autonomia a livello della dirigenza, avvalendosi di un Dirigente Medico responsabile delle funzioni igienico-organizzative e di un Dirigente Amministrativo responsabile della gestione amministrativa.

Questi dirigenti hanno un curriculum definito dalla legge; in particolare quello medico deve (o dovrebbe) provenire dalla carriera igienistica.

Meno chiaro è l'assetto dell'ospedale all'interno della Azienda Sanitaria Ospedaliera.

In questo caso pur prevedendosi un Direttore Sanitario di Azienda, non si chiarisce esplicitamente il ruolo della Direzione Sanitaria Ospedaliera come tale, per cui troviamo regionalmente delle situazioni differenti.

Se comunque è chiaro ed esplicito il D.vo 502 e succ.vi, rimane indefinita l'organizzazione a cascata

**PAROLE CHIAVE:**

Leggi di Riforma Sanitaria, Figure della Dirigenza Sanitaria Ospedaliera, Gestione Tecnica e Gestione Manageriale

della Direzione di Presidio, la cui articolazione rimane in ultimo affidata alle previsioni aziendali, (ed in molti casi regionali), soprattutto con lo strumento delle graduazioni delle funzioni.

Il tutto, si muove, in uno scenario in cui le varie figure di medici, veterinari, chimici, biologi, psicologi, sono inquadrati, a prescindere dall'effettivo esercizio di attività dirigenziali, come dirigenti, in un unico ruolo, dove l'apicalità è determinata di volta in volta dall'azienda, con contratti a termine.

In un assetto così articolato, che vede un intreccio di difficile definizione, diviene indispensabile riuscire a non perdere la strada maestra della professionalità di Direzione Sanitaria Ospedaliera. In primis la sostanza di una solida preparazione scientifica e di reit tecnica (non a caso si parla di Direzione e tecnica ospedaliera) deve essere il motore trainante della formazione igienistica.

Solo con una solida preparazione si riafferma la indispensabilità di una figura centrale nella organizzazione e gestione dell'ospedale. L'ospedale è sempre più un mondo complesso a forte connotazione scientifica, dove i compiti assistenziali si integrano con la ricerca, l'innovazione, l'acquisizione costante di nuova tecnologia, la ricerca di professionisti in formazione permanente.

Contestualmente, diviene necessario, sviluppare una cultura con forti contenuti manageriali, sapendo però, che Manager si è e

difficilmente si diventa.

Una caratteristica, infatti, della managerialità è la capacità di avere sempre presente una visione dell'insieme anche per sviluppare l'asse portante di quella che oggi è definita Clinical Governance; la necessità di un percorso professionale orientato non solo alla singola crescita ma alla visione dei servizi nel loro complesso.

La ridefinizione dei ruoli non deve far perdere di vista l'opportunità di essere, in alcune situazioni, controparte nei confronti della Amministrazione, sviluppando un rapporto sindacale ed unitario con le rappresentanze di tutti gli altri profili, soprattutto nei momenti centrali delle applicazioni contrattuali e nella elaborazione dei Piani ed Atti aziendali.

È necessario ricordare, come la contrattazione collettiva sia articolata su 2 livelli:

il Contratto Collettivo Nazionale (CCNL E CCNQ) Livello Nazionale ed il Livello cosiddetto locale, integrativo o decentrato (territoriale-aziendale), così come normato dal D.lgs 165/01.

La contrattazione nazionale, ai sensi del decreto, è affidata all'ARAN (Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni).

L'ARAN ammette al tavolo delle trattative solo quelle organizzazioni sindacali che abbiano una rappresentatività numerica non inferiore al 5%.

Da questo discende la necessità di avere una consistenza nazionale e territoriale numericamente

significativa, fatto che si può raggiungere attraverso intese solide con altri soggetti.

In tal senso i medici che operano nelle Direzioni Ospedaliere, hanno oggi la possibilità di essere parte della più vasta area della Direzione Sanitaria, ma anche controparte nei confronti delle Direzioni Generali, soprattutto nei momenti decisionali, sviluppando autorevolmente un ruolo sindacale e portando, come valore aggiunto, un forte ed autorevole percorso formativo.

Questo ruolo, si deve esplicitare a partire dai tavoli nazionali, a scendere su quelli regionali ed aziendali, utilizzando tutti gli strumenti concessi dalla normativa vigente ed entrando a pieno titolo nelle delegazioni trattanti.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV.Riforma Sanitaria-introduzione di M.S.Giannini, Edime 1980

Nicola Gasparro – Manuale del medico dirigente: Il Sole 24 ore,2006.

Carmine Gigli,Il nuovo contratto di lavoro, GYNECO-AOGO1,n3/4 2005

G.Finzi-U.I.Aparo-U.Moscato-D.Pedri- G.Pellisero-G.Ricciardi-E.Sesti-C. Signorelli, Governo e gestione dell'Igiene nelle strutture sanitarie,Il Pensiero Scientifico Editore,2006

A.Montemarano-La privatizzazione del Pubblico Impiego,Pirola,1999

Quando un vecchio teatro operatorio va in pensione e se ne apre uno nuovo

Riassunto

Nel 2010 verrà inaugurato il Nuovo Ospedale di Bergamo "Beato Giovanni XXIII". Questo lavoro è una ricerca di senso all'interno della metafora tra ospedale e teatro. L'architettura "pesante" che caratterizza il vecchio ospedale di Bergamo contrasta con i principi che hanno ispirato la costruzione del nuovo ospedale. Un diverso modello organizzativo clinico assistenziale, basato sulla intensità delle cure, fa da sfondo ad un'attività di sala operatoria profondamente rivisitata che potrà avvantaggiarsi anche di soluzioni tecnologiche innovative. Il lavoro si chiude interrogandosi sulle caratteristiche del teatro operatorio del XXI secolo. Le dieci regole dell'Institute of Medicine forniscono utili indicazioni per discriminare tra un vecchio e un nuovo approccio culturale.

Claudio Sileo*, Mauro Maiandi**

*Direzione Generale Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Bergamo

**Ufficio Epidemiologia Direzione medica di presidio e Direzione professioni sanitarie A.O. Ospedali Riuniti Bergamo

INTRODUZIONE

Nel 1930, a soli tre anni dalla posa della prima pietra, la Principessa di Piemonte inaugurò l' "Ospedale Maggiore". A distanza di 80 anni, nel 2010, verrà inaugurato il nuovo ospedale di Bergamo "Beato Giovanni XXIII".

"Quanto è magico entrare in un teatro e vedere spegnersi le luci. Non so perché. C'è un silenzio profondo, ed ecco che il sipario inizia ad aprirsi..."¹ La citazione del regista David Lynch, che richiama in modo efficace l'atmosfera incantata che accompagna l'apertura del sipario all'inizio di un lavoro teatrale, evoca la stessa magia che oggi circonda l'allestimento della nuova "pièce teatrale" che andrà in scena a breve nel nuovo ospedale di Bergamo. La complessità delle attività che ruotano attorno alla costruzione di

un nuovo grande ospedale ha ispirato questo lavoro: una ricerca di senso all'interno della metafora tra ospedale e teatro.

Iniziamo da una prima considerazione di ordine generale soffermandoci sull'architettura degli attuali "Ospedali Riuniti di Bergamo" che, nell'insieme, non presenta sostanziali variazioni architettoniche dall'edificio costruito nel 1930, anche se importanti lavori di aggiornamento in questi anni ne hanno profondamente modificato le caratteristiche funzionali. Rimane però l'impronta architettonica originale che riflette i canoni della "Modernità pesante" come scrive Z. Bauman⁶, con il predominio dello "spazio" sul "tempo" di cura: l'organizzazione a padiglioni, le separazioni dei letti nelle divisioni, la rigida appartenenza delle sale operatorie ai reparti, la compartimentazione delle profes-

sioni, degli spazi e dei tempi.

In modo significativo ritroviamo alcuni di questi elementi nell'architettura del moderno teatro del 900 italiano "impostato su una suddivisione di spazi in funzione di una società fondata sulla distinzione delle classi sociali ..." ¹ (Luciano Damiani), dove sono ugualmente evidenti gli elementi che caratterizzano la modernità pesante: la struttura a campana, la stratificazione del teatro nei palchi, le separazioni, la rigidità del proscenio e le dimensioni pesanti che accompagnano gli arredi.

MATERIALI E METODI

Ma, come scrive lo scenografo Maurizio Balo "C'è un grande scarto ormai tra le potenzialità della progettazione scenografica e le architetture teatrali e le condizioni produttive che dovrebbero accoglierla ..." ¹, questo "scarto" negli "Ospedali Riuniti" è subito evidente nei lavori che hanno radicalmente modificato la struttura del nostro teatro operatorio che oggi dispone di moderni blocchi in cui "recitano ogni giorno la loro parte" più di 300 professionisti di sala e oltre 100 malati.

L'attività di sala operatoria ai Riuniti di Bergamo, Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione, si qualifica anche per l'alto numero di trapianti di organo solido. Dal 1985 al 2008 sono stati registrati 416 donatori multiorgano e sono stati effettuati 770 trapianti di cuore, 761 trapianti di fegato, 679 trapianti di rene, 40 trapianti di pol-

**PAROLE CHIAVE:**

Architettura, Nuovo Ospedale, Teatro Operatorio, Governance



Fig. 1: Nuovo Ospedale di Bergamo. Vista di una torre e della Hospital Street

mone e 3 di intestino pediatrico. Nel 2010 questo teatro andrà in “pensione”. Un nuovo grande teatro sta per essere ultimato e, per avere una prima sommaria misura delle dimensioni di quest’ultimo, è sufficiente osservare che il cantiere si estende su una area di 329.000 mq con una superficie edificabile di 229.000 mq e una volumetria massima realizzabile fuori terra di 600.000 mc. E’ qui che ogni giorno si avvicendano sul cantiere più di 400 operai e, dall’inizio dei lavori ad oggi, si sono contate circa 130.000 presenze, pari agli abitanti di una grande città!

RISULTATI

“Perché il teatro possa esistere ci vuole prima di tutto l’idea”¹, scrive lo scenografo Jean-Guy Lecat. E l’idea che ha ispirato la gara europea per la costruzione del nuovo ospedale “Beato Giovanni XXIII” è stata quella di un modello organizzativo clinico assistenziale

basato sulla intensità delle cure, dove il nuovo teatro operatorio risaltasse sullo sfondo di una organizzazione clinico assistenziale profondamente rivisitata grazie al contributo di tutti i professionisti che in questi anni hanno operato nell’azienda.

Come l’architettura dei grandi teatri contemporanei ridisegna lo

spazio scenico e modula spazi e funzioni di polo culturale, così anche questo nuovo teatro operatorio disporrà di macchine del proscenio altamente tecnologiche e metterà in scena interventi di alta complessità, usufruendo di nuovi spazi che ridisegneranno i percorsi della ricerca e dell’accoglienza.

L’impostazione architettonica del progetto del nuovo ospedale scaturisce dall’esigenza di porre tutte le parti funzionali dell’Ospedale a distanze equivalenti in orizzontale e/o in verticale dall’origine dei flussi prevalenti e più impegnativi dei pazienti: il Pronto Soccorso e l’accettazione.

Questo consente di ottimizzare le distanze e di ridurre le superfici destinate ai percorsi.

L’esigenza imprescindibile di una “umanizzazione” tesa ad un’ottimale “visibilità e vivibilità” esterna ed interna del complesso Ospedaliero, hanno condotto ad una soluzione volumetricamente articolata, a sviluppo prevalentemente orizzontale e caratterizzata da una corona esterna di corpi di degenze (le Torri), interconnesse con un corpo centrale costituito da

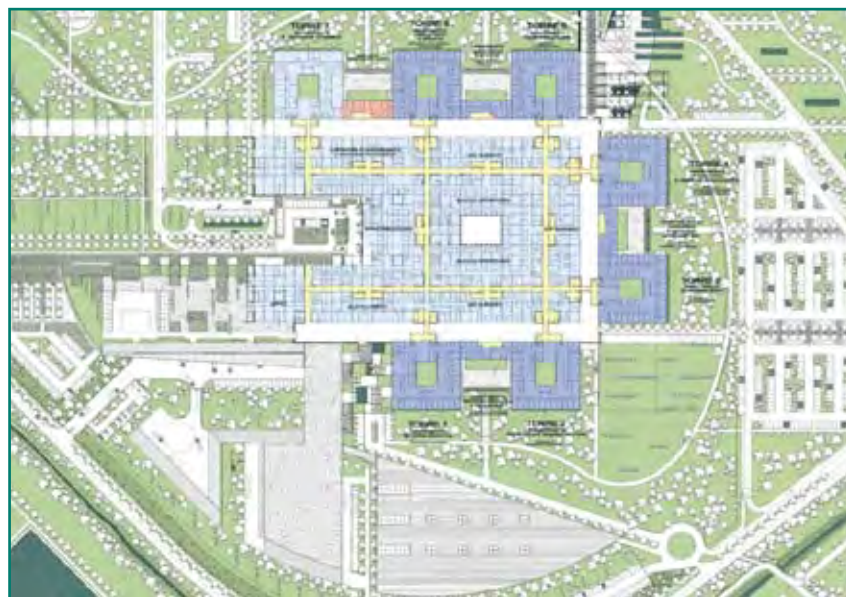


Fig. 2: Planimetria Nuovo Ospedale di Bergamo



Fig. 3: Vista sul cantiere (Ottobre 2008) a cui è stata sovrapposta la planimetria della piastra operatoria



Fig. 4 Planimetria della piastra operatoria

tre grandi piastre. Il progetto del nuovo ospedale è quindi contraddistinto da 3 elementi principali:

- a. il complesso dei servizi di diagnosi e cura dell'area critica e del quartiere operatorio, organizzato all'interno di una piastra centrale volumetricamente articolata su tre livelli;
- b. i corpi distinti delle degenze, al-

ti 5 piani, disposti lungo tre lati della piastra, al piede dei quali sono distribuiti gli ambulatori per i pazienti esterni;

- c. i tre rami della "Hospital Street" che connettono degenze, ambulatori, servizi e piastra centrale.²

La piastra operatoria è ubicata

al secondo piano dell'edificio ed è costituita da 36 sale operatorie distinte all'interno di 6 blocchi.

La piastra è complanare con l'area del pronto soccorso ed è interconnessa con i reparti di degenza, ubicati nelle sette torri che la circondano, e l'Area Critica.

La piastra è suddivisa in 6 aree: Blocco Chirurgico principale, Day-surgery e One Day surgery, Quartiere Parto, Emodinamica, Recovery room, Accoglienza.

Il settore della Day Surgery e della One Day surgery, dove si effettueranno procedure di chirurgia minore, è costituito da tre blocchi dotati di 4 sale operatorie e di degenza con 18 posti letto ciascuno.

La Recovery Room ha una dotazione impiantistica per 15 posti letto e consentirà l'osservazione del paziente nella fase post operatoria, garantendo una maggiore appropriatezza nel percorso del paziente di area critica.

Il quartiere Parto, che si compone di otto sale travaglio parto, due sale operatorie, un'area per l'osservazione e un'area visita, è un blocco funzionalmente autonomo, ma complanare al Pronto Soccorso e al Quartiere operatorio principale per ottimizzare la tempistica di accesso in regime di emergenza.

L'area dell'Emodinamica si compone di quattro sale di angiografia per attività di diagnostica interventistica ed elettrofisiologia e dispone di una sala predisposta per accogliere un laboratorio magnetico.

Il blocco chirurgico principale, posto al centro della piastra, è destinato ad interventi di maggior complessità e durata. Esso comprende un'area ad alta tecnologia con soluzioni tecniche innovative come la Risonanza Magnetica (brain suite) e la TAC.

La sala operatoria, attrezzata con Angiografo Biplano per procedure



Fig. 5

Approccio attuale	Nuove regole
L'autonomia delle decisioni cliniche è fonte di variabilità	L'assistenza sanitaria è centrata sui valori dei malati
I professionisti guidano il processo di cura	Il rapporto con il malato è la base del processo di cura
La sicurezza è un fatto individuale	La sicurezza è una caratteristica essenziale del sistema
Il sistema rincorre i bisogni	I bisogni vengono anticipati

Fig. 6

chirurgiche endovascolari ed interventi ibridi, è connessa funzionalmente con il polo angiografico del Dipartimento di Diagnostica per Immagini.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Questo nuovo teatro operatorio che, come abbiamo visto, prevede le più moderne tecnologie e fornisce ai suoi "attori" un "prestigioso palcoscenico" costituisce, per la Governance aziendale, un'opportunità e una sfida di straordinario interesse perché, come scrive lo Space designer Jean Guy Lecat, "La realizzazione di una scenografia non è interessante di per sé, ha bisogno di essere attraversata da una azione..."¹

Il monito di Guy Lecat ci invita a volgere la nostra attenzione verso i processi portatori di senso e l'azione dei professionisti, i modelli organizzativi, i percorsi clinici e assistenziali dei pazienti.

Scriva il regista teatrale Daniele Abbado "Un teatro ben realizzato è un teatro che nella sua progettazione è passato attraverso le interrogazioni su 'quale' tipo di spettacolo rappresentarvi e sul 'come'."¹

In questa struttura culturale possiamo cogliere le caratteristiche del

teatro del XXI secolo dove la pièce sanitaria dovrà essere sicura, efficace, centrata sul malato, tempestiva, efficiente ed equa.

Nel solco di questa riflessione il documento dell'Institute of Medicine - Boston, 2001: "Nuove regole per il sistema sanitario del XXI secolo"³ ci aiuta a cogliere la linea di demarcazione e la distanza culturale che separa il vecchio teatro operatorio dal nuovo.

Le dieci regole dell'Institute of Medicine scavano opportunamente nel solco che separa un vecchio approccio culturale che caratterizza ancora oggi, in molte situazioni, un teatro operatorio poco sicuro, fragile sul piano organizzativo, spesso non appropriato e frammentato nei percorsi clinici e di Sala da una nuova governance centrata sui valori dei malati, su una visione olistica della cura e su una multi tonalità professionale, fondata sulle politiche della sicurezza e capace di leggere e anticipare i bisogni di assistenza.

La traduzione di queste nuove regole nel progetto di costruzione del nuovo ospedale è una grande sfida soprattutto perché richiede una crescita culturale di tutti i professionisti dell'azienda insieme alla progettazione di una Governance aziendale condivisa, in grado di coniugare la molteplicità dei linguaggi e delle

culture attorno ad un modello organizzativo clinico e assistenziale basato sulla intensità delle cure.

Questa è la ricerca di senso e la scommessa di questi anni che ci vede impegnati in uno sforzo corale che avvicina questo nostro lavoro alla definizione di teatro del regista Peter Brook "...il Teatro non ha categoria ma si occupa della vita. È il solo punto di partenza, l'unico veramente fondamentale. Il Teatro è la vita..."¹

BIBLIOGRAFIA

D. Abbado, A. Calbi, S. Milesi, Architettura & Teatro Spazio, Progetto e arti sceniche, Edizione Il Saggiatore; 2007

Concorso internazionale per il Nuovo Ospedale di Bergamo; Bolis Edizioni Bergamo; 2002

Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press; 2001

J. Ovretveit, La Qualità nel Servizio Sanitario, Edizione EdISES, Napoli 1996

Z. Bauman, Modernità Liquida, Edizione Laterza, 2003

Piano Organizzativo Aziendale (POA) degli Ospedali Riuniti di Bergamo Dicembre 2009

Procedura di conteggio e verifica di strumentario garzato/batuffoli utilizzati per interventi chirurgici AORN Santobono-Pausilipon di Napoli-

Riassunto

Il tema del Rischio Clinico si pone come problematica di rilevanza nazionale che interessa vari settori dell'assistenza sanitaria e si colloca nel tema più generale della qualità e della valutazione dell'outcome.

Nel nostro Paese e nel contesto internazionale si assiste, oggi, ad un rinnovato interesse per il tema della sicurezza e della qualità delle prestazioni sanitarie. Si tratta di un fenomeno che merita di essere attentamente valutato attraverso un'analisi che affronti la questione a partire dal modo con cui si sono evolute le priorità strategiche dei sistemi sanitari in questo ultimo decennio.

È opinione condivisa che ogni struttura sanitaria debba adottare un sistema di gestione della sicurezza che, partendo da una valutazione iniziale della situazione, adotti una politica finalizzata alla promozione dell'uso sistematico dell'analisi del rischio e del ridisegno dell'organizzazione e, allo stesso tempo, il ricorso alla ricerca, al confronto, alla raccolta e allo studio dei dati allo scopo di progettare, avviare e mantenere processi che aumentino l'efficienza e la qualità delle prestazioni dell'ente, riducendo i costi complessivi legati alla salute e alla sicurezza sul lavoro, compresi i costi derivanti dalla mancanza di sicurezza come quella dovute a cause iatrogene e non.

re la ricerca sulle cause di outcome sfavorevoli e sulla prevenzione.

Il fine del lavoro è di rendere più efficace l'analisi reattiva -ricerca della causa primaria- e l'analisi proattiva -ricerca dei punti di criticità del sistema-. La fase sperimentale prevede la valutazione di apposite schede di segnalazione per attuare degli interventi migliorativi necessari al contenimento del rischio.

METODI



Il progetto coinvolge infermieri e strumentisti dei reparti di medicina, chirurgia e pronto soccorso pediatrico. Dimenticare una garza o un qualsiasi strumentario dentro il corpo di un paziente, appena operato, costituisce un serio pericolo per la sua salute, tanto che per queste distrazioni si stima un tasso di mortalità tra l'11 e il 35 %.

Riguardo le modalità di sviluppo dell'attività progettuale si utilizza sia i metodi preventivi che reattivi: Incident Reporting, Review, Root Causes Analysis. Dall'analisi del-

G. Improta*, M. Marrese**

*Dottorando in "Economia e Management delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie"- XXIII ciclo - Università degli Studi di Napoli "Federico II"

**Laureata in Ingegneria Biomedica presso l'Università degli Studi di Napoli "Federico II"

INTRODUZIONE

Punto di partenza del presente lavoro è l'analisi del progetto stilato nell'A. O. (Azienda Ospedaliera) Santobono-Pausilipon riguardante la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.

Gli eventi avversi, di solito, si determinano a causa di svariati elementi operanti a diversi livelli: il compito, l'équipe, l'ambiente di lavoro insomma l'organizzazione tutta dove nessuno è un'isola e nessuno può lavorare in totale autonomia, perché, il singolo individuo dipende dal lavoro degli altri. Si diffonde sempre più una cultura dell'errore totalmente diversa

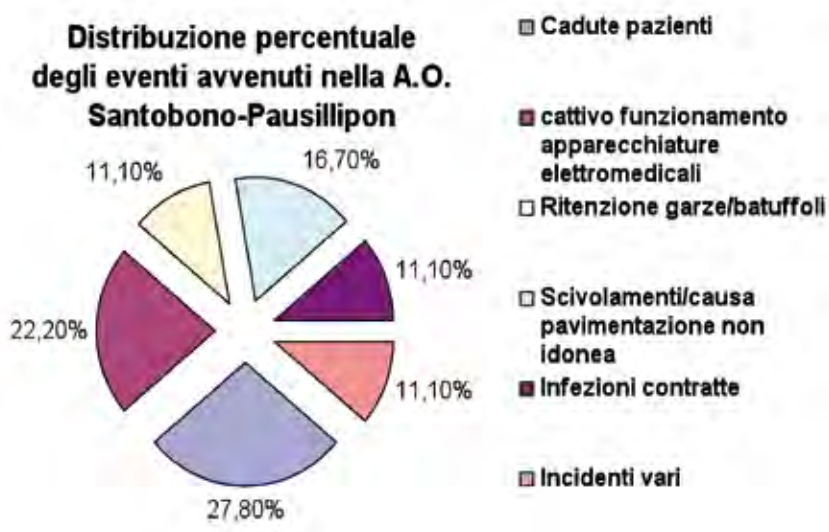
da quella a cui eravamo abituati. L'errore è considerato un elemento importante di crescita, di sviluppo e di evoluzione: l'errore del singolo è solo l'ultimo anello di una catena da cui è dipeso, ed è da questo che bisogna partire per ricercare le metodologie più idonee affinché le conseguenze degli errori inevitabili ci insegnino ad errare il meno possibile!

Lo studio effettuato presenta una cornice di riferimento che mira a comprendere i molti fattori che influenzano la pratica clinica. In particolare, il rischio clinico, è utilizzato sia come una guida per analizzare l'incidente stesso e per generare modalità di valutazione dei rischi sia per concentra-

**PAROLE CHIAVE:**

Risk Management, Governo Clinico, Eventi Sentinella, Near Misses, Analisi Reattiva, Analisi Proattiva, Bar Coding, Electronic Tagging, Ingegneria Biomedica

Distribuzione percentuale degli eventi avvenuti nella A.O. Santobono-Pausillipon



Le schede di segnalazione degli eventi avversi e dei near misses (quasi incidenti), mediante un'analisi proattiva (con particolare riferimento alla FMECA), si giunge ad elaborare la frequenza degli eventi avversi prima e dopo la realizzazione del progetto. L'indagine che si realizza, evidenzia i punti di criticità del sistema a partire dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti e individua i seguenti limiti: mancanza di personale specializzato, maggiore sicurezza in sala operatoria e mancata propensione alla segnalazione.

Lo scopo del progetto è quello di codificare le modalità e le responsabilità del conteggio del materiale garzato/tamponi e simili per ogni intervento chirurgico in cavità/interventi a rischio specifico con l'obiettivo di elevare il livello di sicurezza del paziente. Il conteggio ed il controllo dell'integrità

dello strumentario e delle garze viene effettuato dal personale (strumentista, infermiere da sala) preposto all'attività di conteggio. Il chirurgo verifica che il conteggio sia eseguito e che il totale di garze utilizzate e rimanenti corrisponda a quello delle garze ricevute prima e durante l'intervento.

Il conteggio va effettuato: prima, durante l'intervento chirurgico, prima di chiudere la ferita e in caso di eventuale cambio infermiere o chirurgo.

In caso di discordanza nel conteggio o mancanza di integrità di strumenti e/o materiali, tutti i componenti dell'equipe operatoria, eventualmente coadiuvati da ulteriore personale, ove il primo operatore lo ritenga opportuno, devono adoperarsi per la ricerca del materiale mancante ripetendo le operazioni di conteggio, ispezionando il sito operatorio e, infine, ispezionando l'area circostante il

campo operatorio. Se il materiale mancante non viene reperito il paziente dovrà essere sottoposto ad esame radiografico.

RISULTATI

Gli eventi sentinella sono evidenze che si manifestano in modo assolutamente inatteso, ma che costituiscono momenti rivelatori di gravi criticità del sistema. Rappresentano tutti quegli eventi avversi di particolare gravità, indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che, da un lato, causano morte o gravi danni al paziente e dall'altro determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario.

Su 18 segnalazioni pervenute, quasi sempre anonime ritroviamo:

- le cadute dei pazienti causate dal malfunzionamento delle sponde laterali dei lettini/culle (n=5), alcune delle quali hanno causato danni ai pazienti;
- il cattivo funzionamento delle apparecchiature biomediche (n=4), come nel caso di un elettrobisturi che ha provocato in un paziente ustioni di II grado con conseguente risarcimento danni;
- la ritenzione di garze/batuffoli durante interventi eseguiti in sala operatoria (n=2), dei quali in un caso l'incidente è avvenuto per mancanza di comunicazione tra il primo chirurgo che operava da molte ore e il secondo che ha terminato l'intervento, nell'altro caso, terminato l'intervento l'equipe si è accorta della mancanza di un batuffolo, forse, per errato conteggio;
- gli scivolamenti (n=3) su vinilici distaccati, attualmente sostituiti, in seguito ad un altro pro-

Distribuzione della modalità della segnalazione degli eventi avversi



il 22,2% altri tipi di segnalazioni (verbal).

La Tabella 1 riporta le tipologie di segnalazioni dei 18 eventi non riguardanti la terapia. In ambiente pediatrico il problema degli eventi avversi è sensibilmente più rilevante in quanto i dati dimostrano che i pazienti pediatrici sono esposti tre volte più degli adulti ad errori terapeutici potenzialmente dannosi. Gli eventi più frequenti sono quelli che non hanno causato danno al paziente.

In questa tabella 2 sono riportate le possibili cause emerse dalle schede di segnalazione sulla base di errori e near misses dichiarati non legati alla terapia.

La cattiva manutenzione con relativo controllo periodico delle apparecchiature risulta la causa principale di eventi avversi.

La figura professionale (grafico seguente) con maggiore probabilità di rischio riguardo l'errore è rappresentata dagli infermieri

getto effettuato, da pavimentazioni monoliti;

- le infezioni (n=2), dovute alla tracciabilità del mezzo chirurgico, si sono verificati danni per i pazienti con conseguente risarcimento danni;
- gli incidenti di varia natura (n=2)

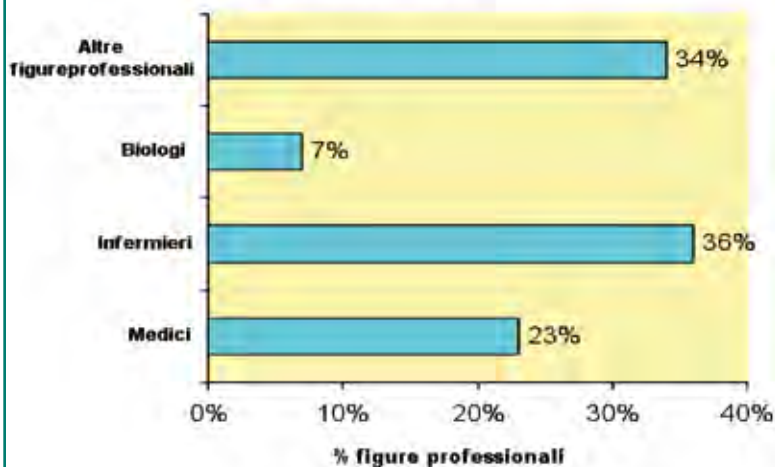
non imputabili a personale medico, paramedico e strutture.

Su 18 segnalazioni pervenute all'Azienda, la modalità più utilizzata dal personale medico e paramedico è stata in forma anonima (72,2%), seguono con

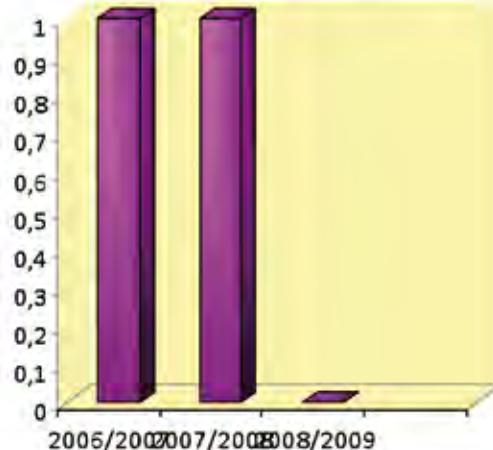
	N.	%
Azioni insicure e situazioni di rischio potenziale	1	5,6
Quasi errori o "near misses"	3	16,7
Eventi senza danno al paziente	8	44,4
Eventi con danno al paziente	6	33,3
Totale	18	100

Cattiva manutenzione	33,4%
Mancata vigilanza sui pazienti	22,2%
Scarsa comunicazione tra personale medico	11,1%
Cause non dipendenti dall'Azienda Ospedaliera	22,2%
Eccessiva stanchezza del personale medico e paramedico	11,1%

Coinvolgimento delle varie figure professionali



Risultati conseguiti



(36%). Seguono, con un lieve margine di percentuale le altre figure professionali (tecnici, personale non paramedico, esterno ecc.), medici, infine, biologi. La necessità di espletare il progetto nasce dalle segnalazioni prese in esame, ciò a conferma dell'importanza del rischio clinico come strumento per monitorare e prevenire gli eventi avversi. Nell'ultimo grafico si illustra, per completezza della trattazione, l'evento sentinella riguardante la ritenzione di strumento o materiale lasciato all'interno del sito chirurgico, per rimarcare la differenza tra le segnalazioni prima e dopo l'attuazione del progetto.

CONCLUSIONI

Tra le cause possibili di errori, molte sono riconducibili all'inefficienza, all'inadeguatezza o all'insufficienza del flusso di informazioni tra medici ed infermieri. La reale frequenza di errori ed eventi avversi è, probabilmente, più alta di quanto risultato dalle segnalazioni. Il presente lavoro intende aprire la strada a nuove prospettive: la sistematicità nel-

le segnalazioni dei near misses nella consapevolezza, per il personale medico, di non ricevere sanzioni penali.

Molteplici sono le soluzioni tecnologiche che, rispondono alla necessità di una maggiore sicurezza del paziente, come esigenza prioritaria, ma anche, come elemento non indifferente di aiuto agli operatori, riducendo lo stress conseguente ad operazioni ripetitive, più volte denunciato in letteratura come causa primaria d'errori.

Trasformare una cultura è cosa assai complessa, ciò perché ognuno di noi è ancorato ai propri "abiti mentali" e staccarsene comporta una maturazione ed un'evoluzione che è cosa né semplice né immediata.

Tra le applicazioni che hanno certamente migliorato la sicurezza del paziente vi è l'introduzione di codici a barre (in particolare nella versione di codici bidimensionali) per l'identificazione del paziente, dei farmaci o di altri tools da usare sul paziente stesso e dei marcatori elettronici (elettronc tagging) per il materiale chirurgo, ma, al momento,

per quest'ultima tecnologia, non si dispone di evidenze sufficienti che ne consentano l'uso diffuso. Va sottolineato come la propagazione di questi sistemi nel nostro Paese, sia estremamente limitata. Ciò è riferibile essenzialmente ad una scarsa coscienza di tutta la problematica relativa agli errori evitabili e ad una relativa rigidità delle soluzioni proposte che non sono facilmente adattabili alle esigenze di utenti diversi. E', infine, necessaria la presenza all'interno dell'organigramma ospedaliero di una figura professionale con un background tecnico-scientifico capace di integrarsi appieno con le varie realtà professionali del mondo ospedaliero, comprese le nuove figure delle nascenti unità operative di Risk Management. Tale figura, l'Ingegnere Biomedico, possiede una giusta visuale delle tecnologie biomediche, nonché la preparazione ingegneristica di base per avvalersi delle nuove tecnologie e rappresenta una risposta risolutiva per elevare i livelli di efficienza delle strutture sanitarie.

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

Riassunto

La Qualità dell'assistenza sanitaria è fortemente condizionata dalla competenza professionale di chi la eroga.

"La Competenza professionale è l'insieme integrato e l'utilizzo abituale e giudizioso di comunicazione, conoscenze, competenze tecniche, ragionamento clinico, emozioni, valori e riflessioni nella pratica quotidiana a beneficio dell'individuo e della comunità" (Epstein RM et al. JAMA 2002;287:226-235). Essa come altri parametri può essere misurata. Nell'UO di Oncologia medica dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza è stato realizzato un percorso sull'Accreditamento all'eccellenza promosso da CIPOMO (Collegio Italiano Primari Oncologi Ospedalieri) che ha avuto tra gli obiettivi principali la realizzazione di una valutazione inter pares dell'Unità Operativa. Essa è stata focalizzata, tra i vari aspetti, sull'assessment della clinical competence.

Di tale valutazione eseguita nel percorso, gli Autori danno descrizione facendo riferimento ai criteri per l'accreditamento all'eccellenza delle Unità Operative di Oncologia Medica. Alla fine viene effettuata una disamina degli strumenti EBM based per l'assessment della clinical competence il cui utilizzo estensivo viene proposto per il futuro in fase di riverifica dell'accreditamento della Unità Operativa.

- **l'evidente gap** tra l'acquisizione delle evidenze scientifiche ed il trasferimento di esse nella pratica clinica quotidiana che non realizza appieno il potenziale beneficio sul paziente;
- **lo sviluppo imperioso** di una cultura scientifica e di un'operatività clinica sempre più computer-based e WEB-based;
- **la necessità di umanizzare il rapporto medico-paziente** che vede sempre più, quest'ultimo come elemento centrale dell'assistenza sanitaria

Tutto ciò ha determinato un profondo cambiamento di rotta nei criteri di valutazione dei servizi sanitari e nell'approntamento di modelli per la valutazione della qualità, con l'abbandono di un approccio esclusivamente orientato alla mera definizione delle caratteristiche di struttura, dotazioni tecnologiche, personale, costi, responsabilità giuridiche, che devono essere possedute dai servizi sanitari. Ciò consente infatti di indagare a fondo solo la dimensione dell'efficienza. La valutazione dell'efficacia in termini di outcome positivi per il paziente necessita di strumenti più fini ed articolati di giudizio quali ad esempio quelli riconducibili alla clinical governance: **Because clinicians are at the core of clinical work, they must be at the hearth of clinical governance (Degeling P. J et al. BMJ 2004).**

Monica Loizzo*, Salvatore Palazzo, Rosalbino Biamonte**, Antonella Benvenuto*, Maria Addolorata Vantaggiato*, Salvatore De Paola*, Osvaldo Perfetti***

*Direzione Medica Ospedaliera P.U. Mariano Santo (Cs)

**Direzione U.O. complessa Oncologia Medica, Azienda Ospedaliera Mariano Santo (Cs)

INTRODUZIONE

Il contesto mondiale, segnatamente in ambito sanitario, è profondamente mutato a seguito del verificarsi di fenomeni che ne stanno condizionando in modo significativo l'evoluzione culturale, economica ed organizzativa.

Essi sono :

- La **crisi economica dei sistemi sanitari**, derivante da una crescita della domanda e dei costi dell'assistenza, a fronte di risorse

finanziarie sempre più limitate

- la **crescita esponenziale dell'informazione biomedica**, (la letteratura medica si raddoppia ogni 20 anni) che rende sempre più complesso il continuo aggiornamento professionale, come è esperienza comune di ogni medico, che vede la rapida obsolescenza del suo patrimonio culturale per la sproporzione tra l'aumento rapidissimo del progresso scientifico e il ritardo nella disseminazione delle informazioni_

**PAROLE CHIAVE:**

Clinical Competence, Accreditamento all'Eccellenza, Valutazione

Pertanto alle procedure tradizionali che in passato hanno tentato di assicurare la verifica della buona qualità dei servizi sanitari e cioè l'**autorizzazione** e l'**ispezione**, si sono, in tempi recenti, aggiunti l'**accreditamento** e la **certificazione**.

In merito all'accreditamento possiamo distinguere un accreditamento istituzionale cioè regolamentato per legge che è da considerarsi uno STRUMENTO DI SELEZIONE dei soggetti erogatori di prestazioni e che viene riconosciuto dalle Regioni a tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche o private autorizzate che soddisfano particolari requisiti di qualità, e l'accreditamento all'eccellenza o professionale. Quest'ultimo può essere definito come una attività professionale volontaria, sistematica e periodica, indirizzata a verificare che un'Unità Operativa ma anche un'intera Azienda Ospedaliera o Sanitaria o un IRCCS, al fine di ottenere i migliori risultati di salute possibili, in base alla evoluzione delle conoscenze tecniche, tecnologiche e scientifiche ed alle risorse disponibili:

- rispetti la presenza di determinati requisiti di struttura, di processo e di outcome prestabiliti e condivisi;
- garantisca che la qualità delle prestazioni sanitarie non scenda al di sotto di standard ritenuti accettabili non solo dagli operatori sanitari, ma soprattutto dal paziente;
- sia soggetta ad un continuo

processo di miglioramento, indipendentemente dal punto di partenza che può essere al di sopra o al di sotto della performance media.

In questa ottica gli aspetti che caratterizzano l'accreditamento all'eccellenza sono:

■ **LA VOLONTARIETÀ DI PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA:**

Il processo di verifica e miglioramento non ha un significato ispettivo e sanzionatorio, ma è autoregolato e flessibile, modificabile nell'ambito del consenso del gruppo, e quindi si differenzia nettamente dall'accreditamento istituzionale previsto per legge. Un obiettivo importante è quello di riuscire a rendere il miglioramento dei processi lavorativi parte del lavoro quotidiano, ma per ottenere ciò è imprescindibile che esso nasca collaborativamente e venga condiviso da tutti i membri della U.O. che decidono spontaneamente di sottoporsi a verifica.

■ **IL COINVOLGIMENTO ATTIVO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE:**

queste rivestono una importanza fondamentale dal momento che esse possono promuovere e diffondere proficuamente la cultura e la sensibilità su questi temi tra coloro che risultano iscritti, in quanto proprietari di un'identità di valori scientifici ed etici e fortemente coinvolti nell'assessment della competenza professio-

nale. Inoltre esse si pongono come garanti della scientificità dell'approccio metodologico ai criteri e delle procedure sia in termini di definizione (definizione dell'adeguatezza, della pertinenza, dell'appropriatezza delle attività sanitarie), che di implementazione tra gli iscritti, che in definitiva sono gli effettivi attori di tali processi e della verifica sul campo della conformità agli stessi.

■ **L'ADDESTRAMENTO ALL'AUTOVALUTAZIONE E ALLA VALUTAZIONE ESTERNA MEDIANTE VISITE "INTER PARES"** da parte di personale addestrato *ad hoc*.

■ **LA DEFINIZIONE E L'AGGIORNAMENTO PERIODICO DEI CRITERI E DEGLI STANDARD:**

perché sempre più la cultura della qualità deve essere tensione costante di ciascun operatore sanitario, e deve tenere conto della perfettibilità e della dinamicità dei processi di miglioramento, non trascurando l'evoluzione del contesto sanitario da un lato e dall'altro la crescita della cultura espressa dai pazienti sempre più informati e attivi nella dinamica sanitaria. Inoltre la visita può risultare da un lato particolarmente gratificante in quanto rappresenta un momento di consulenza con lo scambio di pareri ed esperienze tra professionisti, dall'altro può risultare stimolante e di sostegno nei confronti della propria Amministrazione affinché vengano intraprese le necessarie misure correttive o modifiche di quanto emerso.

■ **IL FORTE ORIENTAMENTO AL CLIENTE DEI REQUISITI**



Fig. 1 Le componenti della Clinical competence

DI ECCELLENZA. L'organizzazione dei servizi sanitari è focalizzata sulla tutela e promozione della salute del cliente che ne diventa il punto centrale su cui devono ruotare tutti gli aspetti legati alla struttura, ai processi e agli outcome.

Di questa indispensabile premessa si evince che la Qualità dell'assistenza sanitaria è fortemente condizionata, tra le altre variabili, dalla competenza professionale di chi la eroga. Essa come altri parametri può essere misurata.

“La Competenza professionale è l'insieme integrato e l'utilizzo abituale e giudizioso di comunicazione, conoscenze, competenze tecniche, ragionamento clinico, emozioni, valori e riflessioni nella pratica quotidiana a beneficio dell'individuo e della comunità” (Epstein RM et al. JAMA 2002;287:226-235). In particolare la clinical competence è un insieme articolato e complesso di variabili riconducibili a conoscenze teoriche

(Knowledge), Competenze tecniche-pratiche (Skills), attitudini (mentali, culturali, emotive) e atteggiamenti (Attitudes, Habits).

La maggior parte delle valutazioni della clinical competence coincide con la valutazione delle competenze tecniche (skills), ma vi sono altre dimensioni di competenza afferenti per esempio alla componente integrativa e di contesto, alla componente cognitiva, relazionale, affettiva/morale e relativa alle attitudini/ atteggiamenti mentali, tutte fortemente rilevanti. La clinical competence è elemento fondante dell'Accreditamento all'eccellenza, in quanto questo tipo di accreditamento è “professional- focused” poichè si parte dal presupposto che il conseguimento di standard tecnico-professionali elevati (eccellenza) condizioni fortemente gli esiti di salute sul paziente.

MATERIALI E METODI

Nell'UO di Oncologia medica dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza è stato realizzato un per-

corso 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 Accreditamento della UO, oggi alla sua 2° edizione secondo standard formalizzati, approvati e condivisi dalla Società Scientifica.

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). Ai fini della valutazione viene considerato il livello di adesione o di performance, ovvero il grado di corrispondenza ad un determinato Criterio tramite una apposita tabella che specifica e prevede diverse possibilità.

Alle diverse possibilità corrispondono differenti punteggi.

- L'adozione di punteggi numerici comporta indiscutibili vantaggi :
- valutazione accurata ed oggettiva del livello di adesione ai vari Criteri
- facile identificazione di settori carenti nell'ambito dei diversi Capitoli o Aree
- monitoraggio continuo del miglioramento conseguito dai vari settori.

Nell'ambito dei criteri specifici è stata analizzata la Competence professionale in merito a :

DIMENSIONE TECNICA

Ad essa si riferisce la capacità di condurre esami fisici e le abilità nell'eseguire procedure specifiche. Essa è fortemente collegata alle iniziative di formazione

e di affiancamento e tutoraggio oltrechè alle attività di valutazione delle attività condotte. I links con il manuale di accreditamento all'eccellenza sono riscontrabili nell'**Area risorse umane in diversi punti:**

- **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.)

Area Valutazione e Miglioramento

- **Criterio 2 A livello aziendale ed in ogni UO o Dipartimento è nominato un responsabile del coordinamento delle attività di valutazione e promozione della qualità**

DIMENSIONE INTEGRATIVA

Valuta la capacità di integrare giudizi clinici, scientifici e umani e riguarda la capacità di unire conoscenze di base e cliniche tra le varie discipline; in questa dimensione rientra anche la capacità di gestire le incertezze.

Tale dimensione si esplicita nel manuale nei criteri che prendono 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

Criteri 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 come variabili importanti soprattutto del lavoro in team. Il riferimento si riscontra nel:

- **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

Si iscrive in un contesto complesso ed articolato in cui hanno posto la capacità di tollerare l'ambiguità e l'ansia, l'intelligenza emotiva, il rispetto per il paziente, la responsabilità nei confronti del paziente e della società e la capacità di prendere in carico il paziente.

Tale aspetto è esplicitato nelle parti del manuale che attengono alla Presa in carico globale e alla Care del paziente dalla diagnosi alle fasi terminali, con le problematiche legate alle terapie Palliative e all'umanizzazione in senso ampio del rapporto col paziente. I riferimenti sono contenuti nei seguenti :

- **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 11** L'Azienda e l'UO hanno un Codice Etico
- **Criterio 15** Esiste un programma di screening psicologico , rivolto a tutti i pazienti i cui criteri sono stati definiti in accordo tra

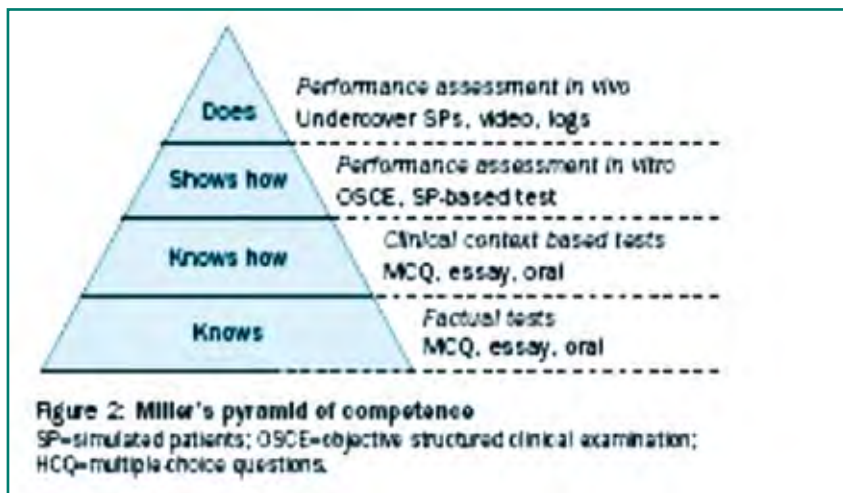


Fig 2. I livelli di assessment della competenza da The Lancet ,2001

tutte le componenti professionali del team

- **Criterio 16.** Vengono svolte periodiche iniziative di formazione mirate agli aspetti di diretto rapporto con il paziente, quali comunicazione, ascolto, umanizzazione, personalizzazione.
- **Criterio 18.** Esiste evidenza che la U.O. prevede la figura del *care giver* per tutti i pazienti "ad alto carico assistenziale".

ATTEGGIAMENTI E INCLINAZIONI MENTALI.

Afferiscono a questa dimensione la capacità di autoosservarsi in relazione ai propri pensieri, emozioni, tecniche, la capacità di attenzione, la curiosità critica, la capacità di riconoscere e reagire a bias cognitivi ed emotivi, oltreché la volontà di riconoscere e correggere gli errori.

Tutti questi atteggiamenti sono ricapitolati nella filosofia dell'accreditamento all'eccellenza, in particolare nell'addestramento alla autovalutazione e nella disponibilità a "mettersi in gioco ed essere valutati".

- **Criterio 9.** Sono utilizzate procedure formalizzate di valuta-

zione 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

Cio'è ben rappresentato dalla nota esplicativa del criterio che recita: *Tutto il personale sarà costantemente sottoposto a valutazioni sia sul piano delle competenze tecnico-professionali (processi diagnostico-terapeutici) necessarie per l'espletamento delle attività che sulle capacità di rivolgere attenzione al paziente, impiegando indicatori di performance professionale concordati e condivisi dai professionisti ed eventualmente ricavati dalla letteratura. Sarà valutata la partecipazione alle iniziative tese al miglioramento continuo della qualità che il gruppo intraprenderà e che curerà costantemente (riunioni, gruppi di lavoro, briefing, ecc.).*

I livelli di valutazione previsti, in accordo con la Piramide di

Miller, sono relativi alla fase del Knows, alla fase del Knows how, del Shows how, e del Does con i previsti strumenti di assessment, descritti oltre.

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.

L'iter realizzativo completo dell'Accreditamento all'Eccellenza si è svolto attraverso quattro fasi:

- 1. fase preliminare** in cui l'U.O. di Oncologia medica di Cosenza ha redatto il proprio Manuale di Accreditamento, sulla base dei criteri contenuti nel Manuale di Accreditamento ufficialmente approvato dalle Società Scientifiche di riferimento;
- 2. fase dell'autovalutazione** dell'U.O. di Oncologia medica in base al Manuale di Accreditamento scritto e ai criteri prescelti e richiesti dalla visita di accreditamento della Società Scientifica
- 3. fase in cui la Società Scientifica ha accolto le richieste di accreditamento** del Centro. In questa fase è stata inviata a CIPOMO una copia ufficiale del Manuale di Accreditamento ed è stato individuato il gruppo di visitatori che avrebbe effettuato le valutazioni;
- 4. fase in cui si è stata eseguita**

la visita di accreditamento. In generale dopo la Visita di Valutazione, l'Accreditamento può essere "concesso" a pieno titolo, oppure "concesso con riserva" per 1 anno o "non concesso". La non concessione, dettagliatamente motivata, come è ovvio, non comporta nessuna conseguenza sanzionatoria, essendo l'adesione a questi programmi, volontaria, bensì va interpretata come occasione di miglioramento "guidata" in previsione di una 2° visita nella quale verificare le azioni di miglioramento intraprese. I risultati delle visite sono considerati riservati, e comunque disponibili solo su precisa indicazione del Centro che volontariamente si è sottoposto alla valutazione sia per iniziative interne alla U.O. stessa (es. riunioni con il Personale, modifiche di alcune prassi, etc.) sia per iniziative esterne (es. rapporti con La Direzione Generale, Sanitaria, Amministrativa; rapporti con altre U.O.; rapporti con altre Istituzioni esterne di vario tipo, etc.). Questo tipo di scelta è stata determinata dalla necessità di ottenere la massima fiducia dei servizi nel rendere disponibili tutti i dati necessari alla valutazione, e che tali dati corrispondano al vero. In genere l'Accreditamento si intende concesso per un periodo di tempo limitato, solitamente da uno a tre anni, e il mantenimento della qualifica è, dopo tale periodo, subordinato a nuova verifica. Ciò corrisponde ai criteri della dinamicità e perfettibilità dei processi di miglioramento della qualità. L'UO di Oncologia medica dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza ha ottenuto l'accreditamento all'eccellenza

5. E' prevista infine una fase di

revisione critica dell'accreditamento con una futura visita allo prevista scadenza.

6. Risultati

Per arrivare alla certificazione d'eccellenza della UO si sono applicati alcuni ben collaudati strumenti del governo clinico: 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 con attenzione e valutazione dei vari aspetti della clinical competence, 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 veramente efficaci per i pazienti.

SVILUPPI PER IL FUTURO

Per valutare la competenza professionale saranno, in fase di riverifica dell'accreditamento, ulteriormente sviluppati alcuni Strumenti formalizzati ed EBM-based che sono già riconosciuti ed applicati in letteratura per la valutazione della clinical competence, di cui in questa fase si è già data una iniziale applicazione.

Questi strumenti indagano le diverse dimensioni della competenza:

Knowledge

- Questionari a scelta multipla Test, Risposte brevi, Esami clinici strutturati (**OSCE**)

Skills

- Osservazione diretta con Mini-CEX, Simulazioni su pazienti
- Osservazione diretta di procedure pratiche (**DOPS**)
- Audit clinici, Portfolio

Attitudini

- Trainer's report, multisource feedback assessment, nonché i vari livelli di assessment secondo la scala di Miller.

DOPS (Direct Observation of Procedural Skills) e **Mini -CEX** (mini-Clinical examination) sono entrambi strumenti progettati per fornire un riscontro sulle competenze essenziali per la prestazione di buone cure cliniche relativamente alle abilità tecniche (skills) e si basano sull'osservazione di veri e propri incontri clinici. Sono quindi prove sul campo in cui c'è un esaminatore, competente per quel determinato setting clinico-assistenziale, il quale,

utilizzando un modello con dei criteri relativi a diverse aree di prova (per es. capacità di ricavare un'anamnesi, capacità tecnica di eseguire specifiche procedure, capacità di ottenere il consenso informato, capacità di eseguire l'esame di un paziente, capacità di comunicare con esso, ecc) va a valutare una "istantanea di interazione medico / paziente", attraverso una serie di items. Nel mini-CEX la valutazione è più rapida, mentre nel DOPS è più estesa.

L'**OSCE** (Objective structured clinical examinations) è stato descritto per la prima volta da Harden e Gleesons (1979) come "un esame a tempo" in cui studenti in medicina interagivano con una serie di pazienti simulati in un insieme di stazioni (prove) che avrebbero dovute essere superate in successione ; tali prove possono riguardare la capacità di prendere un'anamnesi, di condurre un esame obiettivo, la gestione o il counselling del paziente o altre competenze. L'OSCE ha dimostrato di essere realizzabile e possedere una buona affidabilità e validità (Hodeges et al 1998) per cui il suo utilizzo è diventato ampio standard di riferimento per valutazioni della performance, particolarmente negli esami universitari.

Altri campi d'applicazione che si sono aggiunti riguardano l'inssegnamento di capacità comunicative, di capacità tecniche, il monitoraggio della performance dei medici e altre professioni sanitarie e la capacità di eseguire esami clinici. Tale strumento è utilizzabile soprattutto nella valutazione delle conoscenze teoriche (Knowledge) in un contesto protetto (simulazioni).

Altro strumento utilizzabile nella valutazione della clinical compe-

tence è il Multisource feedback assessment o valutazione a 360° che è basato su un questionario di valutazione riguardante prestazioni, comportamenti, rapporti interpersonali del professionista che viene esaminato. In tale questionario le attività sono valutate da pari, pazienti, colleghi rispetto ad alcuni aspetti chiave dell'incontro clinico, dopoché i risultati di tali questionari vengono elaborati e corredati di un punteggio. Esso rappresenta uno strumento di valutazione della competenza relativa alla dimensione delle attitudini e dei comportamenti.

Infine vi è il **PORTFOLIO** che è tra gli strumenti utilizzati per la valutazione delle skills in quanto consente di documentare la competenza tecnico-pratica.

Esso rappresenta un insieme di evidenze fornite dal professionista che attengono al suo percorso professionale, che testimonia l'apprendimento della propria competenza specifica. Il Portfolio descrive un processo di apprendimento continuo di abilità ,documenta la competenza professionale acquisita, costituisce una memoria della storia professionale ,elementi tutti che devono essere correlati ad un percorso e ad obiettivi di crescita personali. In questo senso è molto di più che un mero curriculum vitae, poiché può essere ritenuto un progetto professionale, uno strumento di accreditamento, una autovalutazione della competenza raggiunta.

BIBLIOGRAFIA

Realizzare la Qualità in Oncologia Medica Guida per la redazione del Manuale di Accreditamento all'Ecceellenza 2a edizione

Because clinicians are at the core of clinical work, they must be at the

hearth of clinical governance Degeling P. J et al. BMJ 2004

Objective Structured Clinical Examination (OSCE) Harden RM et al. Assessment of clinical competence using objective structured examination.

BMJ 1975; 1: 447-451

Harden RM et al. Assessment of clinical competence using objective structured examination. BMJ 1975; 1: 447-451

LWT Schuwirth & CPM van der Vleuten. Different written assessment methods.

Medical Education 2004; 38: 974-979

Lockyer J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. J Contin Educ health Prof.2003,Winter 23(1): 4-12

Wass ,Van der Vleuten et al Assessment of clinical competence THE LANCET – VOL 357 – MARCH 24, 2001

Leach Competence is an Habit AMA, January 9-2002 Vol 287-N° 2

Cassel ,Leatherman,Black Phiyician's assessment and competence : USA and UK THE LANCET –VOL 368- NOVEMBER 4,2006

www.gimbe.org

www.JRPTB.org.uk

www.MRCPUK.org

L'idea...



Nel 2002 BITeB nasce come Banco Informatico dall'incontro occasionale tra un vescovo italiano, che in uno dei quartieri più poveri di Lima ha fondato una Università che necessitava di tutta la strumentazione informatica, e Stefano Sala, attuale Presidente dell'associazione, che per motivi di lavoro aveva disponibilità di un centinaio di PC funzionanti ma non più utilizzati.

Quattro anni dopo un altro incontro è all'origine della Divisione Biomedica: quello tra Ettore Soranzo, allora responsabile dell'Ingegneria Biomedica dell'Ospedale Holy Family di Nazareth (Israele) e una gruppo di Ingegneri Biomedici di Ospedali Veneti e Lombardi. Grazie al loro incontro e al trasferimento di Tecnologie dismesse dagli Ospedali Italiani, l'Holy Family Hospital è tornato ad essere un ospedale all'avanguardia nel servire la popolazione di Nazareth. Dall'esperienza di Ettore è nata una

rete di contatti tra tecnici e professionisti della sanità, ospedali italiani e Paesi in via di sviluppo, che nel 2006 ha preso forma e struttura diventando la Divisione Biomedica del Banco Informatico Onlus.

Nel Luglio 2008 il Banco Informatico Tecnologico e Biomedico inizia una collaborazione con Regione Lombardia, attraverso il progetto "Dall'Ospedale agli Ospedali" che prevede il trasferimento sistematico delle apparecchiature biomedicali dismesse dagli ospedali lombardi alle associazioni che operano nei Paesi in via di sviluppo.

UNA COLLABORAZIONE WIN-WIN

Interlocutori del Banco Informatico Tecnologico e Biomedico sono le strutture che desiderano donare i beni che dismettono e le associazioni che ne hanno necessità per un impiego delle stesse nei Paesi in via di sviluppo.

L'intuizione di BITeB è semplice: un bene che tecnicamente potrebbe essere utilizzato ancora per alcuni anni, nella nostra società diviene inservibile e perde di valore per superamento tecnologico; questo "rottame" verso il quale non c'è più interesse ed è un costo, se trasferito in ambienti e strutture con condizioni economiche e sociali differenti, riacquista immediatamente la sua funzione e il suo valore al servizio dell'uomo. Ad esempio un mammografo, con una vita residua di 5-6 anni, dismesso perché superato dal punto di vista tecnologico, è prezioso in un ospedale in cui non esista alcun tipo di prevenzione del tumore al seno per

manca di denaro e quindi di apparecchiature di prevenzione. Questa è la situazione in cui versano ancora ampie fasce di popolazione del nostro pianeta, anche non lontane dalla vecchia Europa.

Questa iniziativa nata per una attenzione al bisogno, risvegliata da una "com-passione" per l'uomo, tocca in realtà interessi e problematiche diverse che nel "donare" individuano una ipotesi di lavoro. Ad esempio: le Aziende ospedaliere e gli stessi produttori di macchinari e impianti, nell'affrontare il problema dell'adeguamento tecnologico, non possono non tener conto di una opinione pubblica con una attesa crescente nei confronti del mondo economico e verso un atteggiamento più orientato a "fare qualcosa per la società" o dei costi crescenti dello smaltimento di beni dismessi o dei fondi di magazzino. Il rapporto con le aziende che BITeB sta cercando di costruire si pone anche come risposta a queste esigenze: un comportamento *win-win* consente, attraverso la donazione di beni prodotti o gestiti dalle aziende, con una vita residua, di rispondere al taglio dei costi per la gestione dei fondi di





magazzino e di consentire l'accesso a tecnologia altrimenti inaccessibile alle associazioni operanti nei Paesi in via di sviluppo.

A questo si aggiungono i grandi temi del "volontariato di impresa" e della normativa "più dai meno versi".

Le aziende che offrono il lavoro tecnico dei propri dipendenti a strutture bisognose dei Paesi in via di sviluppo ottengono immediatamente un arricchimento del proprio *know-how* che deriva dall'affrontare le problematiche in ambienti completamente diversi da quelli usuali oltre ad essere un atteggiamento sociale spendibile sia a livello di Bi-

lancio che di comunicazione. Non ultimo il decreto "Più dai meno versi" (decreto legge 35 del 2005) da la possibilità di donare il 10% del reddito imponibile alle associazioni, costituendo un importante aiuto per le aziende no profit.

COME OPERA IL BITEB

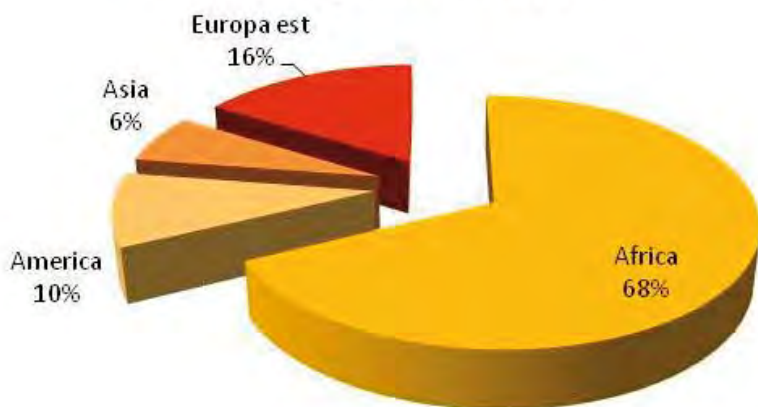
Il BITeB risponde alle richieste delle strutture sanitarie e assistenziali bisognose attraverso la realizzazione di progetti finalizzati al loro sviluppo tecnologico e professionale che vengono attuati con una attività di

assistenza alla richiesta di apparecchiature, di realizzazione di un piano di fattibilità, di supporto all'individuazione di tecnologia specifica a cui si aggiunge l'attività di revisione di macchinari, impianti e attrezzature necessarie, di revisione e controllo della funzionalità e sicurezza delle apparecchiature, di recupero delle parti di ricambio e di consumabili idonei e di formazione e installazione nei Paesi in via di sviluppo.

EXPOSANITÀ 2010

BITeB sarà presente ad Exposanità 2010, una occasione per presentare agli operatori del settore la propria attività ma anche momento importante per affrontare alcuni aspetti complessi della nostra attività come la certificazione di macchinari e attrezzature, e il problema della manutenzione e dei consumabili di macchinari installati in aree difficili in cui non esiste un vero e proprio mercato come i Paesi in via di sviluppo. Il 26 maggio alle ore 11.00 si terrà un momento di lavoro dedicato a questi temi.

Pogetti nel 2009



SANITÀ E ASSISTENZA: UN BINOMIO INSCINDIBILE

Si presenterà alla ribalta della sanità internazionale dal 26 al 29 maggio a Bologna la diciassettesima edizione di EXPOSANITÀ sotto l'intestazione: "Sanità e assistenza: la persona al centro"; una chiara esortazione a non venir meno, anche in periodi di crisi, al fondamentale impianto degli strumenti che presiedono alla salute dei cittadini basato sulla centralità della figura umana.

Sanità e assistenza costituiscono oggi quel binomio inscindibile che, attraverso un'adeguata organizzazione e l'impiego di moderni strumenti tecnologici, deve garantire alla popolazione un livello di salute coerente con il grado di civiltà raggiunto a un costo che la comunità sia in grado di sostenere.

In questa ottica, EXPOSANITÀ guarderà con la massima attenzione alle discipline e alle tecnologie che contribuiscono alla prevenzione, alla diagnosi e alla terapia in un sistema sanitario che integra l'ospedale, centro di intervento dedicato alla risoluzione delle patologie acute e di quelle più complesse, con una rete di strutture territoriali a diretto contatto con il cittadino.

Il percorso compiuto da EXPOSANITÀ in 27 anni, dal 1982 a oggi, oltre a qualificare la manifestazione come l'unica, completa iniziativa fieristica del settore in Italia e la seconda per importanza in Europa, ne ha fatto un appuntamento immancabile per tutti coloro che operano in ambito imprenditoriale, professionale, tecnico e organizzativo nel complesso dei sistemi sanitario e assistenziale del nostro Paese.

Le aree espositive che comporranno la diciassettesima edizione di EXPOSANITÀ sono:

- HOSPITAL - Salone delle tecnologie e prodotti per ospedali



- DIAGNOSTICA 2000 - Salone delle apparecchiature e prodotti per la diagnosi
- SISTEM - Salone dell'informatica sanitaria e della telemedicina
- SALUTE AMICA - Rassegna dei progetti e delle realizzazioni per la qualità del servizio sanitario
- HORUS - Handicap, ortopedia, riabilitazione
- MIT - Medical innovation & technology
- SANITÀ ANIMALE - Organizzazione, tecnologie, soluzioni per la sanità animale
- HEALTHY DENTAL - Prodotti, tecnologie e soluzioni per la salute dentale
- ANNI D'ARGENTO - Soluzioni, prodotti e servizi per la terza età

Al potenziamento dei saloni specialistici si accompagnerà il consueto, vasto e qualificato programma congressuale e un ulteriore sviluppo del processo di internazionalizzazione che vedrà la Gran Bretagna ospite d'onore della diciassettesima edizione di EXPOSANITÀ.

AL VIA LA FORMAZIONE DEI MANAGER ANTI RISCHIO CLINICO

Un sistema sanitario privo di errori è un'utopia ma utilizzare tutti gli strumenti a disposizione per ridurre i rischi è doveroso e possibile, come dimostrano le esperienze di altri Paesi che da tempo hanno messo in atto metodiche in grado di monitorare e prevenire gli errori medici. In Italia siamo purtroppo ancora in ritardo ma a raccogliere la sfida è la Scuola di Formazione Continua del Campus Biomedico di Roma, che avvierà a partire dal prossimo 13 maggio il secondo Master in Clinical Risk Management. Un percorso formativo ad alto tasso di innovazione, finalizzato a creare una nuova figura professionale: quella del Clinical Risk Manager. Un super-esperto in grado di valutare la diverse dimensioni e tipologie di rischio clinico all'interno della propria struttura e di implementare programmi di gestione dello stesso.

Il Master è a numero chiuso ed è rivolto a laureati in medicina e chirurgia, farmacia, biologia, psicologia ed ingegneria clinica che ricoprono un ruolo di coordinamento all'interno della funzione aziendale dedicata al controllo e alla gestione del rischio clinico e a coloro che intendono ricoprire tale ruolo.

Questa seconda edizione del Master vede la partecipazione di varie aziende la cui attività è legata alle tematiche del rischio in ambito sanitario. Tra le società che collaborano alla realizzazione dei corsi: Hill Rom, RINA, Instrumentation Laboratory (IL), Engineering. L'evento è inoltre patrocinato dall'AIIC (Associazione Italiana di Ingegneria Clinica).

Sono quattro le aree tematiche del Master: semantica del rischio, clinical governance, tecniche di gestione del rischio e aspetti medico-legali-assicurativi.

Il percorso formativo è diviso, ha una durata di 18 mesi e garantisce l'acquisizione di 60 Crediti formativi universitari, dei quali 40 di formazione teorica; 10 di Project Works e Laboratori sviluppati con la guida di docenti, professionisti e tutor; 10 per lo sviluppo e la redazione della tesi finale del Master.

ASP PRESENTA IL NUOVO CICLO EXPRESS (24 MINUTI) PER IL SISTEMA STERRAD® 100NX™

Il nuovo ciclo è uno tra i più rapidi del settore ed è stato validato per la sterilizzazione degli endoscopi 3D da Vinci®

Advanced Sterilization Products (ASP) ha lanciato il nuovo ciclo EXPRESS per il sistema STERRAD® 100NX™. Questo nuovo ciclo, meno lungo dei precedenti, può essere utilizzato per effettuare la sterilizzazione terminale degli endoscopi 3D da Vinci® nonché degli endoscopi rigidi, delle batterie ricaricabili e di molti altri tipi di dispositivi. Il ciclo EXPRESS consente di effettuare rapidamente la sterilizzazione dei dispositivi senza gli inconvenienti tipici delle altre modalità di sterilizzazione.

Il ciclo EXPRESS per il sistema STERRAD® 100NX™ è un'opzione aggiuntiva che può essere installata nei sistemi STERRAD® 100NX™ nuovi o esistenti. Il ciclo EXPRESS (24 minuti) si aggiunge ai cicli STANDARD® (47 minuti) e FLESSIBILE (42 minuti) per il sistema STERRAD® 100NX™ per prevenire ogni possibile rischio di infezione.

“L’aggiunta del ciclo EXPRESS e la possibilità di combinarlo con altri cicli di sterilizzazione consente ai clienti di ottenere il massimo ritorno sui loro investimenti in tecnologia STERRAD®”; ha affermato Dominique Legros, Vicepresidente Sales e Marketing ASP per l’area EMEA. “Insieme allo straordinario

supporto tecnico fornito da ASP e alla consulenza dei product specialist, il sistema STERRAD® 100NX™ rappresenta una soluzione flessibile per la prevenzione delle infezioni nel lungo termine”.

Informazioni sui sistemi di sterilizzazione STERRAD® I sistemi di sterilizzazione STERRAD®, attualmente utilizzati in migliaia di reparti ospedalieri e centri clinici in tutto il mondo, rappresentano la soluzione più produttiva in assoluto per la sterilizzazione a bassa temperatura dei dispositivi medici. Basati sull’innovativa tecnologia di ASP, che combina perossido di idrogeno e gas plasma, i sistemi di sterilizzazione STERRAD® sono in grado di sterilizzare strumenti e dispositivi medici in modo sicuro ed efficace, senza le limitazioni o i rischi tipici dei sistemi che utilizzano acido peracetico, vapore o ossido di etilene.

I sistemi di sterilizzazione STERRAD® rappresentano un investimento proficuo per gli ospedali perché consentono di ridurre le spese per le riparazioni, di sterilizzare rapidamente la strumentazione, di limitare le scorte e di migliorare la sicurezza. Informazioni su Advanced Sterilization Products (ASP)

La divisione Advanced Sterilization Products (ASP), una società Johnson & Johnson, è produttore leader di tecnologie innovative per la sterilizzazione della strumentazione, la disinfezione e la pulizia professionali. L’obiettivo della società è garantire la massima sicurezza a pazienti e operatori sanitari nel rispetto dell’ambiente e grazie a prodotti altamente sicuri, efficaci ed economici.

Le innovative tecnologie di reprocessing degli strumenti alla base dei prodotti ASP permettono ai clienti di migliorare la qualità delle prestazioni cliniche e al tempo stesso di contenere i costi, incrementare la produttività e migliorare la sicurezza. Da Vinci è un marchio registrato di Intuitive Surgical, Inc.



UN NUOVO OSPEDALE PER VENEZIA

Siram, capofila di NOV, realizzerà in 3 anni i lavori e gestirà per 21 anni i servizi non sanitari. Sarà, di fatto, un nuovo Ospedale, corrispondente a tutte le esigenze funzionali e tecnologiche di un moderno centro di cura, quello che uscirà dalla ristrutturazione del SS. Giovanni e Paolo di Venezia e che vede nella ricostruzione del padiglione Jona l’intervento principale.

Con la rimozione della targa del padiglione Jona – avvenuta il 19 marzo scorso alla presenza del Presidente della Regione, Giancarlo Galan e al Sindaco di Venezia, Massimo Cacciari – è stato simbolicamente dato l’avvio al cantiere che, in meno di tre anni e con un investimento di 47 milioni di euro, rinnoverà completamen-



te l’ospedale SS. Giovanni e Paolo di Venezia.

L’intervento, che sarà realizzato in project financing, prevede la ricostruzione del padiglione, la ristrutturazione del complesso del Canale al Pianto (a vocazione universitaria), e la realizzazione di una foresteria con una trentina di stanze destinate ad alloggiare studenti e personale dell’ospedale SS. Giovanni e Paolo; la realizzazione di una nuova piazza coperta in materiale trasparente; la nuovacentrale per igas medicali e l’adeguamento antincendio del padiglione Neurodermo.

L’appalto europeo per il “pacchetto

Jona”era stato vinto nel 2008 da NOV (Nuovo Ospedale Venezia), società di progetto che riunisce Siram (capofila), Gemmo, Sacaim, CCC, Coveco, Ingegneria Medica Santa Lucia - aziende che da molto tempo operano nel campo della costruzione, realizzazione impiantistica e gestione di strutture sanitarie – e un pool di progettisti prestigiosi e affermati composto da Studio Altieri, Steam, Studio Glass.

Nov, inoltre, gestirà per 21 anni alcuni servizi ospedalieri non sanitari (manutenzione ordinaria, gestione e manutenzione impianti meccanici e fluido medicali, ristorazione, bar, pulizia, smaltimento, manutenzione attrezzature, lavanderia, trasporti interni, gestione archivi) che già ora sono affidati a ditte esterne.

Sistema Healthguard®: efficacia sperimentata

MOBILETTE®
VARIOmaxx

Il Sistema Healthguard® di Ecolab è stato appositamente studiato e sviluppato per fornire uno strumento utile ed efficace al perseguimento di adeguati livelli di igiene: si tratta 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 una soluzione innovativa non tanto per il contenuto dei singoli elementi ma per come questi si combinano fra loro ottimizzando risorse e processi.

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, danno vita ad un modus operandi semplice ed immediato. La puntuale codifica delle operazioni facilita 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 una metodologia particolarmente indicata in ambienti ospedalieri dove la sanificazione delle superfici è svolta in presenza dei pazienti e in concomitanza delle quotidiane attività sanitarie. Il Mobilette Vario maxx Healthguard utilizzato insieme al metodo Ecolab assicura notevoli vantaggi organizzativi in tutte le fasi del processo (sia nella fase precedente l'inizio del lavoro, fase di preparazione; sia in quella operativa, fase di sanificazione; sia in quella conclusiva, fase di ricondiziona-

mento). Questo nuovo carrello si adatta perfettamente alle esigenze in ambito ospedaliero in quanto ha perfezionato alcuni aspetti relativi alla sicurezza e non solo igienica:

- il carrello è dotato di porte con chiusura a chiave;
- i box dei panni per i pavimenti hanno una chiusura più ermetica e sono disponibili anche con chiusura a chiave;
- la personalizzazione del carrello consente una migliore organizzazione dello spazio in funzione delle esigenze dell'operatore e la configurazione più idonea a seconda della procedura di pulizia.



Ecolab oltre ad aver sviluppato questo sistema di sanificazione ospedaliera, ha promosso una ricerca scientifica tesa a valutare sia l'efficacia del sistema in questione sia le migliori metodologie di pulizia in termini di garanzia di igiene ed economicità di risultato.

La sperimentazione condotta dall'Università degli Studi di Ferrara - Cattedra di Citologia ed Istologia - è stata effettuata presso il reparto di Chirurgia Generale e d'Urgenza del Policlinico S. Orsola Malpigli di Bologna.

La ricerca ha avuto per oggetto la valutazione della decontaminazione dei pavimenti attraverso una comparazione dei valori di abbattimento della carica microbica derivanti da due differenti metodologie di sanificazione: quella tradizionale e quella adottata da Ecolab. I risultati ottenuti del test (svolto durante il regolare svolgimento delle attività sanitarie al fine di riprodurre condizioni esattamente rispondenti alla realtà) hanno dimostrato la validità della metodica adottata da Ecolab con il Sistema Healthguard, raccomandandola per ottenere un'efficace sanificazione dei pavimenti, in quanto l'abbattimento medio della carica batterica 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.

Ecolab ha sviluppato inoltre un dettagliato manuale di procedure operative che si è dimostrato utilissimo strumento, sia per le direzioni sanitarie per la definizione dei protocolli interni di pulizia e sanificazione, sia per gli uffici tecnici delle imprese di pulizia che ogni giorno si trovano a preparare capitolati d'offerta.

www.ecolab.com



IPC SANIVAP, IL VAPORE PROTAGONISTA DEL CLEANING

Ospedali, cliniche, case di cura, industrie alimentari, comunità sono ambienti in cui è particolarmente avvertita la necessità di trovare soluzioni efficaci per la prevenzione dei rischi connessi all'igiene. Quotidianamente, infatti, occorre assicurare la tutela e il confort degli utenti, il rispetto dell'ambiente, la qualità delle condizioni di lavoro degli operatori che si occupano della pulizia e della sanificazione. Pulizia approfondita, disinfezione, produttività, ecologia, economia compatibile con i risultati attesi: questi gli obiettivi principali dei professionisti cui è demandato il compito di assicurare le condizioni di igiene ottimale negli ambienti ospedalieri, nelle industrie alimentari, nelle comunità. Per rispondere a queste esigenze, IPC - Integrated Professional Cleaning, nella sua costante ricerca di reali soluzioni per il cleaning, ha messo a punto un metodo innovativo di pulizia e disinfezione mediante l'uso del vapore saturo. Il metodo IPC Sanivap, validato e certificato per quanto riguarda l'efficacia sanificante da importanti enti e istituti di ricerca europei, utilizza il vapore saturo ad alte temperature (150°C) e a pressione costante (5 bar), che ha alto potere detergente e distrugge, mediante azione termica, batteri, germi, muffe e ogni altro agente patogeno.

IPC Sanivap, pertanto, è l'ideale, in ambito ospedaliero, per la disinfezione delle sale operatorie, per la pulizia e la sanificazione delle camere di degenza, dei laboratori, delle ambulanze eccetera. Sperimentato con successo anche in altri ambiti, il metodo IPC

Sanivap si è confermato come il sistema più efficiente per qualsiasi ambiente a rischio di contaminazione. L'azione detergente del vapore saturo, che essendo più caldo e secco lascia le superfici asciutte dopo la pulitura, è particolarmente efficace sullo sporco grasso, che viene dissolto sia in superficie che in profondità, per essere poi eliminato insieme con i microrganismi che lo compongono, dalla potenza dell'azione aspirante. L'azione sanificante del vapore non richiede l'utilizzo di prodotti chimici, il che comporta

ulteriori vantaggi, in termini di economia e di ecologia. La macchina messa a punto da IPC è ergonomica e dotata di accessori brevettati che ne facilitano al massimo l'utilizzo e ne moltiplicano le potenzialità.

IPC Sanivap concentra in sé il meglio del know how e della tecnologia di IPC Portotecnica, per quanto concerne il generatore di vapore, IPC Soteco, per quanto concerne l'aspirazione, IPC Ready System, per quanto concerne il carrello che consente di spostare agevolmente la macchina da un ambiente all'altro, insieme con tutti gli accessori che ne implementano le performance: un efficiente esempio di soluzione integrata, nel pieno rispetto della filosofia del Gruppo IPC-Integrated Professional Cleaning.

www.ipcleaning.com

SANI SYSTEM POLTI

LA SANIFICAZIONE IN AMBIENTE OSPEDALIERO

All'interno degli ambienti sanitari la possibilità di essere esposti ad infezioni crociate è molto elevata perché sussistono le condizioni necessarie per la proliferazione e la diffusione di microrganismi patogeni.

La presenza nello stesso ambiente di persone malate, l'afflusso di visitatori, la selezione di microrganismi resistenti e particolarmente virulenti, nonché la pratica di manovre ed interventi che favoriscono di per sé la propagazione di agenti infettanti sono solo alcuni dei fattori che aumentano il rischio di contrarre infezioni. Seguire una procedura di sanificazione completa ed efficace delle superfici con cui gli utenti vengono in contatto (sia pazienti che visitatori) diventa pertanto di primaria importanza per diminuire o annullare il rischio di contagio. I metodi attualmente in uso presentano tuttavia notevoli limiti, primo fra tutti la difficoltà a raggiungere gli interstizi o penetrare nelle superfici ruvide o zigrinate.

Sani System Polti è l'innovativo sistema di sanificazione di alto livello in ambienti a rischio di contaminazione biologica. È un dispositivo medico di classe 2 A destinato ad uso professionale. Emette vapore saturo ad alta temperatura (180°C) che, in combinazione con il sanificante HPMed (soluzione 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. Il vapore raggiunge tutte le superfici, anche gli angoli meno accessibili e, quindi, difficilmente raggiungibili con i disinfettanti chimici, garantendo una sanificazione totale dell'area contaminata.

La miscela di vapore e HPMed è inoltre atossica e non irritante: è un metodo naturale che evapora in pochi secondi lasciando le superfici ed i tessuti trattati completamente asciutti, senza provocarne danni o alterazioni. Non richiede, inoltre, alcun contatto con le superfici da sanificare, annullando, quindi, qualsiasi rischio di contaminazione da e verso l'operatore. Un'efficacia certificata e attestata da numerosi studi clinici e test effettuati da prestigiose strutture e professionisti a livello nazionale ed internazionale.

In ambito ospedaliero, Sani System Polti può essere utilizzato, per esempio, per la sanificazione di:

- Blocco operatorio
- Sala TAC / Risonanza Magnetica
- Sala degenza
- Sala d'attesa
- Corridoi
- Toilette

www.sanisystempoliti.com



I PRONTI ALL'USO PENSATI PER L'IMPRESA

Una linea pronta all'uso da 750 ml e un 1 Lt. con trigger o spruzzo è la proposta Sadi Christeyns che comprende tutti i prodotti necessari alle pulizie generali.

Si parte da SADI SC1, un disincrostante anticalcare per rubinetterie formulato con una gradevole profumazione, per poi passare a SADI SC2, un multiuso per la pulizia di tutte le superfici dure.

Il terzo prodotto della linea, SADI SC3, è studiato per la pulizia di vetri e specchi senza lasciare aloni, mentre SADI SC4 è un classico disincrostante per WC che si aggrappa alla superficie per rimuovere le tracce di sporco rilasciando una gradevole profumazione. SADI SC5 è un igienizzante per superfici dure che grazie alla sua formulazione è in grado di rimuovere ceppi batterici dall'ambiente; c'è poi SADI SC6, un deodorante per ambienti che rilascia un profumo fruttato molto avvolgente. SADI SC7 è un potente sgrassatore in grado di eliminare con facilità segni e sporchi persistenti, mentre SADI SC8 è un pulitore per forni e piastre che rimuove il grasso e gli sporchi bruciati nell'ambiente delle cucine.

L'ultimo nato è SADI SC9; si tratta di un prodotto che lucida e sgrassa alla perfezione l'acciaio senza lasciare aloni. A questa azione si combina anche quella di sanificazione della superficie; tale prodotto, infatti, può anche essere usato per le pulizie quotidiane di tutte le superfici, compresi specchi e vetri.



A questi prodotti si aggiunge SADI GLASS, ideale per la pulizia di specchi e cristalli e come multiuso. Vi sono inoltre due prodotti che hanno una particolare azione combinata: SADI SGRACAL combina una potente azione anticalcare e sgrassante delle superfici trattate, mentre SADI IGIENCAL funziona da potente anticalcare ed igienizzante. I trigger sono dotati di una doppia funzione: spruzzo per far aggrappare meglio il prodotto sulle superfici e lasciarlo agire con maggiore efficacia, oppure getto per superfici orizzontali ove non si riscontrano problemi di scivolamento del prodotto. Tutte le etichette sono scritte in italiano ed inglese.

info@sadichristeyns.it
www.sadichristeyns.it

DUE X DUE SRL

E' società di professionisti, attiva da alcuni anni nel campo dell'analisi del rischio chimico, biologico, da gas medicinali, nonché della qualità ambiente. In particolare 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.).

LEGIONELLA SPP

E' uno degli agenti eziologici di polmonite batterica. Essa è sempre presente, a basse concentrazioni non rilevabili analiticamente, in ambienti acquatici naturali (laghi, fiumi, sorgenti, ecc.). Le infezioni, Malattia dei Legionari e Febbre di Pontiac, insorgono quando il batterio (in particolare Legionella pneumophila che si ritiene essere responsabile di oltre l'84% dei casi di legionellosi) prolifera portandosi a concentrazioni elevate in sistemi idrici artificiali non adeguatamente pro-

gettati e mantenuti. Il Documento di Valutazione del Rischio è un obbligo di legge (articoli 15, 17 e 28 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.). Esso è redatto secondo la vigente normativa in tema di sicurezza (D.Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e D.Lgs. 106 del 3 agosto 2009), ed è comprensivo di valutazione e gestione del rischio Legionella per ogni tipologia di impianto prevista dal 'Documento di Linee Guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi' del 4 aprile 2000, per l'utenza e per il personale dipendente, e di censimento degli impianti e delle strutture esistenti.

GAS MEDICINALI E VUOTO

Numerosi e ripetuti sono gli eventi traumatici legati alla distribuzione/utilizzo dei gas medicinali in edifici di assistenza socio-sanitaria (ospedali, RSA, ecc.). Date le singolari caratteristiche chimico fisiche e farmaceutiche legate a tali gas, è inderogabile analizzare e rivedere gli attuali metodi organizzativi e realizzativi all'interno degli edifici interessati. 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 obbligatorio 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 esegue anche analisi microbiologiche presso laboratori accreditati e tiene incontri tecnico informativi, formativi e di aggiornamento sui temi indicati.

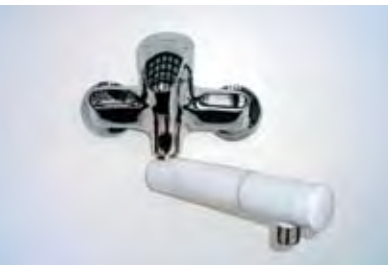
www.duexdue.com

STERIL: UN NUOVO PASSO AVANTI NELLA LOTTA ALLA LEGIONELLOSI NOSOCOMIALE

Steril presenta il NUOVO SISTEMA DI FILTRAZIONE INTEGRATO (Linea "Germyser") frutto di un lungo studio e varie conferme in diversi Ospedali Europei. Il nuovo sistema rappresenta una vera novità nel panorama della lotta alla Legionel-

losi Nosocomiale. La filtrazione terminale viene ormai considerata da tutte le linee guida europee come l'unica in grado di garantire una efficace barriera contro le contaminazioni da Legionella in ambito Ospedaliero e, pertanto, se ne consiglia l'uso diffusamente, in particolare nei reparti di degenza definiti "ad alto rischio" per la presenza di pazienti immunocompromessi quali: Trapianto midollo osseo, Neonatologia, Infettivi da HIV, Trapianto di organo solido, ecc. E' stata sviluppata una efficace e scientificamente validata linea di prodotti destinata alla soluzione del problema. Questi prodotti, di facile installazione e di sicura efficacia, realizzati con sistemi di filtrazione assoluti che garantiscono un'acqua batteriologicamente pura,

sono in alcuni casi, quando montati su rubinetti già esistenti, non esteticamente convincenti. Steril ha quindi realizzato la nuova linea di prodotti che, unendo la collaudata tecnologia di filtrazione terminale ad un sistema integrato di rubinetto, permette di ottenere un risultato tecnologicamente all'avanguardia unendolo ad un rubinetto esteticamente molto gradevole, sempre con la validazione della rimozione totale dei batteri eventualmente presenti nell'acqua potabile per 30 giorni. Inoltre l'apparecchiatura, permette di garantire la totale assenza di perdite nel "sistema rubinetto" grazie alla tecnologia adottata per l'installazione, ovviando alle possibili perdite dovute alla vetustà delle guarnizioni. Va sottolineato, inoltre,



come la sostituzione periodica del sistema filtrante sia resa, ancora più veloce e sicura, grazie al sistema di sicurezza realizzato per garantire una tenuta assoluta per tutti i 30 giorni di utilizzo, anche intensivo, del filtro. L'installazione del nuovo sistema integrato filtro-rubinetto, sostituendo il rubinetto esistente, può essere facilmente realizzata anche a cura di Steril senza opere murarie.

www.sterilspa.it

SERVIZI OSPEDALIERI, UN SOLO NOME PER LAVANOLO E STERILIZZAZIONE

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 in tutta Italia, 700.000 campi operatori e garantiti 100.000 interventi chirurgici.

Da oltre 15 anni Servizi Ospedalieri è il partner ideale a cui affidare un'ampia gamma di servizi di supporto all'attività sanitaria.

Lavano, kit sterili per la sala operatoria in tessuto tecnico riutilizzabile, sterilizzazione dello strumentario chirurgico: Servizi Ospedalieri può svolgere una pluralità di servizi assicurando alle strutture sanitarie la possibilità di concentrare risorse e attenzione sul proprio "core business" ovvero il nursing e la cura della persona assistita.

Presente da anni nel settore del lavaggio e noleggio della biancheria ospedaliera, attraverso la recente fusione per incorporazione con la società Omasa S.p.A., è oggi anche la principale realtà italiana attiva nella gestione in outsourcing di centrali per la sterilizzazione di strumentario chirurgico.

Grazie a 5 impianti industriali di lavanderia e 19 centrali di sterilizzazione in outsourcing e, soprattutto, all'impegno quotidiano di oltre 1.400 dipendenti, Servizi Ospedalieri va incontro, con soluzioni flessibili e personalizzate, a ogni esigenza del mondo della sanità.

www.serviziospedalieri.it



I servizi

Laundering - Lavano
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.